



วารสารการพยาบาลและการศึกษา

JOURNAL OF NURSING AND EDUCATION

ปีที่ 13 เล่มที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2563 Volume 13 Number 3 July-September 2020

■ บทความวิชาการ

- บันทึกภาคสนาม : เครื่องมือสำคัญของนักวิจัยเชิงคุณภาพ
- แนวคิดการจัดการภาครัฐแนวใหม่ : แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของวิชาชีพการพยาบาล
สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

■ บทความวิจัย

- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการความปลอดภัยจากกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงกระดูกเนื่องจากการทำงานของเกษตรกรชาวสวนผลไม้ จังหวัดจันทบุรี
- ปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร
- วิธีชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มเสี่ยงเขตเมือง จังหวัดพิษณุโลก
- รูปแบบการเรียนรู้และความต้องการในวิธีการสอนวิชาการพยาบาลสุขภาพผู้ใหญ่
ของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- การพัฒนาระบบการออกแบบและพัฒนาการเรียนการสอนเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมการให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ สำหรับนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์และ
สหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
- การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

❖ วัตถุประสงค์ของวารสาร

วารสารการพยาบาลและการศึกษา เป็นวารสารในกลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ที่อยู่ในฐานข้อมูลของศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อ

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

❖ ขอบเขต

วารสารการพยาบาลและการศึกษา รับผิดชอบเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความวิชาการ ทางพยาบาลและสุขภาพ และรายงานการศึกษาทางคลินิกของการพยาบาลทุกสาขา รับผิดชอบทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และต้องเป็นบทความที่ยังไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน

❖ การพิชฌุพิจารย์

วารสารการพยาบาลและการศึกษา เป็นวารสารที่มีคณะกรรมการพิชฌุพิจารย์ ที่ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิในหลากหลายสาขา จากสถาบันต่างๆ พิจารณาตรวจคุณภาพของทุกเรื่อง อย่างน้อย 2 คน ประเภทของการการพิชฌุพิจารย์ จะเป็นแบบ Double Blinded และผู้เขียนจะต้องปรับแก้ให้เรียบร้อย ก่อนการได้รับการตีพิมพ์ บทความข้อคิดเห็นต่างๆ ที่ตีพิมพ์ในวารสารเป็นความคิดเห็นของผู้เขียน วารสารและกองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วย

❖ กำหนดออกวารสาร ปีละ 4 ฉบับ

มกราคม-มีนาคม เมษายน-มิถุนายน

กรกฎาคม-กันยายน สิงหาคม-ธันวาคม

เจ้าของ: สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

สำนักงาน: อาคารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

อาคาร 4 ชั้น 7 ถนนนิตวานนท์ 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: (TCI 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. Health Workforce Development Ti wanon Road, Tumbol Talatkwan District Muang Nonthaburi Province Nonthaburi Thailand 11000

❖ คณะที่ปรึกษา

ศ.เกียรติคุณ ดร.กิตติชัย วัฒนานิก	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ.ดร.ทัศนีย์ บุญทอง	นายกสภาการพยาบาล
นายแพทย์ประทีป ธนกิจเจริญ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ศ.ดร.ศิริพร จิรวัดมนกุล	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 ทองกระจาย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.พูลสุข หิงคานนท์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
รศ.ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร.สมใจ พุทธิพิทักษ์ผล	สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ผศ.ดร.วรรณรัตน์ ลาวัง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ผศ.ดร.จินดา งามสุทธิ	ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร.จรีวรรณ มณีแสง	มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น
ดร.กาญจนา จันทร์ไทย	สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข
ดร.ลิลลี่ ศิริพร	ข้าราชการบำนาญ กระทรวงสาธารณสุข
ดร.วารีวรรณ ศรีวานิชย์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
อาจารย์วิภา เพ็งเสี้ยม	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
นางรัชณีพร ไชยมิ่ง	สถาบันพระบรมราชชนก
นางอัญชลี ปัญจวิรัช	สถาบันพระบรมราชชนก
นางสาวพุทธพร จันทะบาล	สถาบันพระบรมราชชนก

บรรณาธิการแถลง

สวัสดิค๑๑ท่านผู้อ่าน

พบกับวารสารการพยาบาลและการศ๑๑ษาในฉบับที่ 3 ปีที่ 13 ในช่วงนี้ประเทศไทยเราสามารถควบคุมโรค Covid 19 ได้เป็นอย่างดีเป็นศ๑๑ยภาพที่ต่างประเทศยกย่องชมเชย แสดงให้เห็นว่าระบบสาธารณสุขของเราดีมาก บุคลากรสาธารณสุขของเราเก่ง แต่อย่างไรก็ตามเราจะละเอียดไม่ได้ เพราะขณะนี้ประเทศเพื่อนบ้านของเราคือพม่า มาเลเซียกำลังระบาดหนัก เราต้องช่วยกันกระตุ้นเตือนประชาชนอย่าให้การดตกนะคะเพราะถ้ามาระลอกสองพวกเราชาวสาธารณสุขต้องรับศ๑๑หนักกว่ารอบแรกแน่นอน เราหวังว่าจะไม่เกิดนะคะ

สำหรับฉบับนี้ วารสารได้นำเสนอเนื้อหาบทความวิชาการ สองเรื่อง คือ บันทึกภาคสนาม : เครื่องมือสำคัญของนักวิจัยเชิงคุณภาพ และแนวคิดการจัดการภาครัฐแนวใหม่: แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของวิชาชีพการพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข สำหรับบทความวิจัย มีหลายเรื่องที่น่าสนใจนะคะ เช่น ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการความปวดจากกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงร่างกระดูก เนื่องจากการทำงานของเกษตรกรชาวสวนผลไม้ จังหวัดจันทบุรี ปัจจัยที่มีผลต่อการปลัดตกหกล้มของผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร วิถีชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มเสี่ยงเขตเมือง จังหวัดพิษณุโลก รูปแบบการเรียนรู้และความต้องการในวิธีการสอนวิชาการพยาบาลสุขภาพผู้ใหญ่ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 มหาวิทยาลัยขอนแก่น การพัฒนาระบบการออกแบบและพัฒนาการเรียนการสอน เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมกรให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ตามกรอบเอสเอพี สำหรับนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

กองบรรณาธิการขอขอบคุณทุกท่านที่ส่งบทความมาตีพิมพ์และขอเชิญชวนส่งมาอีกนะคะ และขอส่งกำลังใจให้ทุกท่านในการปฏิบัติงานนะคะ

กองบรรณาธิการ
วารสารการพยาบาลและการศ๑๑ษา

✦ บทความวิชาการ

○ **บันทึกภาคสนาม : เครื่องมือสำคัญของนักวิจัยเชิงคุณภาพ**

เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, เพ็ญจมาศ คำธนะ, ศรีณธร มังคะมณี,

ลักคณา บุญมี, จิริยา อินทนา, ปาริชาติ ญาตินิยม, ลิลิต ศิริทรัพย์จันท์

Field Notes: Important Instrument for Qualitative Researcher

Yaowaluck Meebunmak, Phenchamat Khamthana, Sarinthorn Mungkhamanee,

Lakkana Boonmee, Jiriya Intana, Parichat Yatniyom, Lilit Sirisabjanan.....

1

แนวคิดการจัดการภาครัฐแนวใหม่: แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของวิชาชีพการพยาบาล

สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ภราดร ยิ่งยวด, นครินทร์ สุวรรณแสง,

กนกพร แจ่มสมบูรณ์, พิธิษฐ์ พลธนะ

New Public Management concept: Trends of Nursing Professional in Ministry
of Public Health

Paradorn Yingyoud, Nakarin Suwanasaeng,

Kanogporn Jamsomboon, Pisit Poltana.....

14

✦ บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการความปวดจากกลุ่มอาการผิดปกติ

ทางระบบกล้ามเนื้อ และโครงกระดูกเนื่องจากการทำงานของเกษตรกร

ชาวสวนผลไม้ จังหวัดจันทบุรี

สิริวิมล กิจชล, วรณรัตน์ ลาวัง, นิสากร ชีวะเกตุ

Factors Influencing Pain Management Behaviors of Work-Related Musculoskeletal
Disorders among Fruits Farmers in Chanthaburi Province

Siriwimol Kitchol, Wannarat Lawang, Nisakorn Jivacate.....

26

ปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง

ในกรุงเทพมหานคร

ศศิกานต์ หนูเอก, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, สุรัสวดี เทียงวิบูลย์วงศ์

Factors Influencing for Falls of In-Patients at a Regional Hospital in Bangkok
Metropolis

Sasikan Nooake, Somjai Puttapitukpol, Suruchsawadee Thiengwiboonwong

45

<p>วิถีชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มเสี่ยงเขตเมือง จังหวัดพิษณุโลก สิรารักษ์ เจริญศรีเมือง, ปัทมา สุพรรณกุล, เบญจมาภรณ์ นาคามดี, นฤมล เอกธรรมสุทธิ</p> <p>Lifestyle and Related Factors that Prevention Diabetes Type 2 in the Pre-Diabetes Group of Phitsanulok Province Sirarak Charonesrimaung, Pattama Suphunnakul, Benchamaphorn Nakamadee, Naruemon Ekthamasut</p>	59
<p>รูปแบบการเรียนรู้และความต้องการในวิธีการสอนวิชาการพยาบาลสุขภาพผู้ใหญ่ ของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 มหาวิทยาลัยขอนแก่น มะลิวรรณ ศิลรัตน์, वाสนา รวยสูงเนิน, อัมพรพรรณ อีรานูตร, ณิชาภัทร พุฒิกามิน, อรทัย สืบกนิร</p> <p>Learning Styles and Teaching Methods in Adult Health Nursing Course of the 2nd Year Nursing Students at Khon Kaen University Maliwan Silarat, Wasana Ruisungnoen, Ampornpan Theeranut, Nichapatr Phutthikhamin, Orathai Sebkinorn</p>	72
<p>การพัฒนาระบบการออกแบบและพัฒนาระบบการเรียนการสอน เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมการให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ สำหรับนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข วินัย สยอวรรณ, นพมาส เครือสุวรรณ, อรุณี ยันตรปกรณ</p> <p>The Development of Instructional Design and Development System to Enhance the Humanized Care Behaviors for Students According of Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health Winai Sayorwan, Noppamas Kruasuwan, Arunee Yantarapakorn</p>	88

สารบัญ Contents

หน้า
Page

การพัฒนาแบบการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน
สุภาภรณ์ มิตรภานนท์, สุเพียร สมณา, เสฐียรพงษ์ ศิวินา
The Development of Community-Based Rabies Implementation and Surveillance
Model

Supaporn Midtrapanon, Supain Samna, Satianpong Siwina..... 103

บันทึกภาคสนาม : เครื่องมือสำคัญของนักวิจัยเชิงคุณภาพ

Field Notes: Important Instrument for Qualitative Researcher

เยาวลักษณ์ มีบุญมาก* เพ็ญจมาศ คำธนะ**

ศรินธร มังคะมณี** ลักคณา บุญมี** จิริยา อินทนา**

ปาริชาติ ญาตินิยม*** ลิลิต ศิริทรัพย์จันทน์****

Yaowaluck Meebunmak* Phenchamat Khamthana**

Sarinthorn Mungkhamanee** Lakkana Boonmee** Jiriya Intana**

Parichat Yatniyom*** Lilit Sirisabjanan****

Received : 22/7/63

Revised : 13/8/63

Accepted : 18/8/63

บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการบันทึกภาคสนาม (Field Notes) ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ และเป็นสิ่งที่ช่วยนักวิจัยสร้างข้อสรุปหรือผลการวิจัยที่น่าเชื่อถือ เนื้อหาในบทความนี้ประกอบด้วย การกล่าวถึงความสำคัญ/ความหมายของบันทึกภาคสนาม วัตถุประสงค์ หลักการสำคัญ องค์ประกอบของการเขียนบันทึกภาคสนาม รูปแบบการบันทึกภาคสนาม พร้อมยกตัวอย่างการบันทึกภาคสนามตามระเบียบวิธีวิทยาการวิจัย เช่น การบันทึกภาคสนาม จากงานวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา การบันทึกภาคสนามจากงานวิจัยเชิงปรากฏการณ์ การบันทึกภาค

สนามจากงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ และการบันทึกภาคสนามตามเป้าประสงค์ เช่น การบันทึกภาคสนามในวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสนทนากลุ่ม เป็นต้น นอกจากนี้ยังสะท้อนเกี่ยวกับคุณลักษณะเฉพาะบุคลิกภาพ ของนักวิจัยที่จะช่วยให้การบันทึกภาคสนามมีความสมบูรณ์ นำไปสู่การสรุปผลการวิจัยเชิงคุณภาพที่มีคุณภาพ เป็นข้อมูลทางการวิจัยที่ช่วยให้นักวิจัยมีความน่าเชื่อถือต่อไป

คำสำคัญ: บันทึกภาคสนาม นักวิจัยเชิงคุณภาพ

* อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี

** ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีราชบุรี

*** อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

**** อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี

* Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi

** Director of Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi

*** Nurse Instructor, Faculty of Nursing Chaiyaphum Rajabhat University

**** Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Nonthaburi

ABSTRACT

The objective of this article is to indicate important of field notes. That is important instrument for collecting data in qualitative research. A good field notes can support to researcher for planning in field work and procedure analysis of data for correct conclusion and trustworthiness research. This content consist of significance, meaning of field notes, objective, mainstay, complement, pattern of field notes and for examples of field notes for methodology; ethnography research, phenomenology research, action research of field notes, field notes for goal; focus group of field notes. Furthermore attribution and personality of researcher that promote to completely of field notes. It bring to quality and trustworthiness of qualitative research.

Keywords: Field Notes, Qualitative Researcher

บทนำ

บันทึกภาคสนามถือเป็นข้อมูลที่สำคัญชิ้นหนึ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ การบันทึกภาคสนามที่ดีจะช่วยให้นักวิจัยสามารถวางแผนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในภาคสนามต่อไปได้อย่างรอบคอบมีความคลอบคลุ้ม อีกทั้งยังเป็นข้อมูลสำคัญช่วยให้นักวิจัยสามารถวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำไปสู่ข้อสรุป ข้อค้นพบในการตอบคำถามการวิจัยได้อย่างถูกต้อง มีความน่าเชื่อถือ สะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพของงานวิจัย

“สนาม” (Field) ถือเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญของนักวิจัยเชิงคุณภาพ เพราะนักวิจัยต้องเข้าไปเพื่อค้นหาหรือแสวงหาคำตอบในการศึกษาวิจัย โดยใช้เทคนิคที่หลากหลายในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความถูกต้องน่าเชื่อถือ ทั้งการสัมภาษณ์ การสังเกต การสนทนากลุ่ม รวมถึงการจดบันทึกข้อมูลภาคสนาม (Field Note) บันทึกภาคสนามจึงเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นการทำงานในสนามของนักวิจัย หากนักวิจัยมิได้จดบันทึกไว้ก็เท่ากับว่านักวิจัยมิได้เข้าไปอยู่ในสนามหรือนักวิจัยมิได้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยนั่นเอง จากประสบการณ์ของผู้เขียนที่ได้มีโอกาสบันทึกภาคสนามในการฝึกเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยด้วยการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มโดยปราศจากความเข้าใจถึงความสำคัญของการบันทึกภาคสนามต่อการศึกษาวิจัย ทำให้การบันทึกภาคสนามที่ผู้เขียนได้บันทึกไว้จำนวนหลายหน้านั้นแทบจะเป็นข้อมูลที่สะท้อนให้เห็นเพียงบริบทสภาพแวดล้อมในสนามเท่านั้น โดยไม่สามารถสะท้อนไปสู่การตีความเบื้องต้นหรือสะท้อนให้เห็นจุดด้อย จุดเด่นของวิธีการวิจัยได้ ทั้งยังมีการขาดหายหรือลืมนำข้อมูลสำคัญบางส่วนไป ดังนั้นทักษะการจดบันทึกภาคสนามจึงถือได้ว่าเป็นสิ่งสำคัญยิ่งสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ

ความสำคัญและความหมายของบันทึกภาคสนาม

บันทึกภาคสนาม (Field Note) เป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อช่วยนักวิจัยในการจดจำสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นใน “สนาม” ได้แก่ เหตุการณ์ บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่หลากหลาย หลายประเภท ปฏิสัมพันธ์ของคนกับสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่เกิดขึ้นในสนาม ความรู้สึกนึกคิดต่อเหตุการณ์ต่างๆ รวมถึงสิ่งที่การบันทึกเทป หรือภาพถ่ายไม่สามารถบันทึกได้ยกตัวอย่าง เช่น อวัจนภาษาต่างๆ ได้แก่ สีหน้า ท่าทาง ฯลฯ เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการของการวิเคราะห์ข้อมูล ช่วยเติมเต็มข้อมูลจากการสังเกตหรือสัมภาษณ์และช่วยนักวิจัยในการวางแผนงานต่อไป มีนักวิชาการได้ให้ความหมายของการบันทึกภาคสนามไว้หลากหลาย ซึ่งภายใต้ความหมายนั้นสะท้อนให้เห็นถึงมุมมองของนักวิจัยความสำคัญของบันทึกภาคสนาม และนำเสนอวิธีการจดบันทึกภาคสนาม ดังนี้

สุภางศ์ จันทวานิช (2555)¹ กล่าวว่าบันทึกภาคสนาม คือ การบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การจดบันทึกเป็นวิธีการสำคัญในการเก็บข้อมูลเพื่อทำให้การวิจัยนั้นสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

Sanjek (1999)² กล่าวว่าบันทึกภาคสนาม คือ การแสดงให้เห็นถึงกระบวนการเปลี่ยนรูปของการสังเกตปฏิสัมพันธ์มาสู่การเขียน การติดต่อสื่อสารกับสาธารณะ ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลดิบ แนวคิดเบื้องต้น แผนภาพที่ถูกต้อง ผังเครือข่ายที่จำเป็นต้องใช้ในภาคผนวกในหนังสือหรืองานวิจัย อีกทั้งยังเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงความเป็นวิทยาศาสตร์ ความเข้มงวดของการวิจัย เพื่อช่วยป้องกันการเกิดอคติ และช่วยในการจัดเตรียมข้อมูลสำหรับนักวิจัยท่านอื่นที่ต้องดำเนินงานต่อไป

Bogdan and Biklen (1982)³ กล่าวว่าบันทึกภาคสนาม เป็นเหมือนการเขียนเรื่องราวของสิ่งที่

ผู้วิจัยได้ยื่น ได้เห็น จากประสบการณ์และความคิด ในช่วงการเก็บรวบรวมข้อมูล หรือการสะท้อนเกี่ยวกับ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเชิงคุณภาพ

ส่วน Fetterman (1989)⁴ กล่าวว่าบันทึกภาคสนาม เปรียบเสมือนเป็นรากฐานของโครงสร้างงาน วิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาที่มีความสำคัญ ซึ่งประกอบด้วย การบันทึกข้อมูลเบื้องต้นจากการสัมภาษณ์และการสังเกตประจำวันจะช่วยนักวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ข้อมูล เป็นรูปแบบระยะแรกของกระบวนการวิเคราะห์ในช่วงเก็บข้อมูล

ผู้เขียนจึงขอสรุปความหมายของบันทึกภาคสนาม ภายใต้มุมมองจากประสบการณ์ และการทบทวนวรรณกรรมว่า “บันทึกภาคสนาม” เป็นเครื่องมือสำคัญชิ้นหนึ่ง ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นการบันทึกเกี่ยวกับเรื่องราว เหตุการณ์สำคัญต่างๆ ปฏิสัมพันธ์ของผู้คน อวัจนภาษา ที่เกิดขึ้นในสนามวิจัย เป็นส่วนช่วยเติมเต็มข้อมูลจากการสัมภาษณ์หรือสังเกตให้สมบูรณ์ ช่วยให้นักวิจัยสามารถตั้งสมมติฐานเบื้องต้นต่อการวิจัย มองเห็นจุดอ่อน จุดแข็งของวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และช่วยให้นักวิจัยใช้ในการวางแผนการวิจัยต่อไปได้

ดังนั้น เพื่อให้ให้นักวิจัยสามารถที่จะบันทึกภาคสนามได้อย่างมีคุณภาพ นำไปสู่การวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัย และการสรุปผลการวิจัยได้นั้น นักวิจัยจึงต้องทำความเข้าใจวัตถุประสงค์ของการบันทึกภาคสนามหลัก การบันทึกภาคสนามที่สำคัญ รูปแบบการบันทึกภาคสนาม เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานในสนามได้อย่างถูกต้อง

วัตถุประสงค์ของการบันทึกภาคสนาม

การบันทึกภาคสนาม มีวัตถุประสงค์สำคัญในการจดบันทึกภาคสนาม คือ เพื่อช่วยให้นักวิจัยสามารถตั้งสมมติฐานชั่วคราวในการวิเคราะห์ข้อมูลในภาคสนาม (Theoretical Note: TN) ช่วยเรียบเรียงความ

คิดในการวางแผนงานการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามต่อไป เพราะบันทึกภาคสนามจะทำให้มองเห็นจุดเด่นและจุดด้อยของวิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ (Methodological Note: MN)^{1,2,6} เช่น ข้อมูลบางอย่างต้อง การการตะล่อมกล่อมเกล่า (Probe) เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกต่อไป นอกจากนี้บันทึกภาคสนามยังช่วยในการสรุปข้อมูลเป็นระยะ และป้องกันการลืม

หลักการสำคัญในการบันทึกภาคสนาม

การบันทึกภาคสนามมีหลักสำคัญ เพื่อให้ข้อมูลต่างๆ ที่ควรได้รับการบันทึก ไม่เกิดการสูญหาย

ดังนั้น นักวิจัยต้องถือว่าการบันทึกภาคสนาม เป็นภาระงานสำคัญ ที่ต้องทำทันทีทุกวันหลังออกจากสนาม โดยมองหาสถานที่ที่เงียบสงบและให้เวลาอย่างน้อย 1-2 ชั่วโมงสำหรับการบันทึกภาคสนาม เพื่อป้องกันการลืมข้อมูลสำคัญ ในขณะที่อยู่ในสนาม เพื่อไม่ให้ข้อมูลที่สำคัญหลงหายนักวิจัยอาจจดบันทึกย่อ (Jotted Notes) ซึ่งมีลักษณะเป็นคำ วลี คำสำคัญๆ อักษรย่อ รูปวาด ฯลฯ ไว้เบื้องต้นก่อน จากนั้นจึงนำบันทึกย่อเหล่านั้นมาลำดับเหตุการณ์เรียงลำดับก่อนหลังแล้วขยายเนื้อหาเพิ่มเติมเป็นบันทึกภาคสนามละเอียด ด้วยเหตุนี้เมื่อต้องเข้าสนามนักวิจัยจึงต้องเตรียมสมุดพกเล็กๆ ติดตัวเสมอโดยบางครั้งหากลืมสมุดพกอาจใช้การจดลงบนถุงกระดาษพกหนังสือ จาน ฯลฯ เพื่อไม่ให้พลาดการจดบันทึกสิ่งสำคัญที่สังเกตเห็น การบันทึกภาคสนามควรจดบันทึกอย่างละเอียดไม่ควรบันทึกแบบเขียนสรุปเป็นภาพรวม เพราะจะทำให้มองไม่เห็นเหตุการณ์ว่าใครทำอะไร ที่ไหน อย่างไร รวมถึงการเขียนดังกล่าว ไม่ช่วยสะท้อนสมมติฐานชั่วคราวในการวิเคราะห์ข้อมูลในภาคสนาม มองไม่เห็นขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล การบันทึกภาคสนามที่ดีในบางครั้งอาจต้องนำคำพูดจริงของผู้พูดใส่ไว้ในบันทึกภาคสนามด้วยเพื่อ

ให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจน เช่น มีใครพูดอะไรกับใคร ว่างบ้าง ขณะพูดมีสีหน้าท่าทางเช่นไร ใครมีปฏิกิริยาอย่างไรกับคำพูดนั้นๆ เป็นต้น เมื่อทำการบันทึกภาคสนามเสร็จเรียบร้อยแล้วต้องเก็บรักษา และระมัดระวังข้อมูลดังกล่าวเป็นความลับ ห้ามเปิดเผย จนกว่าจะได้รับอนุญาตจากผู้ให้ข้อมูล เพื่อเป็นการรักษาจริยธรรมในการวิจัย⁵ เมื่อเวลาผ่านไป นักวิจัยนึกขึ้นได้ว่าสื่อบันทึกข้อมูลบางอย่างไปก็สามารถกลับมาทำการบันทึกเพิ่มเติมได้⁶

สิ่งที่ควรบันทึกในบันทึกภาคสนาม

เนื้อหาที่ผู้เขียนได้บันทึกลงในบันทึกภาคสนาม จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มในครั้งนี้ ผู้เขียนได้เลือกใช้แบบบันทึกภาคสนามตามของ Morse and Field⁶ ซึ่งประกอบด้วยรายละเอียดสิ่งที่ควรบันทึกดังนี้ รหัสผู้ให้ข้อมูล (กรณีสัมภาษณ์เชิงลึก) วันที่สัมภาษณ์ เวลาเริ่มและสิ้นสุดการสัมภาษณ์ สถานที่ให้สัมภาษณ์ การอธิบายสิ่งแวดล้อมทั่วไปและบุคคลในสนาม พฤติกรรมที่แสดงออกแบบอวัจนภาษา ได้แก่ โทณเสียง ความเร็วในการพูด การแสดงทางสีหน้า สายตา ท่าทาง อากัปกริยา และ การใช้มือ การใช้คำสำคัญชื่อเรื่อง จุดเน้นหนัก คำหรือวลีที่โดดเด่นขึ้นมา ความเห็นหรือความรู้สึกของนักวิจัย เช่น ความรู้สึกไม่สุขสบายต่อข้อคำถามของผู้ให้ข้อมูลในบางหัวข้อ อารมณ์ที่มีต่อผู้คน, เหตุการณ์หรือสิ่งของการวิเคราะห์เบื้องต้นคำถามของผู้วิจัยความชัดเจนของคำถาม แนวโน้มของข้อมูลที่ปรากฏขึ้นมาหรือแบบแผนของข้อมูลที่ปรากฏออกมา และปัญหาที่เกิดขึ้นจากการบันทึกเทปส่วนในการทำการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ผู้เขียนได้นำข้อเสนอแนะการจดบันทึกการสนทนากลุ่มของ นิตา ชูโต⁵ มาประกอบ

ในการทำบันทึก คือ เพิ่มเติมการอธิบายถึงรายละเอียด ส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการสนทนาว่าประกอบไปด้วยว่ามีใครบ้าง ตำแหน่งการนั่งซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงสัมพันธภาพ ผังการนั่งสนทนากลุ่มเพื่อใช้ประกอบการถอดเทปการสนทนาทำให้ทราบว่าใครเป็นคนพูด ประโยคใดทั้งนี้หากเป็นงานวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา จำเป็นต้องมีการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับแผนที่ แผนภาพ หมู่บ้าน แผนผังเครือญาติ Sanjek² เพื่อประกอบการทำความเข้าใจไว้ในบันทึกภาคสนามด้วย

รูปแบบในบันทึกภาคสนาม

การใช้รูปแบบในการจดบันทึกภาคสนาม นักวิจัยสามารถเลือกใช้รูปแบบการจดบันทึกได้หลากหลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับความถนัด ความชอบของนักวิจัยแต่ละบุคคล หรือจดบันทึกโดยไม่ใช้รูปแบบใดเลย แต่จุดสำคัญที่ผู้เขียนได้เรียนรู้ ว่าจะเขียนบันทึกภาคสนามโดยการเลือกใช้รูปแบบใดก็ตาม สิ่งที่จดบันทึกในรูปแบบต่างๆ นั้นควรจะสะท้อนมุมมองเชิงปรัชญาหรือกระบวนทัศน์ของผู้วิจัยใช้ในการศึกษาค้นคว้าหาความจริงเรื่องนั้นๆ โดยแสดงให้เห็นสิ่งสำคัญต่อการวิเคราะห์ข้อมูลคือ สมมติฐานชั่วคราวในการวิเคราะห์ข้อมูลในภาคสนาม (Theoretical Note: TN) วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่สะท้อนจุดเด่นและจุดด้อยของวิธีการ (Methodological Note: MN) เพื่อให้สามารถนำไปสู่การวางแผนการดำเนินงานต่อไปได้

Morse and Field⁶ แนะนำว่าการบันทึกภาคสนามของนักวิจัยเชิงคุณภาพควรต้องอธิบายสิ่งที่ควรบันทึกได้อย่างละเอียด จึงใช้รูปแบบดังนี้

- รหัสผู้ให้สัมภาษณ์.....
- วันสัมภาษณ์ เวลาเริ่มต้นและสิ้นสุดการสัมภาษณ์.....
- เป้าหมายเบื้องต้นในการสัมภาษณ์.....สถานที่สัมภาษณ์.....
- อธิบายสิ่งแวดล้อม (ซึ่งประกอบด้วยสภาพแวดล้อม บุคคล).....
- พฤติกรรมที่เป็นอวัจนภาษา (ได้แก่ โทณเสียง ความเร็วในการพูด การแสดงทางสีหน้า สายตา ท่าทาง อากัปกริยา และ การใช้มือ).....
- เนื้อหาในการสัมภาษณ์ (การใช้คำสำคัญ หัวข้อ การให้จุดเน้น การตั้งคำถามหรือสิ่งที่โดดเด่นขึ้นมา)
- ความเห็นหรือความรู้สึกของนักวิจัย(ความรู้สึกไม่สุขสบายต่อข้อความของผู้ให้ข้อมูลในบางหัวข้อ อารมณ์ที่มีต่อผู้คน,เหตุการณ์หรือสิ่งของ).....
- การวิเคราะห์เบื้องต้น (คำถามของผู้วิจัยความชัดเจนของคำถามแนวโน้มของข้อมูลที่ปรากฏขึ้นมาหรือ แบบแผนของข้อมูลที่ปรากฏออกมา).....
- แผนของข้อมูลที่ปรากฏออกมา).....
- ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการบันทึกเทป

Schatzman⁷ แนะนำรูปแบบการบันทึกไว้ว่า ควรประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นการจดบันทึกสิ่งที่สังเกตได้ตามความเป็นจริง (Observation Note: ON) โดยเป็นส่วนที่ควรบรรยายอย่างละเอียดถึงสิ่งแวดล้อม สถานที่ บุคคล เหตุการณ์ คำพูดของบุคคลสรุปรวมว่าใคร ทำอะไร ที่ไหน เมื่อไร อย่างไร กับใคร และทำไม โดยข้อมูลส่วนนี้จะไม่มีการตีความ ส่วนที่ 2 เป็นส่วนตีความเบื้องต้น โดยใช้แนวคิดทฤษฎีของผู้วิจัยประกอบ (Theoretical Note:TN)

และส่วนที่ 3 เป็นการกล่าวถึงระเบียบวิธีวิจัย (Methodological Note:MN) ซึ่งเป็นส่วนที่สะท้อนให้เห็นถึงการบันทึกวิธีการที่ใช้ในสนาม ทั้งที่ประสบความสำเร็จและไม่ประสบความสำเร็จ ตลอดจนข้อมูลที่ตกหล่นสูญหาย เป็นส่วนที่ช่วยเตือนความจำ ช่วยประเมินคุณภาพของข้อมูล เพื่อใช้ในการวางแผนการดำเนินงานต่อไปโดยขณะบันทึกให้ระบุมหวมุดหมุมของเหตุการณ์¹ เช่น

1.1 ทำบุญ ON	วัน/เวลา/สถานที่ สิ่งที่สังเกตตามความเป็นจริง
TN	ตีความเบื้องต้น
MN	ระเบียบวิธี.....
1.2 การแต่งงาน	

สำหรับวิธีการบันทึกนั้น นักวิจัยแต่ละท่านสามารถเลือกใช้ได้หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นการจดบันทึกด้วยลายมือลงในกระดาษ จาน ชาม ปก หนังสือ เศษกระดาษ บันทึกลงในคอมพิวเตอร์ การถ่ายภาพประกอบ และแผนที่ เป็นบันทึกภาคสนามที่มีความสำคัญ ช่วยให้นักวิจัยจดจำเหตุการณ์ที่สังเกตได้ชัดเจนและละเอียดดีขึ้น โดยเฉพาะในยุคปัจจุบันที่เป็นโลกยุคเทคโนโลยีดิจิทัล ผู้บันทึกอาจใช้เทปบันทึกเสียง อัดเสียงที่บรรยายเกี่ยวกับบริบทสถานที่ สิ่งแวดล้อม อากัปกริยาทั้งวัจนภาษาอวัจนภาษา การตีความเบื้องต้นในสนาม จากนั้นนำมาถอดเทปสิ่งที่บันทึกลงในกระดาษ เพื่อช่วยให้นักวิจัยสะดวกมากขึ้น หรือนักวิจัยอาจใช้กล้องถ่ายรูป ดิจิตอล และวีดีโอดิจิตอล ช่วยในการจดบันทึกภาคสนามได้อีกด้วย ซึ่งในบางกรณีอาจต้องคำนึงถึงสิทธิของผู้ถูกสัมภาษณ์ สังเกต ด้วยการขออนุญาตเจ้าของข้อมูลด้วย ดังนั้นสิ่งสำคัญอาจจะไม่ใช่วิธีการบันทึก แต่อยู่ที่สาระสำคัญที่ควรต้องบันทึกนั้น ไม่ควรตกหล่นสูญหายหรือถูกลืมเลือน เพราะสิ่งเหล่านี้ต้องใช้ประกอบในขั้นตอนของการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการบันทึกภาคสนามที่มีความแตกต่างหลากหลายตามระเบียบวิธีการวิจัย วัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (สังเกต สัมภาษณ์ สันทนาการ) จึงขอยกตัวอย่างวิธีการบันทึกภาคสนามเป็น 2 ประเภท คือ 1) บันทึกภาคสนามตามระเบียบวิธีการวิจัย 2) บันทึกภาคสนามตามวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

บันทึกภาคสนามตามระเบียบวิธีการวิจัย

บันทึกภาคสนามตามระเบียบวิธีการวิจัย ประกอบด้วยตัวอย่างการบันทึกภาคสนามจากงานวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา (Ethnography Research) งานวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology Research) งานวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

1. บันทึกภาคสนามจากงานวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา¹¹ (Ethnography Research)

30 สิงหาคม 52

มี 2 กลุ่มในหมู่บ้าน : กลุ่มแรกอยู่ใน Imamura ประกอบด้วย ผู้สูงอายุชาว Kitagawa, Sakaguchi และ Kurohiji อีกกลุ่มประกอบด้วย ชายชาว Kaneda, Ishikawa และ Kamo ฉะนั้นได้สังเกตเห็นการเล่นของเด็กชาว Kawaze เล่น "ishi iri" เริ่มเล่นด้วยการวาดรูปตารางสี่เหลี่ยมเล็ก ๆ เด็กบางกลุ่มวาดเป็นดังนี้

•		⑥
	≈	
		E
		E

ทำให้รู้สึกได้ว่าเด็กมีเกมส์ ที่ใช้สื่อสารกันเฉพาะในกลุ่ม มีลักษณะคล้ายเกมส์อักษรไขว้ ที่นิยมกันแพร่หลาย แต่ภาษาที่เขียนในตารางเป็นสัญลักษณ์เฉพาะ ดังนั้นผู้วิจัยจึงวางแผนสังเกตการณ์เล่นของเด็กชาว Kaneda อีกต่อหนึ่ง เพื่อดูลักษณะการเล่นเกมส์อักษรไขว้วันนี้ว่าจะมีความแตกต่างกันอย่างไร

3.

แบบบันทึกภาคสนาม

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล

การสัมภาษณ์ครั้งที่ 2

วันที่ 3 มีนาคม 2550 เวลา 15.30-16.30 น. ณ หอผู้ป่วยเด็ก

การบรรยายฉากและบรรยากาศในการสัมภาษณ์

ลักษณะห้องเป็นเด็กชายวัย 9 ขวบ ไม่มีผมบนศีรษะ ร่างกายซูบผอม ซีด ทำทางดูเหนื่อย นั่งเล่นเครื่องบินอยู่บนเตียงซึ่งอยู่ด้านในสุดของหอผู้ป่วย เหมือนนั่งรอคอยใคร แขนข้างซ้ายมีสายน้ำเกลืออยู่ตาม ร่างกายมีรอยคล้ำย่ำเลือดสีม่วงทั่วแขนขา เป็นจุดใหญ่ เมื่อผู้วิจัยเข้าไปทักทายทำสีหน้าดีใจและบอกว่า “กำลังรอพี่อยู่ วันนี้ยังไม่มีคนมาเยี่ยมเลย แม่บอกว่าจะมาแต่ยังไม่เห็นตั้งแต่เช้า”

การบันทึกความรู้สึก เหตุการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นในสนามวิจัย

วันนี้ยังรู้สึกเศร้าใจเมื่อเห็นอาการของน้องทรุดลงกว่าครั้งแรกที่มาสัมภาษณ์ แต่น้องยังมีกำลังใจที่จะอยู่ต่อไป มีความหวังว่าตนเองจะหายจากโรค ทั้งที่เราเองก็รู้ว่าเป็นไปได้ยากมาก ความดีใจของน้องคงอยู่ที่มีใครได้ให้ความอบอุ่นมาเยี่ยมบ้าง วันนี้รู้สึกหดหู่ใจมากอย่างบอกไม่ถูก.....ฯลฯ.....

บันทึกภาคสนามจากงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ ในขณะดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผู้วิจัยไม่สามารถจดจำทุกเรื่องจากการสังเกต หรือสนทนาอย่างเป็นทางการ ไม่เป็นทางการ ได้ ดังนั้น การจดบันทึกภาคสนาม จึงเป็นเครื่องมือชนิดหนึ่งที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นการยากที่จะระบุว่าการจดบันทึกภาคสนามควรใช้กลวิธีหรือกระบวนการใด เพราะสนามในพื้นที่วิจัยแตกต่างกัน แต่การจดบันทึกมีแนวทางดังนี้ 1) ประเด็นสำคัญที่ควรคำนึงถึงการจด

บันทึกภาคสนาม คือ จดบันทึกข้อมูลพื้นที่ ควรจดบันทึกการสังเกตก่อนที่จะพูดหรืออภิปรายร่วมกับผู้อื่น หาสถานที่ที่เงียบเพื่อจดบันทึกภาคสนามจัดเวลาให้เพียงพอเพื่อให้บันทึกภาคสนาม ให้เสร็จ เรียงลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เหตุการณ์และการสังเกตที่เขียนในบันทึกภาคสนาม ควรเขียนอย่างสั้นไหลที่มา จากความคิดของนักวิจัย 2) เนื้อหาของการจดบันทึกภาคสนาม ควรอธิบายเรื่องราวที่สอดคล้องตามเป้าประสงค์ของการวิจัย^{6,8}

เอกสารหมายเลขที่ 1 /มค.53

บันทึกภาคสนาม

ผู้ร่วมวิจัย รายที่ 1 รหัส EDSTTA 1

วันที่ 4 เดือน มกราคม พ.ศ.2553 เวลา 9.30-11.00 น.

สถานที่ ห้องทำงาน PCU แห่งหนึ่งในชุมชน

Observation Note ผู้หญิงไทยวัย 38 ปี รูปร่างท้วมสูง ผิวขาว ผอมยาวปะบ่า แต่งกายชุดเครื่องแบบของหน่วยงาน ท่าทางยิ้มแย้ม เต็มใจในการให้ข้อมูลบริเวณที่ใช้ในพูดคุยเป็นห้องทำงานส่วนตัวช่วงต้น ๆ ของการติดต่อประสานงาน เรื่องการวางแผนประเมินผลบริการ กับพี่...บอกว่าสบายมาก ทุกอย่างพี่ทำมากับมือ และบอกว่างานนี้พี่ทำเต็มที่ พี่...มีความสุขกับการทำงานในครั้งนี่ เป็นการช่วยผู้สูงอายุ เหมือนได้ทำบุญทำกุศล พี่...ได้เล่าให้ฟังว่าป้า... ได้ช่วยดูแลอยู่... ทำให้ถูกหวัดติดต่อกันสองครั้ง และ อสม

Theoretical Note พี่...ซึ่งเป็นพยาบาลปฏิบัติงานชุมชน เข้ามาร่วมปฏิบัติงานในโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนา ได้เห็นการเปลี่ยนแปลงคือ อสม และจิตอาสาในชุมชนได้เข้ามาช่วยในการให้บริการกับผู้ป่วยในชุมชน ทำให้ไม่ได้ทำงานโดดเดี่ยวเหมือนเมื่อก่อน ที่ต่างคนต่างทำ คนทำงานที่โรงพยาบาลทำแล้วก็ไม่ได้เห็นผล คนไข้ก็ยังเยอะเหมือนเดิม “ระบบการทำงานเดิมเป็นงานของ HHC ซึ่งยังขาดการเชื่อมโยงไปยังภาคประชาชน และภาคสุขภาพ เช่น เทศบาล พี่...ก็ยังไม่เคยปฏิบัติงานในลักษณะเช่นนี้มาก่อน และเกรงๆ กลัวๆ ที่จะประสานงานกับเทศบาล การทำงานที่ผ่านมามีปัญหาทั้งด้านสังคม หรือผู้สูงอายุมีฐานะยากจน จำนวนมากแต่ก็ยังไม่ได้นำข้อมูลดังกล่าวไปสะท้อนให้กับ อบต หรือเทศบาลทราบ ในส่วนของรพสต พี่...ให้ข้อมูลว่าหากประสานงานไปคราวใดก็จะได้รับคำตอบว่า ไม่ว่า งานเยอะ พี่..ใจไม่เย็นพอ เลยกทำงานเองเลย”

Methodological Note การสัมภาษณ์ครั้งนี้ทำให้ผู้วิจัยมองเห็นภาพของการทำงานที่มีส่วนร่วมจากภาคีภาคส่วนหลายภาคส่วน สอดคล้องตามแนวคิดการมีส่วนร่วม (Participation) แต่อย่างไรก็ตามในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลคราวต่อไป ผู้วิจัยต้องกลับไปถามเพื่อเจาะลึก รพ.สต. เพิ่มเติมอีก เพื่อให้ได้รายละเอียดของบทบาทการทำงานของแต่ละภาคส่วนเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ผู้วิจัยยังวางแผนว่าจะปรับเพิ่มการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การร่วมสังเกตการณ์ทำงานของภาคส่วนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม เช่น เทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ) พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พมจ) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ) จึงวางแผนเพิ่มเติมว่า ในการเก็บรวบรวม ข้อมูลครั้งต่อไป ต้องนัดหมายบุคคลในองค์กรเหล่านี้ มาเพื่อให้สัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม โดยนัดหมายภาคีภาคส่วนเหล่านี้เข้ามาร่วม และคาดว่าต้องสัมภาษณ์ในระดับทั้งผู้ปฏิบัติงาน และระดับหัวหน้าหน่วยงาน เพื่อให้เห็นมุมมองทั้ง

ผู้วิจัยรู้สึกว่า พี่...มีความสุข ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจพี่...มาก เพราะพี่...ขับรถส่วนตัวออกไปเยี่ยมผู้ป่วยเอง เคยถามเหมือนกันว่าทำไมไม่ขอรถ ได้รับคำตอบว่ามันไม่ได้เป็นไปตามแผน เพราะการขอรถต้องมีแผน งานล่วงหน้า เมื่อเป็นเช่นนี้ พี่...ก็เลยขับรถออกไปเยี่ยมเองดีกว่า สบายใจกว่า ไม่ต้องไปจ้อคนขับรถ

สิ่งที่วางแผนจะดำเนินการต่อไป

1. สิ่งที่ผู้วิจัยควรนำข้อมูลของพี่... ไปตรวจสอบกับหน่วยงานยานพาหนะ และผู้บริหารให้รับทราบว่ายังขาดปัจจัยสนับสนุนในการดำเนินงาน ซึ่งต้องการคุณภาพ แต่มีคนน้อยมาก
2. กำหนดวัน เวลา ในการลงไปประเมินผลกับผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการที่บ้าน...
3. ขอเชิญทีมงานจาก PCT ทีมเพื่อให้รับทราบวาระการประเมินผลบริการ HHC

บันทึกภาคสนามตามวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. บันทึกภาคสนามจากการสังเกต เมื่อนักวิจัยสังเกตพฤติกรรม หรือกิจกรรมใดๆ ต้องมีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจน และมีการบันทึกภาคสนามทุกครั้งที่เกิดเหตุการณ์จะทำให้ได้ข้อมูลครอบคลุม และละเอียดควรสังเกตอย่างน้อยตามกรอบดังนี้ 1) ฉากและบุคคล (Setting) ฉากหมายถึง สถานที่และลักษณะทางกายภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมและเหตุการณ์ที่กำลังสังเกต บุคคล คือคนที่ปรากฏอยู่ในกิจกรรมนั้นๆ สังเกตทั้งจำนวน ลักษณะทั่วไป ลักษณะเฉพาะ ข้อมูลทางสังคมของบุคคลนั้น ข้อมูลนี้ตอบคำถาม “ใคร” และ “ที่ไหน” 2) การกระทำ (Acts) สังเกตพฤติกรรมสังคมที่เกิดขึ้น หรือการกระทำระหว่างกันของบุคคล ข้อมูลนี้ตอบคำถาม “ทำอะไร” 3)

แบบแผนกิจกรรม (Pattern of Activities) เป็นการเอาข้อมูลของการกระทำมาร้อยเรียงให้เห็นความเกี่ยวเนื่องกันอย่างมีหลักการและเหตุผล ตามข้อเท็จจริงที่ได้จากการสังเกต เป็นการตอบคำถาม “อย่างไร” 4) ความสัมพันธ์ (Relation) เป็นการสังเกตว่าการกระทำที่เฝ้าดูนั้นใครทำกับใคร ในบทบาทและสถานภาพอย่างไร เพื่อตอบคำถาม “ใครกับใคร” 5) การมีส่วนร่วม (Participation) เป็นการมองขยายความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ออกไปสู่ภาพรวมของปรากฏการณ์ทั้งหมด เพื่อตอบคำถามว่า “ใครกับใคร” เป็น “ใครบ้าง” 6) ความหมาย (Meaning) เป็นการรับรู้เหตุการณ์หนึ่งๆ ของบุคคลที่เป็นสมาชิกในกลุ่มนั้นๆ เป็นการตอบคำถามว่า “อย่างไร” และ “ทำไม”^{9,10} ดังตัวอย่าง

วันที่ 8 มีนาคม 2561 เวลา 20.00-22.00 น. ห้อง นวดแผนไทย รพ.สต. ห้วยหิน

ในห้องนวดมีเจ้าหน้าที่นวด 2 คน เป็นหญิงชื่อแก้ว และพิม อายุ 42, 44 ปี สวมเสื้อกางเกงสีฟ้า เหมือนกัน กำลังนวดให้ผู้ชาย 2 คน อายุ 45 ปี และ 48 ปี ทำนวดเหมือนกัน ขณะนวดทั้งแก้วและพิม คอยกับผู้ชายที่กำลังนวดให้ไปด้วย เรื่องที่คุย เช่น วันนี้ห่วยออกอะไร อากาศภายนอกเป็นอย่างไรบ้าง

2. บันทึกภาคสนามจากการสนทนากลุ่ม

Participant Code: ผู้เข้าร่วม ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ รวม 5 คน

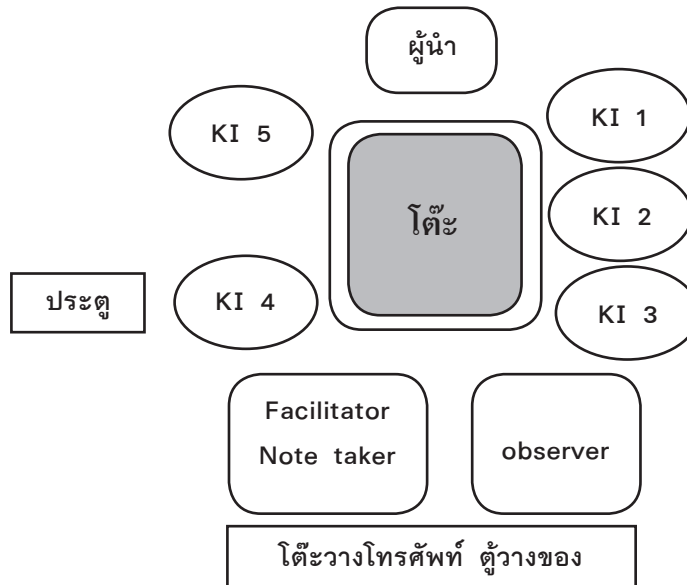
รายละเอียด ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษ หัวหน้าหอผู้ป่วยระยะสุดท้าย หัวหน้าคลินิกผู้สูงอายุ รักษาการหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 1

Interview Date 9 กุมภาพันธ์ 2566 **Start time** 10.20 น. **Ending time** 11.40 น.

เป้าหมาย: เพื่อสนทนากลุ่มในประเด็นสมรรถนะพยาบาลผู้สูงอายุ

Location of Interview: ห้องประชุม หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

ผังการนั่งสนทนากลุ่ม



สิ่งแวดล้อม สนทนากลุ่มในห้องประชุมเล็ก เป็นห้องสี่เหลี่ยมผืนผ้า ลักษณะการนั่ง เป็นรูปวงรี ห้องสนทนาเป็นสี่เหลี่ยมมีประตูทางเข้าหนึ่งทาง มีหน้าต่างบานเกร็ดติดประตูปิดสนิท มีเครื่องปรับอากาศหนึ่งเครื่อง พัดลมหนึ่งตัว ชั้นวางโทรศัพท์ถัดเข้ามาจากประตู ตู้กระจ่างของตั้งอยู่ติดกัน ลักษณะผังการนั่งเก้าอี้ติดกัน จำนวนผู้ร่วมสนทนาทั้งสิ้น 5 คน ผู้นำ 1 คน ผู้ช่วยสนทนากลุ่มและบันทึก 1 คน ผู้สังเกตการณ์ 1 คน รวมทั้งสิ้น 7 คน

พฤติกรรมที่แสดงออกแบบอวัจนภาษา เมื่อผู้นำสนทนาเริ่มสนทนา เวลา 10.20 น. โดยเริ่มจากแนะนำผู้นำ ผู้บันทึกผู้สังเกต จึงให้ผู้ร่วมสนทนา KI 5 แนะนำตัวเพียงคนเดียวเนื่องจากเป็นผู้ร่วมที่ใหม่ ถูกส่งมาเป็นตัวแทนผู้ให้ข้อมูลจากหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 1 เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลท่านเดิมติดภารกิจขึ้นปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพใหม่ ทำงานที่โรงพยาบาลมาได้ 9 เดือน เมื่อผู้นำกลุ่มเปิดประเด็นคำถามข้อแรกขณะตอบรู้สึกบรรยากาศเกร็งเล็กน้อย ต่อมาเริ่มเป็นกันเองมากขึ้น ในขณะที่ตอบคำถามข้อที่ 3 มีเสียงโทรศัพท์ของผู้ร่วมสนทนา KI 2 KI 4 ซึ่งทั้งคู่ได้ปลดกันลูกออกจากวงสนทนาไปรับโทรศัพท์ข้างนอกห้อง บรรยากาศในการตอบคำถามส่วนใหญ่ เมื่อผู้นำถาม ผู้ตอบส่วนใหญ่จะตอบเป็นลำดับขั้นตามตำแหน่งคือเริ่มตอบจากผู้ร่วมสนทนา KI 1, KI 2, KI 4, KI 3, KI 5 ตามลำดับเป็นลักษณะ การตอบแบบว่าให้พี่ใหญ่หรือผู้บริหารที่มีอำนาจคนแรกสุดตอบคำถามก่อนส่วนน้องพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยจะตอบคำถามหรือแสดงความคิดเห็นเป็นคนสุดท้ายและในบางข้อคำถามผู้ร่วม KI 1 KI 2 จะถามน้อง KI 5 เองเลยว่าน้องคิดอย่างไรค่อนข้างเป็นการสนทนาที่มีบรรยากาศไปในเชิงอำนาจ น้องพยาบาลก็จะตอบเป็นคนสุดท้ายและน้อมรับข้อเสนอแนะจากพี่พยาบาลเสียเป็นส่วนใหญ่

เนื้อหาในการสัมภาษณ์ ประเด็นที่สังเกตเห็นจากลักษณะคำตอบของกลุ่มสนทนา คือ การมุ่งเน้นว่าพยาบาลจบใหม่ค่อนข้างมีความเข้าใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุน้อย ไม่ insight ไม่ตระหนักว่าความสูงอายุมีผลต่อการปฏิบัติการพยาบาล เนื่องจากเด็กรุ่นใหม่เป็นคน Generation y มีความรู้จากการที่ได้รับการเรียนมาจากสถาบันการศึกษาแต่ยังไม่เข้าใจอย่างถ่องแท้เกี่ยวกับการสูงอายุ ต้องอาศัยประสบการณ์จากการปฏิบัติงานด้วย หรือต้องมีประสบการณ์การได้ดูแลพ่อแม่ ปู่ย่า ตายายด้วยจึงจะมองภาพออก แต่สังคมปัจจุบันก็เปลี่ยนไปทำให้พยาบาลวิชาชีพรุ่นใหม่ ๆ เข้าใจได้น้อยต่างจาก พยาบาลที่มีอาวุโสซึ่งในสมัยก่อนแม้จะไม่มีวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุแยกมาเรียนอย่างชัดเจน แต่เนื่องจากเคยอยู่ในสังคมที่ยังมีค่านิยม ความเชื่อเรื่องการเคารพผู้สูงอายุ การได้ดูแลพ่อแม่ ปู่ย่า ตายายของตนเอง จึงมีความเข้าใจในผู้สูงอายุได้มากกว่า ร่วมกับการที่โรงพยาบาลก็จะมี การเสริมความรู้ทางทฤษฎีให้ ซึ่งน้องพยาบาลก็จะยอมรับและเสนอว่าอยากเห็นตัวแบบที่ศึกษาที่

ความรู้สึกของนักวิจัย ผู้ร่วมสนทนาดูกลุ่มมีท่าทาง สีหน้าไม่เครียดหรือกังวลเกี่ยวกับเนื้อหา ในการสนทนา สังเกตได้จากมีเสียงหัวเราะและการยิ้มเป็นระยะ ทุกคนให้ความร่วมมือในการสนทนาดูกลุ่ม แม้ KI 5 ซึ่งเป็นน้องพยาบาลจบใหม่จะพูดน้อยที่สุด จนสิ้นสุดการสนทนา

Analysis เป็นคำตอบที่มุ่งไปที่พยาบาลวิชาชีพจบใหม่ที่ด้อยประสบการณ์ต่อการพยาบาลผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้ร่วมสนทนาเป็นผู้บริหาร คำตอบจึงเป็นไปในลักษณะมุมมองในเชิงผู้บริหาร เช่น การพัฒนาคน การจัดหาเครื่องมืออุปกรณ์

Technology problem มีเสียงแอร์สอดแทรกในเทปรบกวนเสียงการสนทนาดูกลุ่ม

สรุป

การบันทึกภาคสนามและทักษะการบันทึกภาคสนามมีความสำคัญเป็นอย่างมากสำหรับนักวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อการทำงานวิจัยเชิงคุณภาพ การบันทึกภาคสนามมีเป้าหมายที่ชัดเจน เพื่อบันทึกสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในสนามวิจัย เป็นเครื่องมือช่วยให้นักวิจัยนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล หรือตั้งสมมติฐานเบื้องต้นในสนาม ส่งผลให้นักวิจัยสามารถวางแผนการดำเนินการวิจัยต่อไปได้อย่างครอบคลุม เนื้อหาภายในการจดบันทึก ภาคสนามอาจมีความแตกต่างกันไปตามระเบียบวิธีการวิจัย ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการบันทึกภาคสนามในครั้งนั้นๆ ว่าเป็นการบันทึกประกอบการสังเกต การสัมภาษณ์ หรือการสนทนาดูกลุ่ม หรือเป็นการบันทึกภาคสนามในงานวิจัยที่มีระเบียบวิธีการวิจัยแบบใด นักวิจัยเชิงคุณภาพทุกท่านต้องฝึกบันทึกภาคสนามเพื่อให้เกิดความชำนาญและ

เชี่ยวชาญมากเพียงพอ เพื่อให้ข้อมูลที่ถูกบันทึกนั้นเกิดประโยชน์สูงสุดในการช่วยนักวิจัยในขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล นำไปสู่การสรุปผลการวิจัยที่ต้องการแม่นยำและมีความน่าเชื่อถือของงานวิจัย นอกจากนี้ความตระหนักว่าวัตถุประสงค์ เนื้อหาในการบันทึกสิ่งที่ควรบันทึกมีความสำคัญในแต่ละส่วนอย่างไรแล้วทักษะที่สำคัญของการบันทึกภาคสนามอีกประเด็นหนึ่งนั้นคือหากนักวิจัยภาคสนาม เป็นคนชอบเขียนช่างบรรยาย พรรณนาเหตุการณ์หรือเล่าเรื่องราวสิ่งต่างๆ ได้เป็นอย่างดีโดยลำดับเหตุการณ์ก่อนหลัง เป็นสิ่งที่จะช่วยให้การบันทึกภาคสนามมีความสอดคล้องตรงตามวัตถุประสงค์ภาคสนามได้เป็นอย่างดี ส่งผลไปสู่การวิเคราะห์ข้อมูลที่มีคุณภาพได้ไม่ว่าจะเป็นการศึกษาที่ยืนอยู่บนพื้นฐานความเชื่อในลักษณะใด

REFERENCES

1. Jantawanit, S. Qualitative Research Methods. Bangkok: ChulaPress; 2018. (in Thai)
2. Sanjek, R. Fieldnotes The Makings of Anthropology. USA: Cornell University Press. 1990.
3. Bogdan, R. and Biklen, S. K. Qualitative Research for Education: An Introduction to Theory and Methods. Toronto: Allyn and Bacon. 1982.
4. Fetterman, D.M. Ethnography: step by step. SAGE Publications; 1989.
5. Shouto, N. Qualitative research. Bangkok: Matspoil company; 2002. (in Thai)
6. Morse, M.J. and Field, A.P. Nursing Research The Application of Qualitative Approaches. Spain: GraphyGems; 1996.
7. Schatzman, L., and A, Strauss. Field Research. Englewood Cliffee: Frentice-Hall; 1973.
8. Nilvarangkul, K. Action research for community nurses. Klangnanavithaya: Khonkaen province; 2015.
9. Chirawatkul, S. Qualitative study in nursing. Bangkok: Vittayapat Press; 2012. (in Thai)
10. Merriam, S.B. Qualitative research: A guide to Design and Implementation. San Francisco: Jossey Bass; 2009.
11. Kutsche, P. (1998). FIELD ETHNOGRAPHY A Manual for Doing Cultural Anthropology. New Jersey: Prentice Hall.



แนวคิดการจัดการภาครัฐแนวใหม่ : แนวโน้มการเปลี่ยนแปลง ของวิชาชีพการพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

New Public Management Concept : Trends of Nursing Professional in Ministry of Public Health

ภราดร ยิ่งยวด* นครินทร์ สุวรรณแสง**

กนกพร แจ่มสมบูรณ์*** พิศิษฐ์ พลธนะ****

Paradorn Yingyoud* Nakarin Suwanasaeng**

Kanogporn Jamsomboon*** Pisit Poltana****

Received : 4/6/63

Revised : 13/9/63

Accepted : 15/9/63

บทคัดย่อ

แนวคิดการจัดการภาครัฐแนวใหม่ เป็นแนวคิดที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ และผลลัพธ์ของงาน โดยเมืองค์ประกอบที่สำคัญ 7 ประการ ได้แก่ 1) การจัดการโดยนักวิชาชีพที่มีความชำนาญ 2) มีมาตรฐานและการวัดประสิทธิภาพของงานที่ชัดเจน 3) ให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ที่มากขึ้น 4) แยกหน่วยงานภาครัฐออกเป็นหน่วยย่อยๆ 5) ปรับเปลี่ยนให้เกิดการแข่งขันภาครัฐมากขึ้น 6) เน้นการจัดการแบบภาคเอกชน และ 7) เน้นการใช้ทรัพยากรอย่างมีวินัยและประหยัด การจัดระบบสาธารณสุขได้นำมาประยุกต์ใช้กับการบริหารจัดการเพื่ออำนวยความสะดวก ลดความแออัดและระยะเวลารอคอยของผู้รับบริการจากสถานบริการที่อยู่ในความดูแลของกระทรวงสาธารณสุข ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นผู้ให้บริการต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการพยาบาล และพัฒนาตนเองให้เป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญมากขึ้น

บทความนี้มุ่งเน้นการนำเสนอแนวคิดการจัดการภาครัฐแนวใหม่ ทิศทางการให้บริการของ ระบบสาธารณสุขตามแนวคิดการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงกับ วิชาชีพการพยาบาล เพื่อเตรียมความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข สำหรับ การวางแผนการปฏิบัติงาน และการให้บริการสุขภาพแก่ผู้รับบริการ

คำสำคัญ: การจัดการภาครัฐแนวใหม่ ระบบสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี สถาบันพระบรมราชชนก

** นักวิชาการพยาบาลชำนาญการ กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

*** ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านการพยาบาล กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

**** ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี สถาบันพระบรมราชชนก

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

** Nursing Technical officer, Professional Level, Nursing Division, Office of Permanent Secretary

*** Expertise on nursing, Nursing Division, Office of Permanent Secretary

**** Director of Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, Praboromarajchanok Institute

ABSTRACT

New public management (NPM) focused achievement motivation and outcome which comprised 7 components; 1) Hands-on professional management 2) Explicit standards and measures of performance 3) Greater emphasis on output controls 4) Shift to disaggregation of units in the public sector 5) Shift to greater competition in the public sector 6) Stress on private sector styles of management practice and 7) Stress on greater discipline and parsimony in resource use and integrated with public health system to convenience for customer in health public sector of Ministry of Public Health to reduce hospital overcrowding and a waiting period of service. The NPM concept can cause changing nursing service and develop nurse professional to specialist.

The article provides information about NPM concept, direction of health care service in public sector, trends of nursing professional which to prepare the professional nurses under Ministry of Public Health for operational planning and providing health services to clients.

Keywords: New Public Management, Health System, Professional Nurse

บทนำ

ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงของระบบบริหารราชการแผ่นดินมาตลอด โดยระบบบริหารราชการแผ่นดินที่ผ่านมา กำหนดให้หน้าที่การบริหารจัดการและตัดสินใจส่วนใหญ่เป็นอำนาจหน้าที่ของ องค์กรส่วนกลาง และมีขั้นตอนการทำงานที่ค่อนข้างมาก ทำให้ขาดสภาพคล่องในการทำงานและ ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ ประเด็นสำคัญคือ ไม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของ กระแสสังคมที่เป็นไปอย่างรวดเร็ว และมีการแข่งขันสูง¹ ส่งผลให้ต้องมีการปฏิรูประบบบริหารราชการแผ่นดิน รวมถึงต้องมีการตรากฎหมายที่มีความสอดคล้องกับการปฏิรูป ปัจจุบันได้มีการกำหนดการบริหารราชการแผ่นดินภายใต้พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2545 เพื่อปรับปรุงระบบบริหารราชการให้สามารถตอบสนองต่อการพัฒนาประเทศ เพิ่มศักยภาพผลผลิตและส่งมอบบริการสาธารณะที่มีประสิทธิภาพ โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางมากยิ่งขึ้น ภายใต้แนวคิดการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ที่มีการกำหนดนโยบาย เป้าหมาย และแผนการปฏิบัติงานของส่วนราชการ เพื่อให้สามารถประเมินผลการปฏิบัติราชการที่มีความเป็นรูปธรรมและชัดเจน² โดยมีคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) เป็นผู้กำกับและติดตาม การนำแนวคิดการจัดการภาครัฐแนวใหม่สู่การปฏิบัติ เพื่อเพิ่มขีดความสามารถให้บริการของระบบราชการที่รวดเร็วและทันต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งรัฐทำหน้าที่เป็นผู้กำหนดนโยบายและกระจายอำนาจ หรือถ่ายโอนกิจการบางอย่างให้กับหน่วยงานภาคเอกชนร่วมดำเนินการพัฒนาประเทศ ซึ่งแนวคิดดังกล่าวได้ถูกนำมาใช้เป็นแนวทางการบริหารราชการของประเทศในปัจจุบัน

จากแนวคิดข้างต้น ประเทศไทยจึงมีการออกนโยบายการขับเคลื่อนเศรษฐกิจด้วยเทคโนโลยี และนวัตกรรม เพื่อพัฒนาประเทศไปสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง

และยั่งยืน หรือที่เรียกว่า “Thailand 4.0” และมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องปฏิรูประบบราชการที่ถือว่าเป็นฟันเฟืองสำคัญของการขับเคลื่อนนโยบายลงสู่การปฏิบัติงาน ให้สอดคล้องกับทิศทางการบริหารประเทศ โดยยึดหลักธรรมาภิบาลของการบริหารกิจการบ้านเมือง และมีการวางระบบที่ดี รวมถึงกระบวนการทำงานแบบใหม่ เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่น ไว้วางใจ และเป็นที่ยิ่งของประชาชนได้ อาศัยหลักการทำงาน คือ เปิดกว้างและเชื่อมโยงกัน ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง เพิ่มขีดความสามารถสมรรถนะของข้าราชการ และเทคโนโลยีที่ทันสมัย สามารถตอบสนองนโยบายของประเทศได้อย่างแท้จริง³

กระทรวงสาธารณสุขได้มีการกำหนดแผนปฏิบัติราชการที่สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการภาครัฐแนวใหม่ ตามยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) การเป็นเลิศ ด้านสุขภาพดี (P&P Excellence) 2) การเป็นเลิศด้านบริการดี (Service Excellence) 3) การเป็นเลิศ ด้านคนดี (People Excellence) และ 4) การเป็นเลิศด้านบริหารดี (Governance Excellence) เพื่อให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสุข นำไปสู่ระบบสุขภาพที่ยั่งยืน⁴ นอกจากนี้ยังได้มีการปฏิรูปการบริหารจัดการระบบสุขภาพที่บูรณาการการทำงานของภาคส่วนต่างๆ มีการกระจายอำนาจ และทรัพยากร โดยการแบ่งเขตบริการสุขภาพทั่วประเทศออกเป็น 12 เขตสุขภาพ ตามกลุ่มจังหวัด และเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานและความคล่องตัว จะเห็นได้จากสถานการณ์ การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีการแพร่ระบาดทั่วโลก (Pandemic) เพื่อลดสถานการณ์การแพร่ระบาดของประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข มีมาตรการดูแลประชาชน โดยมอบอำนาจให้เครือข่ายสุขภาพแต่ละจังหวัดให้คำปรึกษา ให้ความรู้ สร้างความตระหนัก

และชี้แนะเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แก่ประชาชนตามบริบท หรือสถานการณ์ขณะนั้นของพื้นที่ และเชื่อมโยงการทำงานร่วมกันด้วยการส่งต่อข้อมูลความรู้ การสนับสนุนการทำงานระหว่างกัน รวมถึงติดตามผลการดำเนินงานร่วมกัน จนสามารถทำให้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทยลดลง⁵ จากการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขดังกล่าวทำให้เกิดการพลิกโฉมการทำงานของบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข ส่งผลให้เกิดการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพในรูปแบบที่หลากหลาย เช่น การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพในลักษณะของเครือข่ายการให้บริการ แก่ผู้รับบริการ และการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน โดยการเพิ่มประสิทธิภาพและการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่ดีมีมาตรฐานมากยิ่งขึ้น^{6,7}

วิชาชีพการพยาบาลเป็นหนึ่งในบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความสำคัญต่อการจัดระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่จะช่วยผลักดันการเปลี่ยนแปลงของรูปแบบการให้บริการในระบบบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ของการจัดบริการทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ ทันสมัย สอดคล้องกับแนวคิดการบริหาร จัดการภาครัฐแนวใหม่ และจากการบริหารภาครัฐที่มีความเป็นพลวัต ส่งผลให้วิชาชีพการพยาบาล มีความจำเป็นอย่างมากที่ต้องเข้าใจถึงทิศทางการเปลี่ยนแปลงของการจัดการภาครัฐแนวใหม่ และมีการเตรียมความพร้อมต่อการส่งมอบบริการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน เพิ่มผลลัพธ์ทางการแพทย์ มีการวัดและตรวจสอบผลลัพธ์ได้อย่างชัดเจน ซึ่งเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการให้การพยาบาลแก่ประชาชน

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวคิดการจัดการภาครัฐแนวใหม่ ทิศทางการให้บริการของระบบสาธารณสุขตามแนวคิดการจัดการภาครัฐ

แนวใหม่ แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของวิชาชีพการพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และการเตรียมความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลวิชาชีพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการจัดการภาครัฐแนวใหม่ และสามารถบูรณาการร่วมกับศาสตร์ทางการแพทย์ เพื่อเตรียมความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข สำหรับการวางแผนการปฏิบัติงาน และการให้บริการสุขภาพแก่ผู้รับบริการ

แนวคิดการจัดการภาครัฐแนวใหม่

แนวคิดการจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management: NPM) ตามแนวคิดของฮูด⁸ เป็นแนวคิดรากฐานที่นำมาใช้ในการบริหารราชการแผ่นดินของประเทศไทยในปัจจุบัน ซึ่งเป็นการบริหารจัดการแบบผสมผสานระหว่างการจัดการภาคเอกชนและภาครัฐที่เน้นรูปแบบการทำงานอย่างมืออาชีพ โดยนำวิธี การบริหารจัดการภาคเอกชนมาปรับใช้กับรูปแบบการทำงานภาครัฐ ซึ่งมีวิธีการบริหารจัดการดังนี้

1. การบริหารจัดการลักษณะของการกระจายอำนาจภาครัฐ เพื่อลดบทบาทการทำงานขององค์กรขนาดใหญ่ และกระจายอำนาจให้หน่วยงานย่อย มีความยืดหยุ่น และสามารถบริหารจัดการตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ทำให้เกิดความคล่องตัวในการทำงานมากขึ้น โดยเน้นการวัดผลลัพธ์ของการปฏิบัติงานมากกว่ากระบวนการทำงาน

2. การจัดการด้านอัตรากำลังคนและงบประมาณ ด้วยการลดจำนวนบุคลากร พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญและสามารถลดค่าใช้จ่ายจากการดำเนินงาน รวมทั้งก่อให้เกิดผลลัพธ์ของการปฏิบัติงานได้สูงสุด

3. การพัฒนาการจัดการฐานข้อมูลและเทคโนโลยี เน้นการพัฒนากระบวนการจัดการฐานข้อมูล

และเทคโนโลยี เพื่อให้สามารถนำข้อมูลและเทคโนโลยีมาพัฒนาหรือต่อยอดผลผลิตและการให้บริการที่ตอบสนองความต้องการของประชาชนให้สามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายและสะดวกรวดเร็วมากขึ้น

4. การพัฒนาปรับปรุงกฎระเบียบและข้อบังคับต่างๆ ให้สอดคล้องกับนโยบายพื้นฐานของการตัดสินใจจากหลายภาคส่วน และสอดคล้องกับวิถีชีวิต ประเพณี และวัฒนธรรมของชาติ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการจัดการภาครัฐ

สรุปได้ว่าแนวคิดการจัดการภาครัฐแนวใหม่เป็นรูปแบบของการดำเนินงานภาครัฐที่มีลักษณะของการกระจายอำนาจของรัฐ ลดบทบาทของหน่วยงานให้เล็กลง ปรับระเบียบและข้อบังคับต่างๆ เพื่อให้สามารถเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินงานให้มีความคล่องตัวมากยิ่งขึ้น เพิ่มสมรรถนะของการจัดการ โดยใช้ทรัพยากรบุคคลที่มีความเชี่ยวชาญ และประยุกต์ใช้เทคโนโลยีมาใช้ในการให้บริการประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ดังนั้นแนวทางของการจัดการภาครัฐแนวใหม่ จึงเป็นความพยายามที่จะปรับเปลี่ยนวิธีการจัดการของระบบราชการเดิมที่เน้นการดำเนินงานตามระเบียบ และขั้นตอนที่ยุ่งยากมาเป็นการจัดการแบบใหม่ที่เน้นผลลัพธ์หรือความสำเร็จของการให้บริการที่ยืดประชาชนเป็นศูนย์กลาง โดยการดำเนินการจัดการภาครัฐ แนวใหม่มีหลักการดำเนินงานที่สำคัญอยู่ 7 องค์ประกอบ คือ

1. การจัดการโดยนักวิชาชีพที่มีความชำนาญ (Hands-on Professional management) คือ ให้ผู้จัดการมืออาชีพ สามารถจัดการและตัดสินใจได้เองอย่างอิสระบนฐานของการพิจารณาด้วยเหตุและผล ความชำนาญ มีประสิทธิภาพ โปร่งใสตรวจสอบได้ และรับผิดชอบต่อหน้าที่ ที่ได้รับมอบหมาย

2. มีมาตรฐานและการวัดประสิทธิภาพของงานที่ชัดเจน (Explicit Standards and Measures

of Performance) คือ มีวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และตัวชี้วัดที่ชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งตัวชี้วัดที่แสดงให้เห็นเชิงปริมาณของการให้บริการอย่างมืออาชีพ และการตรวจสอบให้ตรงกับเป้าหมายที่ชัดเจน

3. ให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ที่มากขึ้น (Greater Emphasis on Output Controls) คือ การใช้ทรัพยากรเหมาะสมกับผลงานที่วัดได้ เพราะเน้นผลลัพธ์มากกว่าวิธีการ

4. แยกหน่วยงานภาครัฐออกเป็นหน่วยย่อยๆ (Shift to Disaggregation of Units in the Public Sector) การลดทอนขนาดของหน่วยงานใหญ่ออกเป็นหน่วยงานย่อยๆ ตามลักษณะของผลงานหรือบริการ ที่ผลิต และแบ่งเงินสนับสนุนตามลักษณะของหน่วยงานย่อยอย่างชัดเจน อีกทั้งสามารถติดต่อประสานงานทั้งหน่วยงานภายในและหน่วยงานภายนอกได้อย่างอิสระ

5. ปรับเปลี่ยนให้เกิดการแข่งขันภาครัฐมากขึ้น (Shift to Greater Competition in the Public Sector) คือ การเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินงานให้เป็นการจัดซื้อจัดจ้างและประมูลในลักษณะของคู่แข่ง (Rivalry) ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญของการลดต้นทุนลงและมีมาตรฐานที่สูงขึ้น

6. เน้นการจัดการแบบภาคเอกชน (Stress on Private Sector Styles of Management Practice) เปลี่ยนจากรูปแบบการจัดการระบบราชการที่เน้นระเบียบแบบแผนเป็นการทำงานที่มีความยืดหยุ่น โดยมีการจ้างงานหรือให้รางวัลเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อน

7. เน้นการใช้ทรัพยากรอย่างมีวินัยและประหยัด (Stress on Greater Discipline and Parsimony in r(Resource Use) โดยการตัดต้นทุนหลัก เพิ่มวินัยของข้าราชการในการปฏิบัติงาน และลดข้อเรียกร้องของกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน เพื่อจำกัดต้นทุนจากการปฏิบัติงานและตรวจสอบความต้องการของ

ทรัพยากรได้ ทำให้มีการใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด (Do More with Less)

เมื่อพิจารณาหลักการดำเนินงานตามองค์ประกอบของการจัดการภาครัฐแนวใหม่ จะสะท้อนให้เห็นถึงแนวทางการปฏิบัติขององค์กรภาครัฐที่เปลี่ยนแปลงไป โดยมีการมุ่งผลสัมฤทธิ์ของการปฏิบัติงาน ภายใต้ การบริหารจัดการอย่างเป็นมืออาชีพของผู้ที่มีความชำนาญ มีการกำหนดผลลัพธ์ที่มีมาตรฐานของการปฏิบัติที่ชัดเจน ปรึบลดขนาดโครงสร้างขององค์กร ปรึบเปลี่ยนหรือลดขั้นตอนของการปฏิบัติงานได้ เพื่อให้การบริหารจัดการเกิดความคล่องตัวและมีใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า เพื่อผลักดันให้เกิดการให้บริการภาครัฐที่มีประสิทธิภาพ และเพิ่มความสามารถในการแข่งขันกับต่างประเทศได้

ทิศทางการให้บริการของระบบสาธารณสุขตามแนวคิดการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่

แนวคิดการจัดการภาครัฐแนวใหม่เป็นการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ จากการปฏิบัติงานที่เน้นระเบียบกฎเกณฑ์ งบประมาณ เป็นการปฏิบัติงานที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ หรือความสำเร็จของการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ และปรับวิธีการปฏิบัติงานที่ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ลดขั้นตอนการปฏิบัติงานลดบทบาทหน้าที่และการตัด สินใจขององค์กรที่มีขนาดใหญ่ ที่ทำให้การบริหารจัดการยาก ด้วยการถ่ายโอนอำนาจ กระจายทรัพยากร การตัดสินใจและความรับผิดชอบให้หน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรง รวมถึงมีการสร้างเครือข่าย เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน และเกิดความคล่องตัวในการบริหารจัดการพัฒนาคุณภาพของการปฏิบัติงาน ทำให้เกิดผลลัพธ์การให้บริการประชาชนที่มีคุณภาพและสามารถตอบสนองได้ทันต่อความต้องการของประชาชนภายใต้ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

ตลอดเวลา⁹ กระทรวงสาธารณสุขเป็นองค์กรหลักในการขับเคลื่อนให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดี จึงได้จัดทำแผนงานโครงการที่มีกำหนดผลสัมฤทธิ์ของการปฏิบัติงานที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมเพื่อช่วยขับเคลื่อนระบบการให้บริการที่ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงการให้บริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ผ่านโครงสร้างขององค์กรที่มีการกระจายอำนาจ ในลักษณะของเขตบริการสุขภาพตามกลุ่มจังหวัดจำนวน 12 เขต และเขตกรุงเทพมหานคร ครอบคลุม 76 จังหวัด โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดร่วมกันคือ อัตรากำลังบุคลากร งบประมาณ เครื่องมือแพทย์ให้เกิดประโยชน์สูงสุด และให้หน่วยงานในสังกัดจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการการพัฒนาคุณภาพบริการตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (Public Sector Management Quality Award: PMQA) ส่งผลต่อคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ และการเงินการคลัง ของหน่วยงานเกิดความคล่องตัวมากขึ้น และเพิ่มศักยภาพของการให้ส่งมอบบริการสุขภาพที่ดีที่สุดให้กับประชาชน โดยการสร้างความร่วมมือในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในลักษณะของเครือข่ายบริการสุขภาพตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ที่มีความเชี่ยวชาญและเชื่อมโยงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิเข้าด้วยกัน อันจะนำไปสู่การเพิ่มสมรรถนะของการให้บริการแต่ละระดับและมีขอบเขตการให้บริการที่ชัดเจน รวมถึงการนำองค์ความรู้ด้านนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลมาปรับใช้ในการให้บริการสุขภาพที่เน้นการพัฒนารูปแบบการให้บริการประชาชนแบบเบ็ดเสร็จ และเชื่อมโยงการบริการต่าง ๆ ผ่านแพลตฟอร์มดิจิทัล เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ ผู้รับบริการได้รับการอำนวยความสะดวก อย่างทั่วถึง และยังเป็น การปรับวิธีการดำเนินการให้เกิดความเป็นสากลอีกด้วย¹⁰

ลักษณะของการให้บริการสุขภาพมีแนวโน้มที่จะนำเทคโนโลยีมาปรับใช้ในระบบบริหารจัดการระบบข้อมูลสารสนเทศ ระบบการให้บริการมากขึ้น เพื่อลดต้นทุนและเพิ่มขีดความสามารถของการให้บริการสุขภาพ และรองรับผู้รับบริการได้เพิ่มมากขึ้น ในบริบทที่มีทรัพยากรอย่างจำกัด หลายโรงพยาบาลจึงได้มีปรับตัวโดยการปรับเปลี่ยนรูปแบบ หรือวิธีการ เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลให้เป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital) ที่ประยุกต์การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการจัดบริการภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอนการปฏิบัติ สะดวกรวดเร็วและมีคุณภาพ⁹ เช่น การพัฒนาระบบคิวอัตโนมัติตั้งแต่การจองคิวเพื่อขอเข้ารับบริการจนถึงขั้นตอนของการรับยากลับบ้าน และต่อยอดด้วยการพัฒนาระบบบริหารจัดการมาใช้ในการรับยาโดยผู้รับบริการสามารถรับยาใกล้บ้านได้ ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงการให้บริการของท้องถิ่นทั้งภาครัฐและเอกชนให้มีส่วนร่วมในการให้บริการประชาชน เพื่อลดความแออัดและระยะเวลาการรอคอยแต่ละแผนก ถือว่าเป็นการอำนวยความสะดวกให้กับผู้รับบริการได้เป็นอย่างดี ทางด้านการจัดการข้อมูลได้นำระบบคลาวด์ (Cloud) ซึ่งเป็นระบบคอมพิวเตอร์ที่รองรับการทำงานในการจัดเก็บข้อมูล การจัดการระบบเครือข่ายมาประยุกต์ใช้ ในการติดตามดูแลผู้ป่วยตั้งแต่โรงพยาบาลถึงชุมชนแบบไร้รอยต่อ การพัฒนาแอปพลิเคชัน RDU (Rational Drug Use) รู้เรื่องยา เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลยาอย่างปลอดภัย¹⁰

สำหรับระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้เพิ่มขีดความสามารถของการให้บริการสุขภาพ เพื่อให้ผู้รับบริการเชื่อมั่นและไว้วางใจ จึงได้พัฒนาระบบการให้บริการแบบทีมสหวิชาชีพ คือ คลินิกหมอครอบครัวที่มีลักษณะของการให้บริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (One stop service) และนำเทคโนโลยีมาต่อยอดการให้ บริการด้วยการพัฒนาแอปพลิเคชัน

PCC Team หมอครอบครัวซึ่งจะมีทีมหมอครอบครัว และแพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัวตรวจสอบข้อมูลประวัติการติดตามผู้ป่วย เพื่อเพิ่มศักยภาพของการบริการประชาชน ให้ได้รับ การดูแลและการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงสุด มีการพัฒนาระบบแพทย์ทางไกลผ่านระบบอินเทอร์เน็ต ความเร็วสูง (Telemedicine) โดยแพทย์ต้นทางและปลายทางสามารถติดต่อกันด้วยภาพเคลื่อนไหวและเสียง ทำให้สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ป่วยระหว่างกันได้ เพื่อแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข ของผู้รับบริการที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลให้สามารถเข้าถึงบริการด้านการแพทย์จากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญและมีมาตรฐาน และยังเป็น การช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายและประหยัดเวลา มีการพัฒนาระบบส่งต่อผู้รับบริการ (Referral System) กระบวนการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ (Refer in-Refer Out) เพื่อให้ผู้รับบริการที่เจ็บป่วยฉุกเฉินปลอดภัย และตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างทันท่วงที รวมถึงมีการพัฒนาแอปพลิเคชัน Thai EMS 1669 ซึ่งทำให้สามารถระบุพิกัดของแหล่งเกิดเหตุแม่นยำ ประเมินการช่วยเหลือเบื้องต้นและทราบระยะเวลาการเดินทาง สถานบริการที่ใกล้ที่สุด เพื่อช่วยเหลือผู้รับบริการได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นการเพิ่มโอกาสรอดชีวิต หรือลดความพิการจากภาวะวิกฤตได้เป็นต้น^{10,11}

จากการเปลี่ยนแปลงของรูปแบบและวิธีการให้บริการสุขภาพดังกล่าว จะเห็นได้ว่าทิศทาง การให้บริการสุขภาพของประเทศไทยในทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ ล้วนมุ่งเน้นผลลัพธ์ของการให้บริการสุขภาพ ซึ่งขับเคลื่อนโดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ มาช่วยบริหารจัดการระบบสุขภาพ ภายใต้ข้อจำกัดของทรัพยากร โดยการสร้างเครือข่ายสุขภาพ มีเป้าหมายและตัวชี้วัดที่ชัดเจนตามแผนพัฒนาระบบบริการ

สุขภาพ (Service Plan) ผสานกับเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อเพิ่มศักยภาพของการให้บริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพและมีมาตรฐาน ซึ่งถือว่าเป็นผลลัพธ์ของการให้บริการสุขภาพที่สำคัญที่ต้องการมอบให้แก่ประชาชน

แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงกับวิชาชีพการพยาบาล

จากการบูรณาการแนวความคิดการจัดการภาครัฐแนวใหม่ กับระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ส่งผลให้เกิดแนวโน้มการจัดการบริการสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปตามที่ได้กล่าวมาข้างต้นต้องอาศัยบุคลากรวิชาชีพเฉพาะ มาบริหารจัดการ และขับเคลื่อนระบบสุขภาพ พยาบาลวิชาชีพถือว่าเป็นหนึ่งในวิชาชีพเฉพาะที่มีส่วนสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพของการให้บริการสุขภาพ และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการจัดบริการพยาบาล ในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิต้องให้บริการพยาบาลเชิงรุกที่เป็นรูปแบบของเขตพื้นที่รับผิดชอบ และประสานงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ภายใต้นโยบายคลินิกหมอครอบครัว พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทเป็นผู้จัดการทรัพยากรสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดูแลครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้รับบริการที่อยู่ในระยะท้าย โดยการประเมินผู้รับบริการและครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูล วางแผน ประสานงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในพื้นที่ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแล และให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับบริบทของวิถีชีวิต วัฒนธรรมท้องถิ่น ทำให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพมากขึ้น⁷ และมีบทบาทตรวจรักษาโรคเบื้องต้น เสริมสร้างสุขภาพ ป้องกันโรคฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นที่ปรึกษาทางสุขภาพ ประสานงานกับท้องถิ่น รวมถึงจัดระบบการส่งต่อ และดูแลต่อเนื่อง ซึ่งจะต้องวิเคราะห์สถานการณ์ วางแผน

การจัดการจัดการช่วยเหลือ ประสานงาน และแลกเปลี่ยนข้อมูลกับ สถานบริการที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการตลอดเวลา เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการที่อยู่ในภาวะวิกฤติได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง และปลอดภัย¹¹ จะเห็นได้ว่าเป็นการให้บริการพยาบาลที่ให้ความสำคัญกับผลลัพธ์มากกว่าวิธีการ ซึ่งการได้รับการบริการสุขภาพจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ นอกจากผู้รับบริการจะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานแล้ว ยังเป็นกุญแจสำคัญของการลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของประเทศ สำหรับพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานระบบสุขภาพระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ จะต้องทำหน้าที่เป็นพยาบาลวิชาชีพผู้มีความเชี่ยวชาญการพยาบาลเฉพาะด้าน มีสมรรถนะด้านเทคโนโลยีดิจิทัล สามารถประยุกต์เทคโนโลยีดิจิทัลเข้ากับการให้บริการพยาบาล¹² ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการของการพัฒนาระบบการให้บริการของโรงพยาบาลที่เน้นการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล มาพัฒนาระบบการให้บริการให้เป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital) ที่กำลังจะเกิดขึ้นอย่างแพร่หลายในอนาคต ตามแนวความคิดการจัดการภาครัฐแนวใหม่ ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบของการให้บริการที่ผสมผสานเข้ากับเทคโนโลยีดิจิทัล ในหลายแผนก อาทิ เช่น การใช้ระบบคอมพิวเตอร์มาช่วยการจัดการ ค้นหาข้อมูล ผู้รับบริการ ติดตามผลการตรวจห้องปฏิบัติการ ตรวจสุขภาพ การรักษา บันทึกกิจกรรมการพยาบาล รวมถึงสิทธิ์การรักษาของผู้รับบริการ¹³ เป็นต้น เพื่อลดความแออัด ลดระยะเวลาการรอคอย อำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการ ตลอดจนพัฒนาคุณภาพของการให้บริการในหน่วยงานให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน TQA (Thailand Quality Award) HA (Healthcare Accreditation) ISO (International Standards Organization) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนให้เห็นถึงสมรรถนะและมาตรฐานการให้บริการพยาบาลที่

มีคุณภาพของสถานบริการของรัฐ ที่ทัดเทียม (Benchmarking) ได้กับสถานบริการเอกชน โดยการให้บริการพยาบาลทุกระดับต้องมีประสิทธิภาพ และรวดเร็ว พยาบาลวิชาชีพต้องสามารถประยุกต์ศาสตร์ทางการพยาบาล และศาสตร์อื่นๆ ในการจัดระบบบริการพยาบาลของตนเอง มีกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบ ประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาพัฒนาระบบการดูแลผู้รับบริการ และสามารถปรับเปลี่ยนกระบวนการการทำงานให้สอดคล้องกับบริบทของผู้รับบริการ ที่แตกต่างกัน ที่สะท้อนถึงทักษะการบริหารจัดการอย่างมืออาชีพ มีการนำกระบวนการวิจัยและนวัตกรรมทางการพยาบาลมาพัฒนาองค์ความรู้ กระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพ โดยยึดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการเป็นสำคัญ^{14,15}

ในทางตรงกันข้ามแนวคิดการจัดการภาครัฐแนวใหม่ที่เน้นการจำกัดต้นทุนของการให้บริการ การจ้างบุคลากรพยาบาล ซึ่งนับว่าเป็นต้นทุนค่าใช้จ่ายที่สูงของการส่งมอบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะการจ้างที่เป็นข้าราชการประจำ ภาครัฐจึงได้มีแนวคิดให้มีการจ้างงานในรูปแบบทางเลือก ทำให้การบรรจุเข้ารับข้าราชการของพยาบาลวิชาชีพพลดลง เกิดการสูญเสียพยาบาลวิชาชีพออกจากภาครัฐไปให้ภาคเอกชน ส่งผลให้ปัญหาขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น¹⁶ แต่อย่างไรก็ตามการจำกัดต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรในการจ้างพยาบาลวิชาชีพในปัจจุบัน ไม่สอดคล้องกับสถานการณ์สุขภาพ การระบาดของโรคติดต่อ และสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย

จะเห็นได้ว่าแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของการปฏิบัติงานในการให้บริการพยาบาล ต้องอาศัยความรู้ที่มีความเป็นเฉพาะทางมาพัฒนาคุณภาพของการให้การพยาบาล มีเป้าหมายในการปฏิบัติงานที่ชัดเจน มุ่งผลลัพธ์ของการทำงานที่แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของการปฏิบัติงาน มีการทำงานเป็นทีม และการรู้จักใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมาให้บริการ ในขณะเดียวกันจาก

แนวคิดดังกล่าวทำให้หน่วยงานจะต้องมีการบริหารงานบนความท้าทาย จากสถานการณ์อัตราากำลังพยาบาลที่ลดลง และต้องพัฒนาพยาบาลที่มีอยู่เดิมในระบบให้มีความเชี่ยวชาญให้มากขึ้น และส่งเสริมก้าวหน้าตามสายงานอาชีพด้วยเช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

จากแนวคิดการจัดการภาครัฐแนวใหม่ส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของวิชาชีพพยาบาล พยาบาลวิชาชีพและองค์กรพยาบาล ควรมีแผนการเตรียมพร้อมทั้งในด้านปริมาณ คือ จำนวนพยาบาล และด้านคุณภาพ คือ ความเชี่ยวชาญหรือชำนาญเฉพาะทาง เพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

ระดับบุคคล

1. พยาบาลวิชาชีพควรมีการวางแผนเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรเฉพาะทาง หลักสูตรบัณฑิตศึกษาทางการพยาบาล หรือฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนงานประจำพื้นฐาน (On the Job Training) กับพยาบาลพี่เลี้ยง เพื่อให้เป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน
2. พยาบาลวิชาชีพควรพัฒนาสมรรถนะด้านเทคโนโลยีดิจิทัลของตนเอง เพื่อให้สามารถส่งมอบบริการทางพยาบาลได้อย่างรวดเร็วและทั่วถึงมากยิ่งขึ้น
3. พยาบาลวิชาชีพควรมีการประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการให้การพยาบาล เพื่อให้การพยาบาลที่มีคุณภาพและเป็นมาตรฐาน
4. พยาบาลวิชาชีพต้องมีการกำหนดผลลัพธ์และตัวชี้วัดที่สะท้อนให้เห็นคุณภาพของการบริการพยาบาลอย่างชัดเจน เพื่อใช้วัดและประเมินผลการปฏิบัติงานของตนเอง และทีมการพยาบาล
5. พยาบาลวิชาชีพควรมีการพัฒนาวิจัยและนวัตกรรมทางการพยาบาล เพื่อช่วยลดต้นทุนของการบริการพยาบาล และส่งเสริมมูลค่าของการบริการพยาบาลที่ส่งมอบให้กับผู้รับบริการ

ระดับหน่วยงาน

1. ผู้บริหารทางการแพทย์ ควรมีการวางแผนจัดอัตรากำลังแบบการผสมผสานของทีมบุคลากร (Staffing Mixed) ในสัดส่วนที่เหมาะสมโดยคำนึงถึงประเภทผู้ป่วย และความต้องการของผู้ป่วยลักษณะงาน และความซับซ้อนของกิจกรรมพยาบาลในแผนกหรือหน่วยบริการนั้น เพื่อการให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน และเป็นการควบคุมต้นทุนของบริการพยาบาลตามความจำเป็นและเหมาะสม

2. ผู้บริหารทางการแพทย์ ควรวางแผนพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ให้เป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านตามแต่ละสาขา เช่น ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านการพยาบาลผู้ป่วยหนัก ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านการพยาบาลชุมชน เป็นต้น

3. หน่วยงานต้องมีการทบทวนกระบวนการให้การพยาบาลตามศาสตร์ของการพยาบาลอยู่เสมอ เพื่อวิเคราะห์และลดกระบวนการที่ไม่จำเป็น ลดระยะเวลา รวมถึงลดต้นทุนของการให้บริการ

4. หน่วยงานควรมีการส่งเสริมและสร้างบรรยากาศในองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ พัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์ เพื่อเพิ่มมูลค่าและผลผลิตของบริการพยาบาล

ระดับองค์กร

1. องค์กรที่เกี่ยวข้องควรมีการบรรจุพยาบาลวิชาชีพ ให้เข้ารับราชการ เพื่อลดอัตราการสูญเสียบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ และส่งเสริมความก้าวหน้า ค่าตอบแทนให้กับวิชาชีพพยาบาล เพื่อเป็นแรงจูงใจ ภาครัฐรักษาให้พยาบาลคงอยู่ในระบบ ทั้งนี้ การสนับสนุนดังกล่าวจะช่วยให้มีบุคลากรพยาบาลเพียงพอต่อแนวโน้มการเกิดภาวะการพึ่งพิงในอนาคต

2. องค์กรที่เกี่ยวข้องควรมีการชี้แจง แนวคิด และนโยบายการจัดการภาครัฐแนวใหม่ให้กับ

พยาบาลวิชาชีพได้รับทราบ และเปิดโอกาสให้เสนอแนะข้อคิดเห็น เพื่อร่วมกันบริหารทรัพยากรทางสุขภาพที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด

3. องค์กรที่เกี่ยวข้องด้านการศึกษาพยาบาล ควรมีการออกแบบหลักสูตรทางการแพทย์พยาบาลให้มีความสอดคล้องกับแผนการพัฒนาบริการสุขภาพ เพื่อสร้างบุคลากรทางการแพทย์ให้เป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ และสมรรถนะตรงตามแผนความต้องการของสถานบริการของรัฐในแต่ละระดับ

บทสรุป

แนวคิดการจัดการภาครัฐแนวใหม่ เป็นวิธีการบริหารจัดการที่เน้นผลลัพธ์หรือความสำเร็จของ การปฏิบัติงาน โดยเน้นการปรับเปลี่ยนบทบาทภารกิจขององค์กรภาครัฐให้มีขนาดเล็กลง เพื่อความคล่องตัว ในการทำงาน และให้บุคลากรผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเป็นผู้บริหารจัดการ โดยใช้เทคนิควิธีการของการจัดการภาครัฐแนวใหม่ที่มีการร่วมของภาคเอกชนเข้ามาช่วยสนับสนุน มีรูปแบบของความร่วมมือในลักษณะที่เป็นหุ้นส่วนหรือสัญญาจ้าง ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาช่วยลดต้นทุนของการดำเนินงาน เน้นการทำงานที่มากขึ้น โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีการนำมาประยุกต์กับระบบสาธารณสุขภาครัฐในการบริการสาธารณสุขให้สามารถเทียบเคียงกับภาคเอกชนได้ เช่น โรงพยาบาลอภัยภูเบศร การพัฒนาระบบคิวอัตโนมัติ การพัฒนาแอปพลิเคชันการใช้ยาอย่างสมเหตุผล RDU (Rational Drug Use) การพัฒนาระบบแพทย์ทางไกล (Telemedicine) การพัฒนาระบบส่งต่อผู้รับบริการ (Referral system) เป็นต้น และมีการทำงานเชิงรุกในพื้นที่บริการ เช่น การจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (Primary cluster care) เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขต้องมี การปรับเปลี่ยน

รูปแบบการให้บริการทางการแพทย์เป็นระบบดิจิทัลมากขึ้น โดยการพัฒนาสมรรถนะความเชี่ยวชาญทางวิชาชีพ ในทางตรงกันข้ามแนวคิดดังกล่าวมุ่งเน้นการลดอัตรากำลังคนภาครัฐ ส่งผลให้พยาบาลไม่เพียงพอต่อภาระงานในการให้การพยาบาลประชาชน ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพและองค์กรพยาบาลต้องมี การเตรียมความพร้อม วางแผน สำหรับการเปลี่ยนแปลงจากการจัดการภาครัฐแนวใหม่ที่เกิดขึ้น ในระบบราชการไทย

REFERENCES

1. Panyasiri C. Management Paradigm of Thai Public Organization: A Comparison Between New Public Management (NPM) and New Public Service (NPS). *Siam Academic Review*. 2017; 18(1): 1-20. (in Thai).
2. Office of the Public Sector Development Commission. Handbook of Technique and New Management in Govern Management Guideline: Public Management. Bangkok: The Institute; 2006. (in Thai).
3. Office of the Civil Service Commission. Government Management in Thailand 4.0 Context [Online]. 2017 [cited 2020/01/04] Available from: https://www.ocsc.go.th/sites/default/files/attachment/article/4._rabbraachkaarithyainbribthaithyaelnd-4-0.pdf. (in Thai).
4. Strategy and Planning Division. Twenty-Year National Strategic Plan for Public Health (2017-2036) First Revision 2018. Nonthaburi: Office of the Permanent Secretary; 2018. (in Thai).
5. Pitakkamonporn S, Kowpoothai S, Seema C, Osan P. Guidelines for organizing Consultations: Unite the Power of Perception to Help the Nation Fight the COVID 19 Disaster in Cluster. Nonthaburi: National Health Commission Office; 2020. (in Thai). Bureau of Information Office. The Ministry of Public Health: Carry forward Smart Hospital on Thailand 4.0 Policy [Online]. 2018 [cited 2020/01/04] Available from: <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/04/119047/>. (in Thai).
6. Suwanasaeng N, Yingyoud P. Primary Care Cluster: Concept and Management of Registered Nurses' Roles. *Thai Journal of Nursing Council*. 2020; 35(1): 5-17. (in Thai).
7. Hood C. A Public Management for all Reason? [Online]. 1991 [cited 2020/02/04] Available from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1467-9299.1991.tb00779.x>
7. Office of the Public Sector Development Commission. Handbook of Technique and new Management in Govern Management Guideline: Citizen Centered Approach. Bangkok: The institute; 2006. (in Thai).
8. Office of the National Economics and Social Development Council. Annual Report 2019 in Health Strategic. Bangkok: Office of the National Economics and Social Development Council; 2020. (in Thai).
9. Sahunphun P. The process of referral system between hospitals. *Hua Hin Sook Jai Klai Kangwon Journal*. 2019; 4(1): e0051. (in Thai).

10. Risling T. Educating the Nurses of 2025: Technology Trends of the Next Decade. *Nurse Education in Practice*. 2017; 22: 89-92.
11. Poomyeewha W. The Usage of Information Technology of Registered Nurses in Private Hospital. *Udonthani Rajabhat University Journal of Sciences and Technology*. 2019; 7(1): 17-31. (in Thai).
12. Mc Cabe T, Sambrook S. A Discourse Analysis of Managerialism and Trust Amongst Nursing Professionals. *The Irish Journal of Management*. 2019; 38(1): 38-53.
13. Stevens KR. The Impact of Evidence-Based Practice in Nursing and the Next Big Ideas. *Online J Issues Nurs*. 2013; 18(2): 4.
14. Sathagathonthun G, Kornpuang A. The Causal Relationship Model of Job Retention for Nurses in Government Hospitals. *Nursing [Online]*. 2018 [cited 2020/04/15];12(1S):58-4. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/NurseNu/article/view/148853>. (in Thai).



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการความปวดจาก กลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงร่าง กระดูกเนื่องจากการทำงานของเกษตรกรชาวสวนผลไม้ จังหวัดจันทบุรี*

Factors Influencing Pain Management Behaviors
of Work-Related Musculoskeletal Disorders among
Fruits Farmers in Chanthaburi Province*

สิริวิมล กิจชล** Wannarat Lawang*** นิสากอร์ จีวะเกตุ****

Siriwimol Kitchol** Wannarat Lawang*** Nisakorn Jivacate****

Received : 25/5/63

Revised : 19/8/63

Accepted : 15/9/63

บทคัดย่อ

ความปวดจากกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงร่างกระดูกเนื่องจากการทำงานในเกษตรกรชาวสวนผลไม้เป็นปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องมีพฤติกรรมการจัดการความปวดที่เหมาะสม การวิจัยเชิงพรรณนาแบบความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการความปวดและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการความปวดดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างเป็นเกษตรกรชาวสวนผลไม้ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดจันทบุรี ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างหลายขั้นตอน จำนวน 262 ราย เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ครอบคลุมข้อมูลพื้นฐาน ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวด ทักษะคิดต่อการจัดการความปวด การรับรู้ความสามารถตนเอง การเข้าถึงบริการสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการจัดการความปวด มีค่า

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

** นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* Master of Nursing Science Program Thesis, Community Practice Nursing, Faculty of Nursing Burapha University

** Master of Nursing Science Students, Community Practice Nursing, Faculty of Nursing Burapha University

*** Assistant professor, Faculty of Nursing, Burapha University

**** Assistant professor, Faculty of Nursing, Burapha University

ความเชื่อมั่นเท่ากับ .84 .89 .93 .92 .93 และ .95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการความปวดภาพรวมอยู่ในระดับดี มีพฤติกรรมด้านการรักษาความปวดสูงกว่าด้านการฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อ โดยปัจจัยการรับรู้ความสามารถตนเอง การ

เข้าถึงบริการสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวด สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการความปวดได้ร้อยละ 49.2 ($R^2 = .492, p < .001$)

สรุป: พยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการความปวดที่เหมาะสมในเกษตรกรชาวสวนผลไม้ โดยเพิ่มการรับรู้ความสามารถตนเองและความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวด ตลอดจนส่งเสริมให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพและสนับสนุนครอบครัวและบุคคลสำคัญมีส่วนร่วมจัดการความปวด เพื่อให้สามารถจัดการความปวดได้อย่างเหมาะสมและเพิ่มคุณภาพชีวิตเกษตรกรชาวสวนผลไม้

คำสำคัญ: เกษตรกรชาวสวนผลไม้ กลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงร่างกระดูกจากการทำงาน ความปวด พฤติกรรมการจัดการความปวดจันทบุรี

ABSTRACT

Pain from work related musculoskeletal disorders among fruit farmers is a health problem that requires appropriate pain management behaviors. This predictive correlational research aimed to describe pain management behaviors and to determine factors influencing pain management behaviors. Multi-stage random sampling was used to recruit 262 participants of fruit farmers in Chanthaburi province. Research instruments were interviews including basic information, the pain management knowledge, the pain management attitudes, the perceived self-efficacy, the health service accessibility, the social support perception, and the pain management behaviors. Their reliabilities were .84 .89 .93 .92 .93 and .95 respectively. Descriptive statistics and stepwise multiple regression statistics were performed to analyze the data.

The results revealed that the pain management behaviors among participants in overall and in each dimension were rated at a good level. The pain treatment behavior dimension was the higher score than the muscle rehabilitation behavior dimension. The perceived self-efficacy, the health service accessibility, the social support perception, and the pain management knowledge could together explain 49.2% ($R^2 = .492$, $p < .001$) of the variance accounted for the pain management behaviors.

Conclusion: These findings suggest that nurses and other health personnel should develop the program to promote the pain management behaviors in fruit farmers through increasing the perceived self-efficacy and the pain management knowledge, as well as promoting access to health services and supporting family, friends, and important people to participate in pain management. Consequently, the appropriate pain management and the quality of life of fruit farmers would be increased.

Keywords: Fruits Farmers, Work-Related Musculoskeletal Disorders, Pain, Pain Management Behaviors Chanthaburi

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เกษตรกรเป็นแรงงานกลุ่มใหญ่ที่มีบทบาทสำคัญต่อระบบเศรษฐกิจไทย โดยร้อยละ 19.6 ของครัวเรือนไทยประกอบอาชีพเกษตรกรและมีสัดส่วนเป็นเกษตรกรชาวสวนผลไม้มากถึงร้อยละ 76.6¹ จากการประกอบอาชีพเพาะปลูกผลไม้ทำให้เกษตรกรมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพที่มีสาเหตุจากสารเคมี ภาวะสุขภาพ ชีวภาพ ความเครียด และเออร์โกโนมิกส์ ซึ่งปัญหาสุขภาพที่พบในเกษตรกรมากที่สุด และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น คือ กลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงกระดูก ซึ่งมีอัตราป่วยในปี พ.ศ. 2561 เป็น 275.50 และ 293.28 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2562 โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีการเพาะปลูกผลไม้เป็นส่วนมากอย่างพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 ประกอบด้วยจังหวัด จันทบุรี ชลบุรี ระยอง ตราด สมุทรปราการ สระแก้วฉะเชิงเทรา และปราจีนบุรี ซึ่งจังหวัดจันทบุรีเป็นพื้นที่ที่มีอัตราป่วยสูงสุดและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง² นอกจากนี้การศึกษานำร่องในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี³ พบว่า เกษตรกรชาวสวนผลไม้ต้องเผชิญกับปัญหา กลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงกระดูกเนื่องจากการทำงาน ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ สะท้อนให้เห็นว่า กลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงกระดูกเนื่องจากการทำงานเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในเกษตรกรชาวสวนผลไม้และจำเป็นต้องมีการจัดการที่เหมาะสม

กลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงกระดูกจากการทำงาน (Work-related Musculoskeletal Disorders) เป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นของกล้ามเนื้อ กระดูก เส้นประสาท เอ็นกล้ามเนื้อ และเอ็นกระดูกทั้งแบบเฉียบพลันและแบบสะสมต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดอาการเจ็บปวด มีความทุกข์ทรมาน รบกวนการดำเนินชีวิต การทำงาน หรือบางรายผิด

ปกติรุนแรงจนอาจเกิดความพิการ ตลอดจนสูญเสียค่า ใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้⁴ มีสาเหตุหลักจากปัจจัยด้านการยศาสตร์ (Ergonomics) ได้แก่ การทำงานในท่าที่ไม่เหมาะสม การทำงานในท่าเดียวกันนานๆ การทำงานที่เคลื่อนไหวซ้ำๆ และการทำงานที่ออกแรงมากเกินไป⁵ ซึ่งมีลักษณะงานของเกษตรกรชาวสวนผลไม้มีความเสี่ยงทั้งการทำงานที่ต้องบิดเอี้ยว เอี้ยว ก้มงอ หรืออยู่ในท่าเดิมนานๆ ร่วมกับออกแรงมากในยกผลิตผลและอุปกรณ์ทำสวน ก่อให้เกิดอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงกระดูก ส่งผลให้เกิดอาการปวด บวม เมื่อยล้า เคล็ดตึง อักเสบ แสบ ซา หรือติดแข็งของข้อ ซึ่งความปวดที่เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของเกษตรกรชาวสวนผลไม้⁴ รบกวนการดำเนินชีวิต ประจำวัน⁵ ซึ่งแต่ละบุคคลจะให้ความหมายความปวดแตกต่างกัน สอดคล้องกับอารมณ์ และ ประสบการณ์เดิม ซึ่งการบอกระดับความปวดด้วยตนเองเป็นวิธีประเมินที่เหมาะสมที่สุด โดยความปวดที่เพิ่มมากขึ้นสัมพันธ์กับปัจจัยด้านการยศาสตร์ ได้แก่ การต้องทำงานไม่ได้พัก อีกทั้งยังทำงานในท่าทางที่ไม่เหมาะสม ทำงานเป็นเวลานาน ทำงานซ้ำซาก และการทำงานที่ต้องออกแรงมากเกินไป⁴ ดังนั้น บุคคลจึงมักปฏิบัติพฤติกรรมจัดการความปวดเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันและทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพดังเดิม

พฤติกรรมจัดการความปวด เป็นการกระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อขจัด บรรเทา และควบคุมอาการปวดรวมถึงผลกระทบที่เกิดจากอาการปวด จากการทบทวนวรรณกรรม⁶⁻⁷ สามารถสรุปพฤติกรรมจัดการความปวดได้ 2 ด้าน คือ ด้านการรักษาเพื่อขจัดหรือบรรเทาอาการปวด ได้แก่ การใช้ยาลดปวด และไม่ใช้ยา และด้านการฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อเพื่อป้องกันหรือควบคุมไม่ให้อาการมากขึ้นหรือกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ การปรับเปลี่ยนท่าทาง

การทำงาน การออกกำลังกาย การทำกายภาพบำบัด และการจัดการความเครียด ซึ่งพยาบาลชุมชนมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมให้เกษตรกรชาวสวนผลไม้มีพฤติกรรมการจัดการความปวดที่เหมาะสม เพราะหากมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมอาจนำไปสู่ผลกระทบต่อสุขภาพได้ อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมาจะอธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมของกลุ่มผู้ป่วย⁸ ผู้ใช้แรงงาน⁹ ชาวนา¹⁰ และชาวสวนยาง¹¹ ที่มีบริบทการทำงานที่แตกต่างกันกับการทำสวนผลไม้ อีกทั้งยังเน้นศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันอาการปวด โดยยังไม่พบการศึกษาที่กล่าวถึงพฤติกรรมการจัดการความปวดในเกษตรกรชาวสวนผลไม้และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ทำให้ไม่สามารถสรุปเป็นข้อมูลที่ชัดเจนได้และเป็นองค์ความรู้ที่ต้องการเพิ่มเติม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการความปวดและพฤติกรรมของเกษตรกรร่วมกับการประยุกต์แบบจำลองการวางแผนและการประเมินผลการดำเนินงาน (PRECEDE-PROCEED MODEL)¹² ในส่วนของ PRECEDE Framework สามารถสรุปปัจจัยที่น่าจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการความปวดของเกษตรกรชาวสวนผลไม้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดเป็นปัจจัยที่แสดง ถึงความเข้าใจในเรื่องความปวดและพฤติกรรมการจัดการความปวดของบุคคล หากบุคคลเกิดความเข้าใจสูงก็จะรู้ว่าสิ่งใดถูก/สิ่งใดผิด สิ่งใดควรทำ/สิ่งใดไม่ควรทำ จึงส่งเสริมในการเลือกวิธีการปฏิบัติและนำไปใช้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมซึ่งบุคคลแต่ละคนจะมีความรู้ในการจัดการความปวดที่ต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการความปวด¹³⁻¹⁴ ทักษะติดต่อการจัด การความปวด เป็นความคิดเห็นหรือความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อความปวดและพฤติกรรมการจัดการความปวดในลักษณะ

เห็นด้วย/ไม่เห็นด้วย พอใจ/ไม่พอใจ หากบุคคลมีทัศนคติทางลบจะมีแนวโน้มทำให้บุคคลหลีกเลี่ยงหรือไม่ปฏิบัติการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการความปวด¹⁴ การรับรู้ความสามารถตนเองต่อการจัดการความปวด เป็นความคิดเห็นหรือความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับศักยภาพของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการความปวด หากบุคคลรับรู้ความสามารถตนเองในระดับสูงจะมั่นใจว่าจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้ถูกต้องเหมาะสม ก็จะมีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมได้มากกว่าบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการความปวด¹⁴

รายได้ของครัวเรือน เป็นรายได้ของครอบครัวที่นำมาใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตและสามารถตอบสนองความต้องการในด้านต่าง ๆ ได้ ซึ่งรายได้ที่มากจะเอื้ออำนวยให้บุคคลสะดวกที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมตามที่ต้องการ¹⁴ การเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อความสามารถในการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ทางสุขภาพ ได้รับบริการด้านสุขภาพทั้งความเพียงพอ ความสะดวก การจ่ายค่าบริการ และการยอมรับในการบริการที่มีอยู่ เมื่อบุคคลเข้าถึงทรัพยากรที่ช่วยเอื้อในการปฏิบัติพฤติกรรมแล้ว ก็จะทำให้แรงจูงใจ และสามารถพัฒนาศักยภาพที่นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการความปวดที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการความปวด¹⁴

ปัจจัยสุดท้าย การสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำจากเครือข่ายทางสังคม ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว

เพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์ หากบุคคลได้รับแรงกระตุ้นหรือสนับสนุนให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติและนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรม อาทิ บุคคลได้รับคำแนะนำของที่ถูกต้องเหมาะสมเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่มีความปลอดภัยและมีผลข้างเคียงจะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการเลิกซื้อยาแก้ปวดมารับประทานเอง หรือการสนับสนุนจากครอบครัว ทำให้ความปวดที่เกิดขึ้นได้รับการจัดการที่เหมาะสม¹³ จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นพบว่า การศึกษาส่วนใหญ่อธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ส่งผลให้เกิดอาการปวดของกลุ่มผู้ป่วย ผู้ใช้แรงงาน ชาวนา และชาวสวนยางที่มีบริบทการทำงานที่แตกต่างกันกับชาวสวนผลไม้ อีกทั้งยังเน้นเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันอาการปวด เกษตรกรชาวสวนผลไม้ให้ความสำคัญกับการทำงานและรายได้ที่ได้รับปีละหนึ่งครั้ง ยังขาดความสนใจเกี่ยวกับการป้องกันอาการปวด ขาดความใส่ใจในการแก้ไขความปวด อีกทั้งการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาที่กล่าวถึงปัจจัยและพฤติกรรมการจัดการความปวดในเกษตรกรชาวสวนผลไม้ จึงยังไม่สามารถสรุปเป็นความรู้ที่ชัดเจนได้

จากสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของการศึกษา “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการความปวดจากกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงร่างกระดูกเนื่องจากการทำงานของเกษตรกรชาวสวนผลไม้” ในพื้นที่จังหวัดจันทบุรีเป็นจังหวัดที่ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพชาวสวน โดยเกษตรกรในพื้นที่มีปัญหา กลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงร่างกระดูกจากการทำงานเป็นปัญหาสุขภาพเป็นอันดับ 1 คือ มีอัตราป่วยต่อแสนประชากร ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2562 คือ 301.91 และ 454.48 ตามลำดับ² ผลการ ศึกษาจะทำให้พยาบาลชุมชนและบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องเข้าใจพฤติกรรมและปัจจัยที่มี

อิทธิพลต่อการจัดการความปวดของเกษตรกรชาวสวนผลไม้ที่สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมจัดการความปวดที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่ผลลัพธ์ในการจัดการความปวดจากกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงร่างกระดูกของเกษตรกรชาวสวนผลไม้ที่มีประสิทธิภาพ และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและปัญหาสุขภาพอื่นๆ ที่จะตามมา รวมถึงค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพไทยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความปวดจากกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงร่างกระดูกเนื่องจากการทำงานของเกษตรกรชาวสวนผลไม้ในจังหวัดจันทบุรี
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมจัดการความปวดจากกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงร่างกระดูกเนื่องจากการทำงานของเกษตรกรชาวสวนผลไม้ในจังหวัดจันทบุรี
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการความปวดจากกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงร่างกระดูกเนื่องจากการทำงานของเกษตรกรชาวสวนผลไม้ในจังหวัดจันทบุรี ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวด ทักษะการจัดการความปวด การรับรู้ความสามารถตนเองต่อการจัดการความปวด รายได้ของครัวเรือน การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม

สมมติฐาน

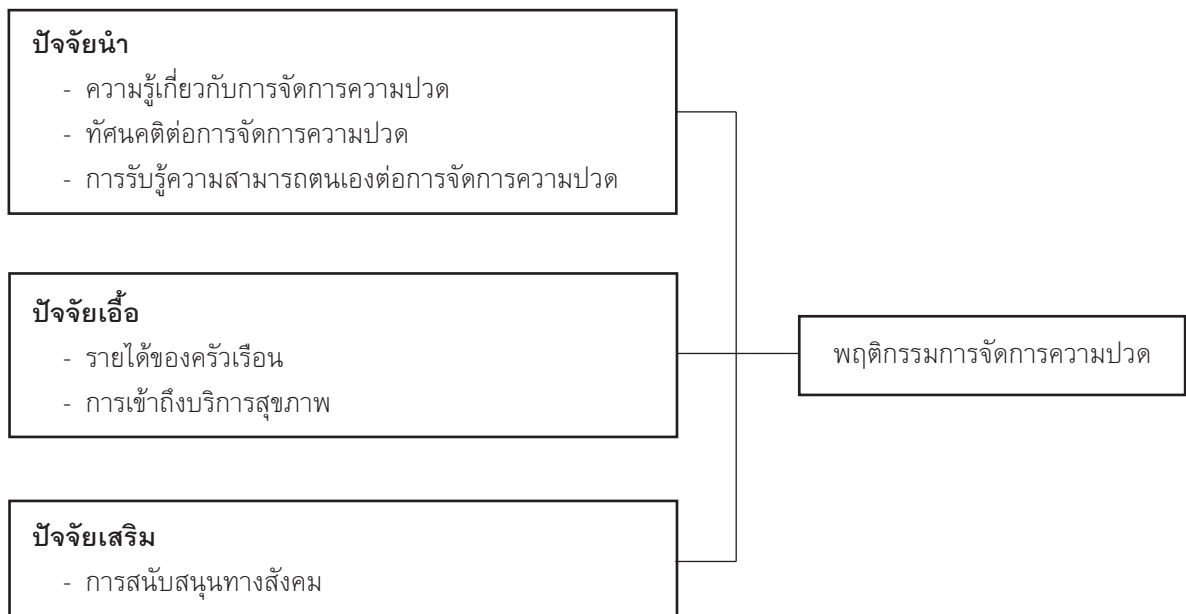
ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวด ทักษะการจัดการความปวด การรับรู้ความสามารถตนเองต่อการจัดการความปวด รายได้ของครัวเรือน การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมจัดการความ

ปวดจากกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงร่างกระดูกเนื่องจากการทำงานของเกษตรกรชาวสวนผลไม้ในจังหวัดจันทบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ได้นำแนวคิดเกี่ยวกับการวางแผนและการประเมินผลการดำเนินงาน (PRECEDE-PROCEED MODEL)¹² ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวางแผนและประเมินผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข โดยประยุกต์ในส่วนของ PRECEDE Framework เพื่อวินิจฉัยปัญหาสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย ผ่านการค้นหาปัจจัยทางด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ (Predisposing Factor) เป็นปัจจัยพื้นฐานที่ก่อให้เกิด

เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล 2) ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factor) เป็นปัจจัยทรัพยากรที่อำนวยความสะดวกให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมได้ และ 3) ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) เป็นปัจจัย สนับสนุน หรือส่งเสริมให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมได้ ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเหล่านี้จะนำไปเป็นข้อมูลในการวางแผนปรับเปลี่ยนและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพต่อไป เมื่อนำมาประยุกต์ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมสามารถจำแนกปัจจัยที่มีแนวโน้มจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการความปวด ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวด ทักษะคิดเกี่ยวกับการจัดการความปวด การรับรู้ความสามารถตนเองต่อการจัดการความปวด รายได้ของครัวเรือน การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นเกษตรกรชาวสวนผลไม้ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดจันทบุรี ประมาณการจากจำนวนเกษตรกรชาวสวนผลไม้ที่มีรายชื่อในเขตความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี¹⁵ ณ วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2561 จำนวน 42,827 ราย

กลุ่มตัวอย่าง เป็นเกษตรกรชาวสวนผลไม้ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดจันทบุรี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก ได้แก่ 1) มีอายุ 20-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) มีประสบการณ์การทำสวนผลไม้เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป 3) ไม่มีโรคประจำตัวที่ทำให้เกิดอาการปวดเรื้อรัง เช่น โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคเก๊าท์ โรคกระดูกและ/หรือไม่มีประวัติการได้รับอุบัติเหตุการบาดเจ็บที่ส่งผลต่ออาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อ เช่น กระดูกสันหลังเคลื่อนทับเส้นประสาท ความพิการทางการเคลื่อนไหว เป็นต้น และ 4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Alpha) ที่ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of Test) ที่ .80 แต่เนื่องจากยังไม่มียานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการความปวดของชาวสวนผลไม้ที่คล้ายคลึงมาก่อน ผู้วิจัยจึงกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) ระหว่างขนาดกลาง คือ .06 เมื่อเปิดตารางสำเร็จรูปสำหรับสถิติถดถอยพหุคูณของ Polit and Beck¹⁶ ที่มีจำนวนตัวแปรต้น 6 ตัว ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 218 คน ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์และความคลาดเคลื่อนของข้อมูล ดังนั้น

การวิจัยนี้จึงมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 262 ราย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มหลายขั้นตอน ได้แก่ 1) การสุ่มอำเภอตัวอย่างในจังหวัดจันทบุรี จำนวน 10 อำเภอ ใช้วิธีจับฉลากด้วยการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน จำนวน 5 อำเภอ 2) การสุ่มตำบลตัวอย่าง ในแต่ละอำเภอ ใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน ได้ตำบลตัวอย่างที่สุ่มจำนวน 5 ตำบล 3) การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ในแต่ละตำบล โดยประสานงานเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจัดทำทะเบียนรายชื่อเกษตรกรชาวสวนผลไม้และคำนวณจำนวนเกษตรกรชาวสวนผลไม้ตามสัดส่วนและสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืนจนได้ตามสัดส่วนที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และความเพียงพอของรายได้ และ 2) ข้อมูลบริบทการทำสวนผลไม้ ได้แก่ ระยะเวลาการทำสวนผลไม้ และกิจกรรมการทำสวนผลไม้

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลความปวดของเกษตรกรชาวสวนผลไม้ ใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลมาตรฐานนอร์ดิก (Standard Nordic Questionnaires) ของคูรินกา และคณะ¹⁷ มีลักษณะการวัดเป็นแผนภาพให้ระบุตำแหน่งที่เกิดอาการปวด ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาและ 2) ข้อมูลระดับความรุนแรงของความปวด ใช้มาตราวัดความปวดชนิดตัวเลข (Numeric rating scale) มีลักษณะเป็นเส้นตรงที่มีขีดแบ่งช่องเท่าๆกัน และมีหมายเลขกำกับตั้งแต่ 0-10 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่า มีอาการปวดมากแบ่งช่วงคะแนน ดังนี้ 1-3 คะแนน คือ ปวดระดับน้อย 4-6 คะแนน คือ ปวดระดับปานกลาง และ 7-10 คะแนน คือ ปวดระดับมาก

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

1. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการจัดการ

ความปวด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวน 15 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับความปวด (5 ข้อ) และพฤติกรรมการจัดการความปวด (10 ข้อ) ลักษณะคำตอบมี 2 ตัวเลือก ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-15 คะแนน ถ้าคะแนนสูงแสดงว่า เกษตรกรมีความรู้สูง ส่วนการแปลผลเพื่อการบรรยายมี 3 ระดับ คือ น้อยกว่าร้อยละ 60, 60-79, และตั้งแต่ ร้อยละ 80 หมายถึง มีความรู้ในระดับต่ำ ปานกลาง สูง¹⁸ ค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีคูเดอร์ริชาร์ดสัน สูตร KR-20 ได้เท่ากับ .84

2. แบบสัมภาษณ์ทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการความปวด

ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวน 10 ข้อ ครอบคลุม 2 ด้าน ได้แก่ ทัศนคติต่อความปวด (3 ข้อ) และทัศนคติต่อพฤติกรรมการจัดการความปวด (7 ข้อ) ทั้งทัศนคติทั้งในทางบวกและทางลบ ข้อคำถาม เป็นแบบมาตราประมาณค่า มี 5 ตัวเลือก คะแนน 1-5 ประกอบด้วย ข้อคำถามเชิงบวก (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง) ข้อคำถามเชิงลบ (เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10-50 คะแนน ถ้าคะแนนสูง แสดงว่า เกษตรกรมีทัศนคติต่อการจัดการความปวดดี ส่วนการแปลผลเพื่อการบรรยายมี 3 ระดับ คือ ค่าเฉลี่ยปรับฐานอยู่ในช่วง 1.00-2.33, 2.34-3.66 และ 3.67-5.00 หมายถึง เกษตรกรมีทัศนคติไม่ดี ปานกลาง และดี ตามลำดับ¹⁸ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ .89

3. แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถตนเอง

ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

มีจำนวน 10 ข้อ ครอบคลุม 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการรักษาความปวด (5 ข้อ) และด้านการฟื้นฟูกล้ามเนื้อ (5 ข้อ) ข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ตัวเลือก คะแนน 1-5 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10-50 คะแนน ถ้าคะแนนสูง แสดงว่า เกษตรกรมีการรับรู้ความสามารถตนเองมาก ส่วนการแปลผลเพื่อการบรรยายมี 3 ระดับ คือ ค่าเฉลี่ยปรับฐานอยู่ในช่วง 1.00-2.33, 2.34-3.66 และ 3.67-5.00 หมายถึง เกษตรกรมีการรับรู้ความสามารถในระดับไม่ดี ปานกลาง และมาก ตามลำดับ¹⁸ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ .93

4. แบบสัมภาษณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพ

ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวน 10 ข้อ ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความเพียงพอ (3 ข้อ) ด้านความสามารถในการไปแหล่งบริการ (2 ข้อ) ด้านความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ (2 ข้อ) ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ (1 ข้อ) และด้านการยอมรับในการใช้บริการ (2 ข้อ) ข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่ามี 5 ตัวเลือก คะแนน 1-5 (ยากมาก ยาก ปานกลาง ง่าย และง่ายมาก) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10-50 คะแนน ถ้าคะแนนสูง แสดงว่า เกษตรกรมีการเข้าถึงบริการสุขภาพง่าย ส่วนการแปลผลเพื่อการบรรยายมี 3 ระดับ คือ ค่าเฉลี่ยปรับฐานอยู่ในช่วง 1.00-2.33, 2.34-3.66 และ 3.67-5.00 หมายถึง เกษตรกรมีการเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับยาก ปานกลาง และง่าย ตามลำดับ¹⁸ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ .92

5. แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม

ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวน 10 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ (2 ข้อ) ด้านข้อมูลข่าวสาร (3 ข้อ) ด้านทรัพยากร (3 ข้อ) และด้านการประเมินผล (2 ข้อ) ของเกษตรกรชาวสวนผลไม้ต่อการได้รับความช่วยเหลือ

เหลือและคำแนะนำเกี่ยว กับการจัดการความปวด จากกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงร่างกระดูก จากเครือข่ายทางสังคม ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เพื่อน และพยาบาลชุมชน ข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า มี 3 ตัว เลือก (ไม่เคยได้รับการสนับสนุนทางสังคม ได้รับบางครั้ง และได้รับเป็นประจำ) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10-30 คะแนน ถ้าคะแนนสูง หมายถึง เกษตรกรได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก ส่วนการแปลผลเพื่อการบรรยายมี 3 ระดับ คือ ค่าเฉลี่ยปรับฐานอยู่ในช่วง 1.00-1.66, 1.67-2.33 และ 2.34-3.00 หมายถึง เกษตรกรได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย ปานกลาง และมาก ตามลำดับ¹⁸ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .93

6. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการ

ความปวด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมมีจำนวน 22 ข้อ ครอบคลุม 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการรักษาความปวด (11 ข้อ) และด้านการฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อ (11 ข้อ) ข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า มี 5 ตัวเลือก (ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 22-110 คะแนน ถ้าคะแนนสูง หมายถึง มีการปฏิบัติพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการความปวดดี ค่าเฉลี่ยปรับฐานอยู่ในช่วง 1.00-2.33, 2.34-3.66 และ 3.67-5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมที่เหมาะสมน้อย ปานกลาง และมาก ตามลำดับ¹⁸ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ .95

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาเวชปฏิบัติชุมชน 2 ท่าน และ

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาเวชปฏิบัติชุมชน 2 ท่าน ทุกเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ .80¹⁸ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ทัศนคติ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถตนเอง แบบสัมภาษณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพ แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการความปวด ทดลองใช้กับกลุ่มเกษตรกรชาวสวนผลไม้ในพื้นที่ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี จำนวน 30 ราย แล้วนำมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .89 .93 .92 .93 และ .95 ตามลำดับ ส่วนแบบสัมภาษณ์ความรู้ ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีคูเดอริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) สูตร KR-20 ได้เท่ากับ .84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อนายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรีและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หลังจากได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดพร้อมเจ้าหน้าที่ซึ่งปฏิบัติงานในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามเวลาที่ได้นัดหมาย แนะนำตนเอง ชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และอธิบายขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย จึงดำเนินการสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที ทั้งนี้แบบสัมภาษณ์ที่ได้ใช้รหัสแทนชื่อและนามสกุลจริง การให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง มีสิทธิ์ที่จะถอนตัวหรือยกเลิกจากการวิจัย โดยนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้รับการรับรองการทำวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา ลงวันที่ 12 กันยายน พ.ศ. 2562 (รหัสจริยธรรม 03-08-2562) และอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพพื้นที่ตัวอย่างเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดพร้อมเจ้าหน้าที่ซึ่งปฏิบัติงานในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยกลุ่มตัวอย่างเห็นดียินยอมก่อนเก็บข้อมูล และสามารถออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้ใช้รหัสแทนชื่อและนามสกุลจริง ถูกเก็บในซองกระดาษอย่างมิดชิด ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างผู้วิจัยจะนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม และนำข้อมูลมาใช้เฉพาะในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น แบบสัมภาษณ์จะถูกทำลายภายหลังการวิจัยได้ตีพิมพ์เผยแพร่แล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean, M) ค่าเฉลี่ยภาพรวมหรือค่าเฉลี่ยที่ปรับ (Adjusted mean, M_{adj}) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation, SD) ค่ามัธยฐาน (Median, Med) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Inter Quartile Range, IQR) และใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่าเป็นไปตามข้อตกลงของการใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐาน กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 57.6) มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 42.4)

มีอายุระหว่าง 20-59 ปี (Med = 47.0 , IQR = 15.25) ส่วนมากอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (45-59 ปี) (ร้อยละ 56.9) และมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 70.6) ประมาณครึ่งหนึ่งจบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 49.2) โดยมีรายได้รวมของครอบครัวต่อปี ระหว่าง 20,000-8,000,000 บาท (Med = 200,000, IQR = 385,000) ซึ่งส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79.7) มีรายได้เพียงพอสำหรับรายจ่าย มีระยะเวลา ระหว่าง 1-45 ปี (M = 14.0, S.D. = 10.66) อยู่ในช่วง 1-10 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 54.2) มีกิจกรรมการทำสวนผลไม้ที่เสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงร่างกระดูกโดย 5 อันดับแรกของกิจกรรมเสี่ยง ได้แก่ ออกแรงเป็นเวลานานมากกว่า 5 นาที (ร้อยละ 75.2) ทำงานคงที่มากกว่า 20 นาที (ร้อยละ 73.7) บิดตัวหรือเอี้ยวตัวเสมอ (ร้อยละ 73.3) ออกแรงในการปีนหรือจับของ (ร้อยละ 67.2) และเพ่งและจดจ่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งเป็นเวลานานมากกว่า 5 นาที (ร้อยละ 63.0)

2. ความปวด กลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดตามร่างกายตั้งแต่ 1-12 ตำแหน่ง (M = 3.15, S.D. = 3.60) โดยส่วนใหญ่มีความปวดหลายตำแหน่งร่วมกัน (ร้อยละ 74.05) ซึ่งมีจำนวนตำแหน่งที่ปวด 1-3 ตำแหน่งมากที่สุด (ร้อยละ 50.8) รองลงมา คือ 4-6 ตำแหน่ง (ร้อยละ 34.7) 7-9 ตำแหน่ง (ร้อยละ 9.5) และ 10-12 ตำแหน่ง (ร้อยละ 5.0) ตามลำดับ ทั้งนี้ตำแหน่งที่พบอาการปวดมากที่สุด คือ น่อง (ร้อยละ 98.9) รองลงมา คือ หัวเข่า (ร้อยละ 97.8) หลังส่วนล่าง (ร้อยละ 96.9) สะโพก/ต้นขา (ร้อยละ 97.3) และเท้า (ร้อยละ 94.3) ตามลำดับ ซึ่งแต่ละตำแหน่งจะมีระดับความปวดอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 1 ซึ่งเกือบครึ่งหนึ่ง ความปวดรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันตั้งแต่ระดับปานกลางถึงมาก (ร้อยละ 46.1)

ตารางที่ 1 ค่าคะแนนความปวดและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความปวดของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความปวดของร่างกาย (n = 262)

ตำแหน่งของร่างกาย	ค่าคะแนนความปวด	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความปวด			
		ไม่ปวด	น้อย	ปานกลาง	มาก
น่อง	0-10	1.1	23.6	65.5	9.8
หัวเข่า	0-10	2.2	33.8	45.0	19.0
หลังส่วนล่าง	0-9	3.1	32.8	59.3	4.8
สะโพก/ ต้นขา	0-10	2.7	33.0	60.0	4.3
เท้า	0-10	5.7	32.4	55.9	6.0
คอ	0-8	6.1	30.4	54.0	9.5
หลังส่วนบน	0-10	6.5	30.7	54.3	8.5
มือ	0-10	7.3	35.2	52.4	5.1
แขนส่วนบน	0-8	9.5	30.1	50.8	9.6
ศอก	0-8	7.7	24.8	44.6	22.9
ไหล่	0-10	9.8	39.4	46.9	3.9
แขนส่วนล่าง	0-8	11.4	36.8	49.0	2.8

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 11.48, S.D. = 2.89) มีทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการความปวดภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 30.53, S.D. = 2.81, $M_{adj} = 3.05$) มีการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการจัดการความปวดภาพรวมอยู่ในระดับมาก (M = 36.96, S.D. = 6.88, $M_{adj} = 3.70$) มีการเข้าถึงบริการสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับมาก (M = 37.52, S.D. = 6.58, $M_{adj} = 3.75$)

4. พฤติกรรมการจัดการความปวด กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการความปวดภาพรวมอยู่ในระดับมาก (M = 83.50, S.D. = 16.25, $M_{adj} = 3.79$) โดยพฤติกรรมด้านการรักษาความปวดมีพฤติกรรมการจัดการความปวดที่มากกว่าด้านการฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อ (M = 43.13, S.D. = 8.32, $M_{adj} = 3.92$ และ M = 40.40, S.D. = 9.35, $M_{adj} = 3.67$) ดังตารางที่ 2 และกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 53.8) มีพฤติกรรมการจัดการความปวดภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีพฤติกรรมด้านการรักษาความปวดอยู่ในระดับมาก มากกว่าด้านการฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 68.3 และ ร้อยละ 50.8) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 คะแนนที่คาดหวัง คะแนนจริง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ยภาพรวมและแปลผลของกลุ่มตัวอย่างตามพฤติกรรมกรรมการจัดการความปวดภาพรวมและรายด้าน (n = 262)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	คะแนนที่คาดหวัง	คะแนนจริง	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ยภาพรวม	แปลผล
ภาพรวม	22-110	46-110	83.50	16.25	3.79	มาก
1. ด้านการรักษาความปวด	11-55	21-55	43.13	8.32	3.92	มาก
- การรักษาด้วยการใช้ยา	9-45	18-45	36.52	7.12	4.06	มาก
- การรักษาด้วยการไม่ใช้ยา	2-10	2-10	6.60	2.29	3.30	ปานกลาง
2. ด้านการฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อ	11-55	20-55	40.40	9.35	3.67	มาก
- การปรับเปลี่ยนท่าทางทำงาน	7-35	11-35	25.27	3.61	3.61	ปานกลาง
- การออกกำลังกาย	2-10	3-10	7.45	1.88	3.73	มาก
- การทำกายภาพบำบัด	1-5	1-5	3.67	1.20	3.67	มาก
- การจัดการความเครียด	1-5	1-5	4.01	0.98	4.01	มาก

5. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการความปวด

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ พบว่าเป็นไปตามข้อตกลงการใช้สถิติเบื้องต้น ได้แก่ ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการจัดการความปวดเป็น Interval Scale และมีการแจกแจงปกติ ส่วนตัวแปรต้น ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวด ทักษะการจัดการจัดการความปวด การรับรู้ความสามารถตนเองต่อการจัดการความปวด การเข้าถึงบริการสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม เป็น Interval scale ในขณะที่รายได้มีการแจกแจงไม่ปกติจึงแปลงให้อยู่ในรูปตัวแปรหุ่น (Dummy Variable) คือ 0 เป็นรายได้น้อย (< 200,000 บาท) 1 เป็นรายได้มาก (\geq

200,000 บาท) ทั้งนี้ ตัวแปรต้นและตัวแปรตามเป็นอิสระต่อกัน ไม่มี Multicollinearity โดยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient) พบว่า ไม่มีตัวแปรต้นคู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันเองในระดับสูง (ค่า $r < .85$)

นอกจากนี้ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการความปวดของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การรับรู้ความสามารถตนเอง ($r = .662, p < .001$) การเข้าถึงบริการสุขภาพ ($r = .592, p < .001$) การสนับสนุนทางสังคม ($r = .356, p < .001$) ความรู้ ($r = .229, p < .001$) และทัศนคติ ($r = .109, p < .05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการความปวดของกลุ่มตัวอย่าง (n = 262)

ตัวแปร	Y	X1	X2	X3	X4	X5	X6
พฤติกรรมการจัดการความปวด (Y)	1.00						
ความรู้ (X1)	.299***	1.00					
ทัศนคติ (X2)	.109*	.158**	1.00				
การรับรู้ความสามารถตนเอง (X3)	.662***	.300***	.177**	1.00			
รายได้ของครอบครัว (X4)	-.187	-.345***	-.070	-.322***	1.00		
การเข้าถึงบริการสุขภาพ (X5)	.592***	.201**	.062	.736***	-.226***	1.00	
การสนับสนุนทางสังคม (X6)	.356***	.164**	.000	.345***	-.220***	.240***	1.00

*p < .05 , ** p < .01, *** p < .001

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการจัดการความปวดของเกษตรกรชาวสวนผลไม้ได้ร้อยละ 49.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($R^2 = .492$, $R^2_{adj} = .484$, $F = 5.189$, $p < .05$) โดยพบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการความปวดของเกษตรกรชาวสวนผลไม้มากที่สุด ($B = .406$, $p < .001$) รองลงมา คือ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ($B = .238$, $p < .01$) การสนับสนุนทางสังคม ($B = .142$, $p < .01$) และความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวด ($B = .106$, $p < .05$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 4 และสามารถเขียนสมการถดถอยในรูปของคะแนนมาตรฐาน คือ

$$\begin{aligned} \text{พฤติกรรมการจัดการความปวด} &= .406 \text{ (การรับรู้ความสามารถตนเอง)} \\ &+ .238 \text{ (การเข้าถึงบริการสุขภาพ)} \\ &+ .142 \text{ (การสนับสนุนทางสังคม)} + .106 \text{ (ความรู้)} \end{aligned}$$

ตารางที่ 4 ค่าการวิเคราะห์การถดถอยระหว่างตัวทำนายพฤติกรรมการจัดการความปวดของกลุ่มตัวอย่าง (n = 262)

ตัวแปรที่เข้าสมการ	สัมประสิทธิ์ถดถอย			t	p-value
	b	SE	Beta		
การรับรู้ความสามารถตนเอง	.960			5.85	<.001
การเข้าถึงบริการสุขภาพ	.588	12.205	.406	3.62	.001
การสนับสนุนทางสังคม	.513	11.964	.238	2.98	.002
ความรู้	.598	11.767	.142	2.28	.024
ค่าคงที่	25.67	11.673	.106	6.21	<.001

$R^2 = .492$, $R^2_{adj} = .484$, $F = 5.189$, $p < .001$

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์เชิงทำนายเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการจัดการความปวดและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการความปวดจากกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงร่างกระดูกจากการทำงานของเกษตรกรชาวสวนผลไม้ จึงเป็นการศึกษาที่ช่วยเติมเต็มองค์ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการจัดการความปวด ผลการวิจัยสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ได้ดังนี้

1. ความปวดของเกษตรกรชาวสวนผลไม้ที่อาศัยในจังหวัดจันทบุรีประสบความทุกข์ทรมานจากความปวด ซึ่งส่วนใหญ่มีความปวดหลายตำแหน่งร่วมกัน (ร้อยละ 74.05) บริเวณที่ปวดมากที่สุด คือ น่อง รองลงมาคือ หัวเข่า หลังส่วนล่าง สะโพก/ต้นขา และเท้า ตามลำดับ และทุกตำแหน่งมีระดับความปวดเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับความปวดของผู้ประกอบอาชีพอื่นที่ปวดหลายตำแหน่งร่วมกัน¹⁰ แต่มีการเรียงลำดับตำแหน่งที่ปวดแตกต่างกัน อาทิ ผู้ใช้แรงงานที่ปวดในตำแหน่งหลังส่วนล่างมากที่สุด รองลงมา คือ แขนส่วนบนและไหล่ ตามลำดับ¹⁹ เกษตรกรชาวนาปวดที่บริเวณหลังส่วนล่างมากที่สุด รองลงมา คือ เข่า และไหล่ ตามลำดับ¹⁰ หรือเกษตรกรชาวสวนยางพาราที่ปวดในตำแหน่งข้อมือมากที่สุด รองลงมา คือ เข่า และหลังส่วนบน ตามลำดับ¹¹ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบริบทการทำงานของแต่ละอาชีพแตกต่างกันถึงแม้จะเป็นเกษตรกรเหมือนกัน โดยเกษตรกรชาวสวนผลไม้มีกิจกรรมการทำงานที่ออกแรงเป็นเวลานานมากกว่า 5 นาที (ร้อยละ 75.2) ทำงานคงที่เป็นเวลานาน (ร้อยละ 73.7) ซึ่งเป็นบริเวณที่ต้องรับน้ำหนักของร่างกายและมีการเกร็งกล้ามเนื้อ ตลอดเวลา จึงทำให้มีอาการปวดบริเวณน่องหัวเข่า สะโพก/ต้นขา และเท้ามากกว่าตำแหน่งอื่น ประกอบกับงานทำสวนผล

ไม้ก็จะมีบิดตัวหรือเอี้ยวตัวเสมอ (ร้อยละ 73.3) หรือออกแรงในการบีบหรือจับของ (ร้อยละ 67.2) เวลาเก็บเกี่ยวผลผลิต ซึ่งกล้ามเนื้อบริเวณหลังมีการเคลื่อนไหวหรือหดเกร็งอยู่บ่อยครั้ง จึงทำให้มีอาการปวดบริเวณหลังส่วนล่างเป็นลำดับต้นๆ ซึ่งสอดคล้องกับเกษตรกรชาวนาที่ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมการทำงานด้วยการก้ม ๆ เงย ๆ ในการดำนาหรือเก็บเกี่ยวผลผลิต¹⁰ จึงทำให้มีอาการปวดส่วนใหญ่อยู่อันที่บริเวณหลังนำมาก่อน สะท้อนให้เห็นว่าลักษณะการทำงานที่มีบริบทของกิจกรรมที่แตกต่างกันในการทำงานส่งผลให้มีความปวดในตำแหน่งที่แตกต่างกันออกไปอย่างไรก็ตาม อาการปวดที่เกิดขึ้นนั้นเป็นความปวดที่รบกวนการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันจนทำให้เกษตรกรชาวสวนผลไม้ต้องแสวงหาและตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมจัดการความปวดที่กำลังเผชิญอยู่

2. พฤติกรรมการจัดการความปวดจากกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงร่างกระดูกจากการทำงานของเกษตรกรชาวสวนผลไม้ในภาพรวมอยู่ในระดับดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมแสดงว่า บริบทพื้นที่ของจังหวัดจันทบุรี การพัฒนาที่มีความเจริญเข้าถึง ทั้งการบริการด้านสุขภาพ การศึกษา เศรษฐกิจ เทคโนโลยีและการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว รวมทั้งมีประสบการณ์ที่ต้องเผชิญกับปัญหาความปวดและการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ร่วมกับการอาศัยอยู่ในสังคมที่ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเดียวกันและมีประสบการณ์ต้องเผชิญกับปัญหาความปวดคล้ายคลึงกัน จึงเกิดการเรียนรู้ที่จะปฏิบัติพฤติกรรมจัดการความปวดที่เหมาะสม เพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ดังเดิม

นอกจากนี้พฤติกรรมกรฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ประกอบด้วยการจัดการความเครียด การออกกำลังกาย และการทำกายภาพบำบัด เนื่องมาจากการเรียนรู้และมี

ประสบการณ์ในการบรรเทาความปวดหลากหลายวิธี สะท้อนให้เห็นถึงชุมชนจันทร์บุรี ซึ่งมีแหล่งสนับสนุนหลักเป็นบุคคลในครอบครัวที่มีความใกล้ชิดซึ่งกันและกัน สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเมื่อเกิดปัญหาความเครียด รวมถึงการได้ รับข้อมูลการช่วยเหลือและให้กำลังใจ ส่วนวิธีการออกกำลังกายและการทำกายภาพบำบัดเป็นวิธีที่เกษตรกรชาวสวนผลไม้ให้ความสำคัญ เนื่องจากเป็นวิธีการจัดการความปวดที่มีความสอดคล้องกับบริบทการทำงานของเกษตรกรที่มีเวลาน้อยและไม่ยุ่งยากซับซ้อน ด้วยการใช้วิธีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อด้วยตนเองทั้งก่อนและหลังการทำงานสามารถปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้านและไม่เสียค่าใช้จ่าย เพื่อให้มีอาการปวดบรรเทาลงได้รวดเร็วขึ้น จึงมีแนวโน้มที่เกษตรกรชาวสวนผลไม้มีทักษะในการฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

ในขณะที่พฤติกรรมที่ไม่ใช้ยาและการปรับเปลี่ยนท่าทางอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากการนอน และการประคบด้วยตนเองที่บ้านเป็นพฤติกรรมที่มีรายละเอียดซับซ้อนในการปฏิบัติและการเห็นผลลดอาการปวดค่อนข้างนาน ร่วมกับความเคยชินกับท่าทางการทำงานที่ไม่ถูกต้อง¹⁰ และกิจกรรมการทำสวนผลไม้ที่เสี่ยงต่อการเกิดความปวดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ซ้ำๆเป็นระยะเวลาสั้น สืบเนื่องจากการเรียนรู้ และสามารถจัดการอาการปวดให้อยู่ในระดับที่สามารถควบคุมได้

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการความปวดของเกษตรกรชาวสวนผลไม้ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองต่อการจัดการความปวด การเข้าถึงบริการสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดเป็นปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมจัดการความปวดได้ (ร้อยละ 49.2) ถือเป็นอำนาจการทำนายค่อนข้างสูง แสดงว่าปัจจัยเหล่านี้เป็นองค์

ประกอบสำคัญที่เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกษตรกรชาวสวนผลไม้มีพฤติกรรมจัดการความปวดที่เหมาะสมได้

การรับรู้ความสามารถตนเองต่อการจัดการความปวดของเกษตรกรเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการความปวดมากที่สุด เมื่อเกษตรกรชาวสวนผลไม้มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ทำให้เกิดความมั่นใจในศักยภาพของตนเองที่สามารถจัดการกับความปวดได้ เป็นหนึ่งในปัจจัยนำที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เป็นหนึ่งในปัจจัยนำที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ก่อให้เกิดการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามความต้องการของแต่ละบุคคล ซึ่งการรับรู้ความสามารถตนเองในระดับสูง จะมีแนวโน้มการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตนเองที่ดี¹³ ร่วมกับเมื่อเกษตรกรชาวสวนผลไม้มีระบบบริการสุขภาพในชุมชนที่สามารถเข้าถึงได้สะดวก เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน มีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถในการให้ข้อมูลความรู้ในการจัดบริการด้านการจัดการความปวด จะช่วยพัฒนาความพร้อมและศักยภาพในการจัดการความปวดด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม

นอกจากนี้เกษตรกรชาวสวนผลไม้ได้รับประโยชน์จากการสนับสนุนทางสังคม ทั้งการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม ข้อมูลข่าวสารและ สิ่งของจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม เช่น ครอบครัว พยาบาลชุมชนที่อยู่ใกล้ชิด นำไปสู่ความรู้สึกรับคุณค่า ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมตามคำแนะนำดังกล่าวได้รับการตอบสนองจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจากบุคคลรอบข้าง¹³ ประเด็นสุดท้าย เมื่อเกษตรกรชาวสวนผลไม้มีความรู้ในการจัดการความปวดจะช่วยเติมเต็มทักษะและองค์ความรู้ในการจัดการความปวด ซึ่งเป็นการกระตุ้นปัจจัยภายในของเกษตรกรชาวสวนผลไม้ให้เกิดการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ จึงนำไปสู่การ

แสดงออกเกี่ยวกับวิธีการจัดการความปวดที่แตกต่างกันออกไป¹⁴ ดังนั้น จึงเป็นเหตุผลของการร่วมทำนายของตัวแปรทั้ง 4 ตัว ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดการวางแผนและการประเมินผลการดำเนินงาน¹² ที่กล่าวไว้ว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมที่สำคัญในกรอบแนวคิด คือ การรับรู้ความสามารถตนเองต่อการจัดการความปวด การเข้าถึงบริการสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวด อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

3. ปัจจัยที่ไม่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมจัดการความปวดของเกษตรกรชาวสวนผลไม้ ได้แก่ 1) ทักษะเกี่ยวกับการจัดการความปวด อาจเนื่องมาจากความชอบหรือไม่ชอบ ร่วมกับเพศ อายุ วัฒนธรรม ความรู้ ประสบการณ์ความปวดในอดีต และข้อมูลข่าวสารความรู้ที่ได้รับจากสื่อเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไป และอิทธิพลจากบุคคลรอบข้าง จึงทำให้เกษตรกรชาวสวนผลไม้ไม่รู้ที่ทัศนคติจากแหล่งต่างๆ หลากหลายขึ้นไม่แตกต่างกัน 2) รายได้ของครัวเรือน อาจเนื่องมาจากสภาพสังคมและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไป รายได้หลักของเกษตรกรชาวสวนผลไม้มีความแตกต่างในแต่ละปีและมีความแตกต่างของรายได้มาก แต่รายได้อาจอธิบายความแตกต่างของพฤติกรรมจัดการความปวดได้ครอบคลุม เนื่องจากยังมีปัจจัยแหล่งข้อมูลความรู้ที่บุคคลทุกคนสามารถเข้าถึงได้ง่ายจากสื่อต่างๆ และระบบหลักประกันสุขภาพที่เอื้อให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้เท่าเทียมกัน จึงทำให้ปัจจัยทัศนคติและรายได้ไม่เพียงพอที่จะอธิบายพฤติกรรมจัดการความปวดได้

การศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างเป็นเกษตรกรชาวสวนผลไม้ของจังหวัดจันทบุรี ซึ่งส่วนใหญ่ปลูกทุเรียนเงาะ และมังคุด ซึ่งอาจมีบริบทการทำงานที่มีความแตกต่างจากเกษตรกรกลุ่มอื่นที่ปลูกลำไย ส้ม และ

ข้าวโพด ดังนั้นนักวิจัยที่จะนำผลการวิจัยไปใช้อ้างอิงต้องเข้าใจว่าบริบทการทำงานมีความคล้ายคลึงกันหรือไม่ เพื่อนำไปใช้ได้ประโยชน์สูงสุด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง สามารถใช้เป็นแนวทางในการสนับสนุนให้เกษตรกรมีพฤติกรรมจัดการความปวดที่สูงขึ้น โดยสร้างความตระหนักในการเพิ่มความมั่นใจในการรับรู้ความสามารถตนเอง ร่วมกับการพัฒนาแหล่งบริการสุขภาพให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่าย เพิ่มแหล่งสนับสนุนร่วมกับการเพิ่มทักษะของครอบครัวในการจัดการความปวดและเพิ่มความรู้ในการจัดการความปวดที่ถูกต้องเหมาะสมด้วยการจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้หรือเวทีเสวนาทางด้านการจัดการความปวดให้ครอบครัวบุคคลในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อสนับสนุนการเพิ่มการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการความปวดที่เหมาะสม

2. ผู้บริหารสามารถนำผลการทำนายพฤติกรรมจัดการความปวด ไปเป็นข้อเสนอแนะในการกำหนดนโยบายในการเข้าถึงบริการสุขภาพของเกษตรกรชาวสวนผลไม้ โดยมีการชี้แจงและร่วมมือกับบุคลากรสาธารณสุขในการกำหนดบทบาทหน้าที่ในหน่วยงานอย่างชัดเจนต่อการเอื้อในการเข้าถึงบริการสุขภาพ รวมทั้งนำข้อเสนอแนะของเกษตรกรชาวสวนผลไม้ปรับใช้ในการบริการเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเพิ่มการรับรู้ความสามารถตนเอง การเข้าถึงบริการสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและ

ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดในกลุ่มเกษตรกร เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมการจัดการความปวด

REFERENCES

1. National Statistical Office, Agricultural [Internet]. 2016 [cited 2019 December 12]. Available from: <http://service.nso.go.th/nso/web/stat-series/statseries14.html> (in Thai)
2. Health Data Center, The Morbidity Rate of Worked Related Musculoskeletal Disorders. 2019 [cited 2019 December 1]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/> (in Thai).
3. Kitchol, S., Situational of Health Problem and knowledge of health Care among Fruit Farmers: A Pilot Study. Thailand: Faculty of Nursing Burapha University; 2018. (in Thai)
4. Bureau of Occupational and Environmental Diseases Department of Disease control, Report of Occupational Disease and Environment Situation in 2017. 2017 [cited 2019 December 1]. Available from: <http://envocc.ddc.moph.go.th/contents/view/669>.
5. Bevan, S., Economic Impact of Musculoskeletal Disorders (MSDs) on Work in Europe. Best Practice & Research Clinical Rheumatology, 2015; 29(3): 356-73.
6. Lazarus, R. S., Folkman, S., Stress, Appraisal, and Coping. NEW YORK: Springer Publishing Company; 1984.
7. Manit, N., Sutthakorn, W., Wisuttananon, A., Effect of Stretching Exercise on Low Back Pain and Functional Ability in Home-Based Garment Workers. Nursing Journal 2011; 38(4): 93-105. (in Thai)
8. Rivara, F.P., MacKenzie, E.J., Jurkovich, G.J., Nathens, A.B., Wang, J., Scharfstein, D.O., Prevalence of Pain in Patients 1 Year After Major Trauma. Archives of Surgery 2008; 143(3): 282-87.
9. Wongbut, A., Hansakul, A., Factors Associated with Sewing Group Workers in The Informal Sector's Prevention Behavior to Occupational Hazards in Bannnonpho Village Loomlumchee Sub-district Bankhwao District Chaiyaphum Province. Journal of Faculty of Physical Education, 2011; 15(1): 142-53. (in Thai)
10. Gupta, G., Tarique (2013) Prevalence of Musculoskeletal Disorders in Farmers of Kanpur-Rural. India. Journal Community Medicine and Health Education, 2013; 3(249): e11-e19.
11. Khanaphan, K., Suggaravetsiri, P., Chaiklien, S., Ergonomics risk and Muscle Fitness among Rubber Planters in Ubon Ratchatani Province. UBRU Journal for Public Health Research 2019; 8(2): 21-31. (in Thai)
12. Green, L. W., Kreuter, M.W., Health Program Planning an Educational and Ecological Approach. New York: Quebecor World Fairfield; 2005.
13. Rojpaisarnkit, K., Factors Influencing of Health Promoting Behaviors of Thai Elderly: A Case Study of Middle Old Age in Samut Prakan Province. Journal of Nursing Science, 2015; 28(3): 68-83. (in Thai)
14. Duongthipsirikul, S., Factors Related to Self-Health Care Behavior of Elderly at Tambon Charoenmuang Amphoe Phan Changwat Chiang Rai. Journal of the Association of Researchers, 2010; 15: 83-92. (in Thai)

15. Chanthaburi Provincial Public Health Office, Health Data and Information. Thailand: Chanthaburi Provincial Public Health Office; 2018. (in Thai)
16. Polit, D. F., Beck, C.T., Nursing Research Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. New York: Appleton & Lange; 2012.
17. Kuorinka, I., Jonsson, B., Kilbom, A., Vinterberg, H., Bierring-Sorensen, F., Andersson, G., Standardized Nordic Questionnaires for the Analysis of Musculoskeletal Symptoms. Applied Ergonomic, 1987; 18(3): 233-37.
18. Best, J. W., & Khan, J. V., Research in Education. Cape Town: Pearson Education. Ecological Approach. New York: Quebecor World Fairfield; 2006
19. SrisathitNarakun, B., The Methodology in Nursing Research. Bangkok: You and I Intermedia; (2012). (in Thai)
20. Jantratap, P., Chaiklieng, S., Prevalence and Risk Factors of Musculoskeletal Disorders among Solid Waste Collectors Employed by the Local Administrative Organizations at Nong Bua Lam Phu Province. KJU Journal for Public Health Research 2011; 4(2): 49-58. (in Thai)



ปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร

Factors Influencing for Falls of In-Patients at a Regional Hospital in Bangkok Metropolis

ศศิกานต์ หนูเอก* สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล**
สุรัสวดี เทียงวิบูลย์วงศ์***
Sasikan Nooake* Somjai Puttapitukpol**
Suruchsawadee Thiengwiboonwong***

Received : 23/4/63
Revised : 28/8/63
Accepted : 15/9/63

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง คือ เภสัชกรผู้ป่วยใน ระหว่างปี 2557-2560 รวม 175 ฉบับ ประกอบด้วยเภสัชกรที่พบอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มและมีใบรายงานอุบัติการณ์ที่มีข้อมูลครบถ้วน 76 ฉบับ และเภสัชกรที่ไม่พบอุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม 99 ฉบับ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน มีค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา เท่ากับ 1.00 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์แบบทวิ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่มีอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มเกินกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 56.6) อยู่ในช่วงอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 94.7 ไม่มีประวัติการพลัดตกหกล้มภายใน 1 ปี ผู้ป่วยทุกคนมีภาวะโรคร่วม ร้อยละ 82.9 ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเมื่อแรกรับ เกิดการพลัดตกหกล้มในช่วงเวรเข้ามามากที่สุด ร้อยละ 31.1 โดยร้อยละ 50 เกิดการพลัดตกหกล้มที่ข้างเตียง หลังการเกิดอุบัติการณ์ ผู้ป่วยร้อยละ

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัย-ธรรมมาธิราช

** รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลราชวิถี

* Master of Nursing Program, Students Nursing Administration Program, Department of Nursing, Sukhothai Thammathirat University

** Associate Professor, Department of Nursing, Sukhothai Thammathirat University

*** Professional Nursing Specialist, Rajavithi Hospital

53.9 ไม่บาดเจ็บแต่ต้องเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยในอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ภาวะโรคร่วมทางระบบประสาทและสมอง (OR 2.96; 95%CI: 1.11 - 7.89) ภาวะโรคร่วมของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ (OR 2.45; 95%CI: 1.20- 5.01) และภาวะโรคร่วมทางระบบหัวใจและหลอดเลือด (OR 0.49; 95%CI: 0.25- 0.94)

สรุป: ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติในการเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวังและป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมทางระบบประสาทและสมองและ ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ

คำสำคัญ: การพลัดตกหกล้ม ผู้ป่วยใน ภาวะโรคร่วม

ABSTRACT

This research aimed to investigate the factors affecting fall of in-patients at a regional hospital in Bangkok Metropolis. The total number of 175 in-patients' medical records of the regional hospital during the fiscal years 2014-2017 were recruited into the study. There were seventy-six incident reports of falls during admission, and ninety-nine records which were not found those falls. The research instruments, developed by researcher was factors influencing accidental falls of in-patients records. Content validity was examined by three experts. The index of item-objective congruence was 1.00. Data were analyzed by descriptive statistics and binary logistic regression analysis.

The results showed that about a half of the fallen patients (56.6%) were older than 60 years. Ninety-four percent (94.7%) had no fallen history within 1 year. All of them reported co-morbid diseases. About four part fifth (82.9 percent) of the fallen patients received risk assessment for falls during admission. The highest occurrence of falls (31.1%) was morning shift. Half of them failed at the bedside. The majority of them reported closed observation without severe injuries. Co-morbidity of the patients including nervous system and brain, musculoskeletal system and cerebrovascular system showed statistically significantly predicted of falls. Patients with these co-morbidity tended to fall 2.96, 2.45, and 0.49 times which were more than those who did not have diseases, respectively (OR 2.96; 95%CI: 1.11 - 7.89, OR 2.45; 95%CI: 1.20- 5.01, OR 0.49; 95%CI: 0.25- 0.94; $p < 0.05$).

Conclusion: The results of this study supported to develop practice guidelines for fall prevention in the hospitals focusing on in-patients with co-morbidity in nervous system and brain, musculoskeletal system.

Keywords: Fall, In-Patient, Co-Morbidity

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สำคัญและเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการบาดเจ็บและต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น¹ ส่งผลให้สถานบริการสุขภาพทั่วโลกให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้ม องค์การอนามัยโลก² มีนโยบายด้านการรักษาพยาบาล ที่มุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วย (International Patient Safety Goals) โดยเฉพาะการพลัดตกหกล้มถูกกำหนดเป็นตัวชี้วัดคุณภาพทางการพยาบาลที่สำคัญ เช่นเดียวกับ Joint Commission International³ ที่ได้กำหนดมาตรฐานความปลอดภัยโดยให้การพลัดตกหกล้มเป็น 1 ใน 6 ของเหตุการณ์สำคัญที่โรงพยาบาลต้องเฝ้าระวังจากสถิติของ Agency for Healthcare Research and Quality ในปี 2555 พบว่ามีผู้ป่วยในโรงพยาบาลเกิดการพลัดตกหกล้มประมาณ 700,000 – 1,000,000 คนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 3 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยพบสูงสุดในหอผู้ป่วย อายุรกรรม จำนวน 3.56 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน ต่ำสุดในหอผู้ป่วย ศัลยกรรม และพบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยที่เกิดการพลัดตกหกล้มได้รับบาดเจ็บ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เฉลี่ย 6.3 วัน โดยมีค่าใช้จ่ายดูแลรักษาพยาบาลต่อรายเฉลี่ย 14,000 เหรียญสหรัฐ จากสถิติใน ค.ศ. 1994 ถึง ค.ศ. 2020 พบว่าค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการพลัดตกหกล้มมีแนวโน้มสูงขึ้นเกือบ 1.5 เท่าคือจาก 27.30 ล้านดอลลาร์สหรัฐ เป็น 43.80 ล้านดอลลาร์สหรัฐ⁴ เช่นเดียวกับประเทศออสเตรเลีย โรงพยาบาลภายใต้การรับรองของ The Joanna Briggs Institute ได้กำหนดให้การพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยในโรงพยาบาลเป็นมาตรฐานความปลอดภัยที่ใช้ในการประเมินและรับรองคุณภาพ โดยพบว่าอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มเกิดขึ้นในทุกช่วงอายุ และอันตรายจากการพลัดตกหกล้มนั้นยังขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ เช่น ความสามารถในการมองเห็น (Eyesight) ความสมดุล (Balance) ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Muscle Strength) ความหนาแน่นของมวลกระดูก (Bone Density) และการใช้ยา (Medication Use)⁵

สำหรับประเทศไทยการพลัดตกหกล้มเป็นเป้าหมายที่สำคัญในการดูแลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยถูกกำหนดให้เป็นตัวชี้วัดสำคัญในด้านคุณภาพและความปลอดภัยของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.)⁶ นอกจากนี้กองการพยาบาลกำหนดให้การพลัดตกหกล้มเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดที่สำคัญของมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล เช่นเดียวกับเครือข่ายโรงพยาบาลของกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHOSNET) ซึ่งกำหนดเกณฑ์การประเมินให้มื่ออัตราการพลัดตกหกล้มให้ต่ำกว่า 0.15 ครั้ง/1,000 วันนอน⁷ การพลัดตกหกล้มจึงเป็นอุบัติการณ์ที่สถานบริการสุขภาพทุกแห่งเฝ้าระวังและให้ความสำคัญอย่างยิ่ง จากสถิติพลัดตกหกล้มของโรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปีงบประมาณ 2560 มีอุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม 0.47 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน⁷ โดยร้อยละ 40 เกิดเหตุบริเวณทางเดินในหอผู้ป่วย และร้อยละ 42 เกิดขึ้นในเวรเช้า ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ของ รัตนาพร ทามิ และคณะ⁸ ที่พบว่าเกิดอุบัติการณ์บริเวณข้างเตียงผู้ป่วยมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38 โดยเกิดในเวรดึกมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37 ลักษณะการเกิดอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มอาจมีความแตกต่างกันตามประเภทโรงพยาบาล และลักษณะของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา

การพลัดตกหกล้มส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จากการศึกษาของ Zhao YL, Kim H⁹ พบว่าภายหลังเกิดการพลัดตก

การพลัดตกหกล้มส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จากการศึกษาของ Zhao YL, Kim H⁹ พบว่าภายหลังเกิดการพลัดตก

หกล้มมีผู้ป่วยร้อยละ 30-50 ได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย เช่น ฟกช้ำหรือมีบาดแผลที่ผิวหนังร้อยละ 10-15 ได้รับบาดเจ็บรุนแรงเช่น กระดูกหักหรือสมองได้รับบาดเจ็บ โดยผู้ป่วยที่พลัดตกหกล้มพบว่าร้อยละ 1-2 มีกระดูกสะโพกหัก ทำให้เกิดความเจ็บปวด ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ขาดความมั่นใจในตัวเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยลดกิจกรรมการเคลื่อนไหวลง ไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูทำได้อย่างมากขึ้นและเกิดเป็นภาวะพึ่งพาไม่สามารถช่วยเหลือตัวเอง ได้ส่งผลสู่จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และการใช้ทรัพยากรมากขึ้น จะเห็นได้ว่าการพลัดตกหกล้มส่งผลให้เกิดความเสียหายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และทรัพย์สินกับผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ให้บริการ

จากการทบทวนวรรณกรรม^{10-11,13} พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพลัดตกหกล้ม มีทั้งปัจจัยภายใน (Intrinsic Factors) ได้แก่ อายุ เพศ ประวัติการพลัดตกหกล้มภายใน 1 ปี ภาวะการเจ็บป่วยขณะเข้ารับการรักษา การได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม โรคเรื้อรังหรือการเกิดภาวะโรคร่วมขณะเข้ารับการรักษา ความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ ท่าทางการเดินผิดปกติ การทรงตัวบกพร่อง ความผิดปกติต่อการรับรู้ ความบกพร่องในการมองเห็นและยาที่ได้รับ และปัจจัยภายนอก (Extrinsic Factors) ได้แก่ ลักษณะหน่วยงาน สถานที่เกิดอุบัติเหตุ ช่วงเวลา กิจกรรมที่ปฏิบัติขณะเกิดการพลัดตกหกล้ม สิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตราย เช่น แสงสว่างไม่เพียงพอ พรหมปูพื้นในห้องผู้ป่วย ทางเดินลาดชัน พื้นต่างระดับ พื้นลื่น ห้องน้ำขาดอุปกรณ์ช่วยยึดจับ ขาดสัญญาณขอความช่วยเหลือชัดเจนไม่มีที่ลือค ตลอดจนการสวมใส่รองเท้าที่พื้นรองเท้าบางเกินไป เป็นต้น จากการศึกษาของ Loria G, Bhargava¹⁰ ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง พบว่าอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มมีสาเหตุจากปัจจัยภายใน

สูงถึงร้อยละ 78 มี เกิดจากปัจจัยภายนอกร้อยละ 14 และเกิดจากเหตุการณ์ไม่คาดคิด หรือปัจจัยที่ไม่สามารถป้องกันได้เพียง ร้อยละ 8 ดังนั้นการศึกษาปัจจัยอันเป็นสาเหตุของการพลัดตกหกล้มที่สามารถป้องกันได้จึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้อุบัติการณ์ลดลง

โรงพยาบาลที่ศึกษาเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีนโยบายสำคัญโดยยึดหลักความปลอดภัยของผู้ป่วย จากรายงานของคณะกรรมการความเสี่ยงของโรงพยาบาลปี พ.ศ. 2557-2560 พบว่าอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มเป็น 1 ใน 5 อุบัติการณ์อันดับแรก ที่พบบ่อยของโรงพยาบาล⁷ โดยพบอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มในทุกแผนก ทั้งหอผู้ป่วยพิเศษและสามัญ ในทุกช่วงเวลาทั้งเวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก ทำให้ผู้ป่วยเกิดการบาดเจ็บตั้งแต่การบาดเจ็บเล็กน้อย เช่น เกิดรอยฟกช้ำ แผลถลอกหรือฉีกขาดจนอาจส่งผลต่อการดำเนินของโรคที่รุนแรงขึ้น แม้ว่าในปี พ.ศ. 2553-2557 จะมีการดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติในการเฝ้าระวัง และป้องกันผู้ป่วยพลัดตกหกล้มหลายรูปแบบ เช่น การพัฒนาการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม โดยมีการนำเครื่องมือประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มมาประเมินภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เช่น แบบประเมินของ Morse Fall Scale (MFS), Hendrich II Fall Risk Model (HFRM II), St. Thomas Risk Assessment Tool และ Downton Index เป็นต้น มาปรับใช้ แต่ยังคงมีอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มเกินเกณฑ์ที่เครือข่ายโรงพยาบาลของกลุ่มสถาบันแพทย์ ศาสตร์แห่งประเทศไทยกำหนด และพบข้อจำกัดว่าแบบประเมินภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเหล่านี้ อาจใช้ได้ดีในสถานที่หนึ่ง แต่ไม่เหมาะสมกับสถานที่อีกที่หนึ่งได้ เนื่องจากสถานที่ สิ่งแวดล้อม ลักษณะผู้ป่วย และทีมผู้ดูแลแตกต่างกัน เช่นเดียวกับการศึกษาของฮารทิพย์ ดนตรงและคณะ¹¹ ที่พบว่าเมื่อมีการพัฒนาแนวทางประเมินความเสี่ยงต่อการ

พลัดพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยตามบริบทของหน่วยงานทำให้อุบัติการณ์พลัดตกหกล้มลดลงจาก 0.31 ครั้งต่อ 1,000 วันนอนเหลือ 0.14 ครั้งต่อ 1,000 วันนอนจากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของการพลัดตกหกล้ม จึงได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยในโรงพยาบาล เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ในการเฝ้าระวังความปลอดภัยในการพลัดตกหกล้มเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยตามมาตรฐาน

วัตถุประสงค์การวิจัย

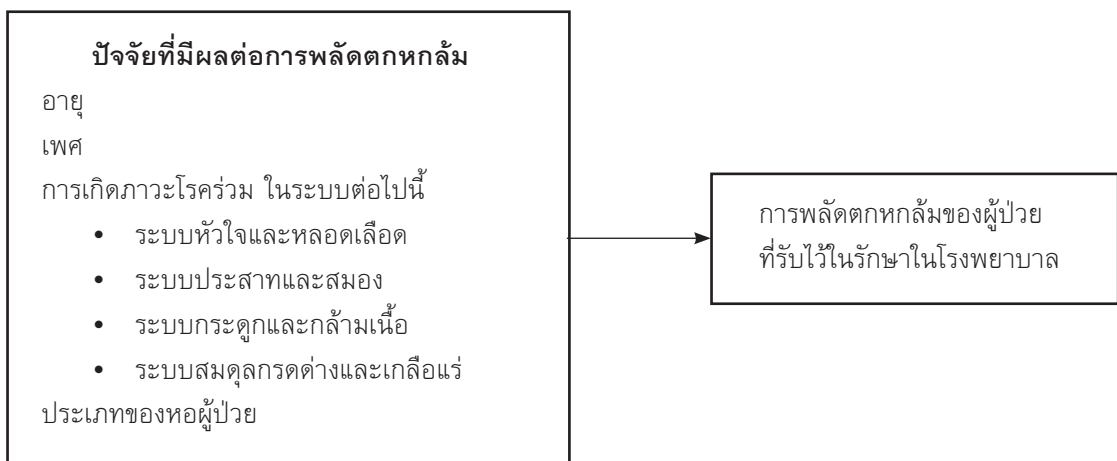
เพื่อศึกษาอิทธิพลของ อายุ เพศ การเกิดภาวะโรคร่วมของระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาทและสมอง ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ และระบบสมดุลกรดต่างและเกลือแร่ ประเภทของหอผู้ป่วย ต่อการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับไว้ในรักษาในโรงพยาบาลของโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

สมมุติฐานการวิจัย

อายุ เพศ การเกิดภาวะโรคร่วมของระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาทและสมอง ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ และระบบสมดุลกรดต่างและเกลือแร่ และประเภทของหอผู้ป่วยสามารถร่วมกันทำนายการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับไว้ในรักษาในโรงพยาบาล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย พัฒนาจากแนวคิดปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของ Morse Fall Scale (MFS), Hendrich II Fall Risk Model (HFRM II), St. Thomas Risk Assessment Tool และ Downton Index ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยที่คาดว่าจะสามารถทำนายการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับไว้ในรักษาในโรงพยาบาล ประกอบด้วย อายุ เพศ การเกิดภาวะโรคร่วมของระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาทและสมอง ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ และระบบสมดุลกรดต่างและเกลือแร่ และประเภทของหอผู้ป่วย ดังแสดงในภาพ



กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบศึกษาย้อนหลัง (Retrospective Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลที่ศึกษา ระหว่างปีงบประมาณ 2557-2560 ทั้งหมด จำนวน 149,044 ฉบับ

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power คำนวณค่า Odd Ratio จากอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม ในกลุ่มโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในเครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย⁷ คำนวณค่า Odd Ratio เท่ากับ 3.55 กำหนดค่าแอลฟาเท่ากับ 0.05 Power เท่ากับ 0.95 คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 159 ฉบับ เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัย จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 รวมจำนวน 175 ฉบับ ประกอบด้วย เวชระเบียนของผู้ป่วยที่มีใบรายงานอุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม และบันทึกข้อมูลสมบูรณ์ ซึ่งเป็นกลุ่มศึกษาจำนวน 76 ฉบับ และเวชระเบียนของผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ในช่วงเวลาเดียวกับผู้ป่วยในกลุ่มศึกษาที่ไม่มีรายงานอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มซึ่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 99 ฉบับ ผู้วิจัยจับคู่ (Matching) ให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีอายุของผู้ป่วยใกล้เคียงกัน และเป็นผู้ป่วยในแผนกและหอผู้ป่วยเดียวกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกปัจจัยเสี่ยงที่มีอิทธิพลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยใน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และอ้างอิงตามแบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มมาของ Hendrich II Fall Risk Model (HFRM II) เป็นแบบเลือกตอบ มี หรือไม่มี และเติมค่า จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือส่วนที่ 1 ข้อมูลหอ

ผู้ป่วยในช่วงเวลาที่เกิดอุบัติการณ์ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 1) ชื่อแผนก 2) ประเภทหอผู้ป่วย 3) เวร (เช้า ปาย ดึก) 4) จำนวนบุคลากรและจำนวนผู้ป่วย ในช่วงเวลาที่เกิดอุบัติการณ์และ 5) เวลาที่เกิดอุบัติการณ์ และส่วนที่ 2 ข้อมูลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการพลัดตกหกล้ม จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) การเกิดภาวะโรคร่วมและความสามารถในการมองเห็น 4) ประวัติการพลัดตกหกล้มภายใน 1 ปี 5) คะแนนการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยก่อนเกิดอุบัติการณ์ 6) สถานที่เกิดอุบัติการณ์ 7) กิจกรรมของผู้ป่วยขณะเกิดอุบัติการณ์ 8) การประเมินผู้ป่วยหลังเกิดอุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางพยาบาลจำนวน 3 คน คำนวณ หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา 12 (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ได้เท่ากับ 1

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เลขที่ 17/2561 ลงวันที่ 16 กรกฎาคม 2561 และจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลที่ศึกษาเลขที่ 61132 ลงวันที่ 10 กันยายน 2561 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ณ ศูนย์บริหารจัดการความเสี่ยงและกลุ่มงานเวชระเบียนของโรงพยาบาล บันทึกข้อมูลทั้งหมดลงในแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยไม่มีการระบุชื่อหรือข้อมูลใดๆ ที่สามารถเปิดเผยตัวผู้ป่วย และไม่นำเอกสารใดๆ ของโรงพยาบาลออกจากสถานที่ที่บันทึกข้อมูล

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ศึกษา ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ติดต่อขอรับใบรายงานอุบัติการณ์ปลัดตกหกล้ม ในช่วง 4 ปีย้อนหลัง คือ ปีงบประมาณ 2557-2560 คัดเลือกฉบับที่บันทึกข้อมูลสมบูรณ์ ได้จำนวน 76 ฉบับ
2. ติดต่อขอรับเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่างที่มีรายงานอุบัติการณ์ปลัดตกหกล้ม (กลุ่มศึกษา) จำนวน 76 ฉบับ บันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกปัจจัยเสี่ยงที่มีอิทธิพลต่อการปลัดตกหกล้มของผู้ป่วยในทุกข้อ
3. คัดเลือกเวชระเบียนของผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วงเวลาเดียวกับกลุ่มศึกษาที่ไม่มีรายงานอุบัติการณ์ปลัดตกหกล้ม (กลุ่มเปรียบเทียบ) จากเวชระเบียนผู้ป่วยในแผนกและหอผู้ป่วยเดียวกันกับกลุ่มศึกษา และผู้ป่วยมีอายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี โดยบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกปัจจัยเสี่ยงที่มีอิทธิพลต่อการปลัดตกหกล้มของผู้ป่วยใน โดยไม่บันทึก ส่วนที่ 1 ข้อ 3-5 และส่วนที่ 2 ข้อ 6-8 ได้เวชระเบียนที่มีข้อมูลสมบูรณ์จำนวน 99 ฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์ทวิ (Binary Logistic Regression) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับการปลัดตกหกล้มในผู้ป่วยในของโรงพยาบาลที่ศึกษา จากการ ศึกษาพบว่า เกินกว่าครึ่งหนึ่งของอุบัติการณ์ (ร้อยละ 55.3) เกิดในหอผู้ป่วยพิเศษแผนกอายุรกรรม และแผนกศัลยกรรมสูงสุด ในสัดส่วนที่เท่ากัน (ร้อยละ 27.6) ส่วนแผนกที่มีอุบัติการณ์น้อยที่สุดคือแผนกศัลยกรรมประสาทและสมอง (ร้อยละ 2.7) ผู้ป่วยที่เกิดอุบัติการณ์ปลัดตกหกล้มส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายเล็กน้อย ผู้ป่วยทั้งหมดมีภาวะโรคร่วม 2 ชนิดมากที่สุด ภาวะโรคร่วมที่พบมาก 3 อันดับแรกคือ ภาวะโรคร่วมของระบบกระดูกกล้ามเนื้อ สมดุลกรดต่างเกลือแร่ระบบหัวใจและหลอดเลือด และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 98.7) ไม่เคยได้รับการตรวจความสามารถในการมองเห็น ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการปลัดตกหกล้มในวันแรกที่รับการรักษาในโรงพยาบาล และในกลุ่มที่มีอุบัติการณ์ปลัดตกหกล้ม พบว่าได้รับการประเมินร้อยละ 82.9 โดยเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ร้อยละ 15.8 ความเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 67.1ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 175)

ปัจจัย	กลุ่มศึกษา (n=76)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=100)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
หอผู้ป่วย				
พิเศษ	42	55.3	54	54
สามัญ	34	44.7	46	46
แผนก				
อายุรกรรม	21	27.6	23	23
ศัลยกรรม	21	27.6	38	38
สูติ-นรีเวช	13	17.1	15	15
ศัลยกรรมกระดูก	12	15.8	12	12
หู คอ จมูก	4	5.3	5	5
รังสีรักษา	3	3.9	5	5
ศัลยกรรมประสาทและสมอง	2	2.7	2	2
อายุ				
< 20	0	0	1	1.0
20 – 40	13	17.1	18	18.0
41 – 60	20	26.3	38	38.0
>60	43	56.6	43	43.0
	อายุเฉลี่ย 61.02 S.D.18.23		อายุเฉลี่ย 57.30 S.D.17.74	
เพศ				
หญิง	45	59.2	49	49.0
ชาย	31	40.8	51	51.0
โรคร่วมขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล*				
ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ	57	75.0	54	54.0
สมดุกรด-ต่าง และเกลือแร่	57	75.0	72	72.0
ระบบประสาทและสมอง	15	19.8	8	8.0
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	26	34.2	56	56.0
ความบกพร่องทางสายตา	3	3.9	0	0
จำนวนโรคร่วม				
1 โรค	15	19.7	34	34.0
2 โรค	42	55.3	43	43.0
มากกว่าหรือเท่ากับ 3	19	25.0	23	23.0

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ปัจจัย	กลุ่มศึกษา (n=76)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=100)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการพลัดตกหกล้มภายใน 1 ปี				
ไม่เคย	72	94.7	100	100.0
เคย	4	5.3	0	0
ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในวันแรกที่รับการรักษาในโรงพยาบาล				
ไม่ได้รับการประเมิน	13	17.1	16	16.0
ได้รับการประเมิน	63	82.9	84	84.0
เสี่ยงมาก	12	15.8	24	24.0
เสี่ยงน้อย	51	67.1	60	60.0
ไม่มีความเสี่ยง	0	0	0	0
รวม	76	100	100	100

*ผู้ป่วย 1 ราย มีโรคร่วมได้มากกว่า 1 โรค

เมื่อจำแนกตามช่วงเวลาการเกิดอุบัติเหตุการพบ ว่า เกิดในเวรเช้ามากที่สุด ร้อยละ 72.3 รองลงมา ในเวรบ่ายและเวรดึกร้อยละ 21.1 และ 6.6 ตามลำดับ โดยร้อยละ 50 เกิดบริเวณข้างเตียง รองลงมา คือบริเวณห้องน้ำและทางเดิน คิดเป็นร้อยละ 32.9 และ 17.1 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่มีการบาดเจ็บแต่ ต้องเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงร้อยละ 53.9 รองลงมา มีอาการบาดเจ็บเล็กน้อยต้องให้การปฐมพยาบาล ร้อยละ 44.8 และมีการบาดเจ็บที่รุนแรงร้อยละ 1.3

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ปัจจัยที่มีอิทธิพลทางบวกที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้น (ค่า odd ratio > 1) ได้แก่ ภาวะโรคร่วมในระบบประสาทและสมอง ภาวะโรคร่วมในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ โดยผู้ป่วยที่ภาวะโรคร่วมทางระบบประสาทและสมอง มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุ

พลัดตกหกล้มสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะนี้ ถึง 2.96 เท่า (OR 2.96; 95%CI: 1.11 ถึง 7.89) และผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะนี้ถึง 2.5 เท่า (OR 2.45; 95%CI: 1.20 ถึง 5.01) ปัจจัยที่มีอิทธิพลทางลบที่ทำให้อุบัติเหตุการพลัดตกหกล้มลดลง (ค่า odd ratio < 1) ได้แก่ ภาวะโรคร่วม ด้านระบบหัวใจและหลอดเลือด พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมของระบบหัวใจและหลอดเลือด มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะนี้ 0.5 เท่า (OR 0.49; 95%CI: 0.25 ถึง 0.94) โดยสมการนี้สามารถทำนายการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ศึกษาได้ถูกต้อง ร้อยละ 66.9 ทั้งนี้อายุ เพศ ภาวะโรคร่วมด้านความสมดุลกรดต่างและเกลือแร่ และประเภทหน่วยงาน ไม่มีอิทธิพลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงที่มีอิทธิพลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยใน

ปัจจัย	B	S.E	Wald	Sig.	Exp (B)	95%C.I. for EXP(B)	
						Lower	Upper
อายุ	.018	.010	3.641	.056	1.018	1.001	1.039
เพศ	.367	.344	1.141	.286	1.443	.736	2.831
ภาวะโรคร่วมในระบบหัวใจและหลอดเลือด	-.722	.336	4.617	.032	.486*	.252	.939
ภาวะโรคร่วมในระบบประสาทและสมอง	1.087	.499	4.735	.030	2.964*	1.114	7.890
ภาวะโรคร่วมในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ	.896	.365	6.015	.014	2.450*	1.197	5.014
ภาวะโรคร่วมด้านความสมดุลการต่างและเกลือแร่	.259	.387	.448	.503	1.295	.607	2.763
ประเภทหน่วยงาน	.308	.343	.805	.370	1.360	.695	2.664
Constant	-2.663	1.039	6.573	.010	.070		

*p < .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่า อุบัติการณ์พลัดตกหกล้มเกิดในหอผู้ป่วยพิเศษมากที่สุด พบในแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรมมากที่สุด รองลงมาคือแผนกสูติ-นรีเวช ผู้ป่วยที่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ย 61 ปี ทุกรายมีภาวะโรคร่วมอย่างน้อย 1 โรค โดยพบอุบัติการณ์ในช่วง เวลาแหว่เข้ามากที่สุด ทั้งนี้เนื่องมาจากแหว่เข้าเป็นช่วงเวลาที่ต้องปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีกิจกรรมการรักษาพยาบาล และผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรมส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีความเจ็บป่วยซับซ้อนมีกิจกรรมการรักษาพยาบาลมาก สอดคล้องกับสถานที่ที่เกิดอุบัติเหตุ คือ บริเวณข้างเตียงมากที่สุด ซึ่งพบว่าร้อยละ 50 มีอาการอ่อนแวงและหน้ามืดบริเวณข้างเตียงเนื่องจากต้องการลงไป

ปัสสาวะที่ข้างเตียง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจรรยา เลขทิพย์และคณะ¹³ ที่พบว่าอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม ส่วนใหญ่เกิดในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และการศึกษาของ รัตนพร ทามี่และคณะ⁸ พบว่าส่วนใหญ่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเช่นกัน โดยสถานที่เกิดเหตุการณ์พลัดตกหกล้มมากที่สุด คือบริเวณเตียง/ข้างเตียงผู้ป่วย และอุบัติเหตุที่พบบ่อยและคณะ¹⁴ ศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอายุ 55 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 7.7-34.15 สำหรับความสามารถในการมองเห็น พบว่าเป็นภาวะร่วมที่นำจะมีอิทธิพลต่อการเกิดอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้มนั้น ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ได้รับการประเมินความสามารถในการมองเห็นเพียงร้อยละ 3.9 เท่านั้น ทั้งนี้หากเพิ่มอัตราการประเมินความสามารถในการมองเห็น

เห็นเพิ่มขึ้น อาจช่วยให้นำไปสู่การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ การพลัดตกหกล้มที่ชัดเจนขึ้น

ปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ศึกษา พบว่า ภาวะโรคร่วมด้านระบบประสาทและสมองมีอิทธิพลทางบวกต่อการพลัดตกหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมทางระบบประสาทและสมอง มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้มสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะโรคร่วมทางระบบประสาทและสมองถึง 2.9 เท่า (OR 2.96; 95%CI: 1.11 ถึง 7.89) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยระบบประสาทและสมอง มักมีปัญหาการทรงตัว และระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงไปซึ่งมีผลต่อการพลัดตกหกล้ม สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิฤดี พาผลและคณะ¹⁴ พบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความรู้สึกของระบบประสาทและสมองผิดปกติจากภาวะสมองเสื่อม เนื้อสมองตาย สมองฝ่อโรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน โรคลมชัก โรคไขสันหลัง รอยโรคก้านสมอง หรือจากความผิดปกติของระบบประสาทส่วนปลาย และระบบประสาทอัตโนมัติ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง กล้ามเนื้ออ่อนแรง อัมพาตครึ่งซีก ปัญหาด้านความรู้คิดบกพร่อง รวมถึงปัญหาการควบคุมขับถ่าย มีผลให้ระบบการควบคุมจากสมองส่วนกลางผิดปกติ ไปทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มได้

นอกจากนี้ภาวะโรคร่วมระบบกระดูกและกล้ามเนื้อมีอิทธิพลทางบวกต่อการพลัดตกหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้มสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะโรคร่วมระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ถึง 2.5 เท่า (OR 2.45; 95%CI: 1.20 ถึง 5.01) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีความเสื่อมของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ มีการเปลี่ยนแปลงบริเวณข้อ และความยืดหยุ่นของข้อต่างๆ ลดลง เกิดการเชื่อมกัน

ระหว่างข้อกระดูก เป็นเหตุทำให้เกิดข้อยึดติดตามมา ทำให้เกิดปัญหาการทรงตัว และการเปลี่ยนอิริยาบถ ดังจากผลการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของโรงพยาบาลที่ศึกษา พบว่าผู้ป่วยที่เกิดอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้มมักได้รับคะแนนความเสี่ยงในเรื่องความสามารถในการลุก-ยืน มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เกิดอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้ม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Salamon LA. และคณะ¹⁵ ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีการพลัดตกหกล้มจะมีปัญหาของระบบระบบกล้ามเนื้อและกระดูกสูงถึงร้อยละ 67

สำหรับภาวะโรคร่วมระบบหัวใจและหลอดเลือดพบว่า มีอิทธิพลทางลบต่อการพลัดตกหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมทางระบบหัวใจและหลอดเลือดมีโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้มน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะโรคร่วมนี้ 0.50 เท่า (OR 0.49; 95%CI: 0.25 ถึง 0.94) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของหัวใจหรือหลอดเลือดเช่น หลอดเลือดที่ตีบแคบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย หัวใจเต้นผิดปกติ จะส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจน้อยลง ความทนต่อการทำกิจกรรมลดลง ผู้ป่วยมักถูกจำกัดกิจกรรมประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การขับถ่าย เพื่อลดการใช้ออกซิเจนเป็นส่วนใหญ่ โดยให้พักอยู่บนเตียงอย่างเดียว (Absolute Bed Rest) จึงมีผลทำให้ลดการเกิดอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้ม แตกต่างจากผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมอื่น

สำหรับปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ เพศ ลักษณะของหอผู้ป่วย และภาวะโรคร่วมด้านความสมดุลกรดต่างและเกลือแร่ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในของแผนก

อายุรกรรมและศัลยกรรมและเป็นผู้สูงอายุ โดยผู้ป่วยทั้งกลุ่มศึกษามีอายุอยู่ในช่วงมากกว่า 60 ปี

มากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรณลดา เต็งน้อยและคณะ¹⁶ และ Christman M.และคณะ¹⁷ ซึ่งพบว่าอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มส่วนใหญ่เกิดในในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม และศัลยกรรม ทำให้อายุไม่มีอิทธิพลต่อการพลัดตกหกล้ม การศึกษาครั้งนี้ในส่วนของเพศและลักษณะของหอผู้ป่วย ที่พบว่าไม่มีอิทธิพลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยในโรงพยาบาลนั้นอาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลที่ทำการศึกษามีการจำแนกผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยตามเพศ แผนก และการวินิจฉัยโรค ทั้งนี้พบว่าเพศหญิงเกิดอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มมากกว่าเพศชายเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 59.2 และ 40.2 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชนิษฐา ตียะพานิชย์และคณะ¹⁸ ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีการพลัดตกหกล้มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและอายุมากกว่า 75 ปีสำหรับปัจจัยด้านการเกิดภาวะโรคร่วมในระบบสมตุลกรตต่างและเกลือแร่ นั้น จากการศึกษาพบว่า เป็นภาวะโรคร่วมที่เกิดร่วมกับภาวะโรคร่วมอื่นๆ ได้แก่ ภาวะโรคร่วมของระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบประสาทและสมอง และพบภาวะโรคร่วมในผู้ป่วยทั้งกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 75 และ 72.7 ตามลำดับ จึงอาจทำให้ไม่มีอิทธิพลต่อการเกิดอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มในการศึกษาครั้งนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการป้องกันและเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้ม โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีการเกิดภาวะโรคร่วม
2. ทีมพยาบาลสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะ

ของทีมพยาบาลในการเฝ้าระวังและป้องกันการพลัดตกหกล้ม

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาสาเหตุที่เป็นปัจจัยส่งเสริมการพลัดตกหกล้มในแต่ละกลุ่มโรคเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลแบบเฉพาะราย

REFERENCES

1. Ngamkala T., Intarasombat P. & Monkong S, A Synthesis of Research on Fall Prevention and Management in Hospitalized Patients. Rama Nursing Journal. 2011; 17(1): 108-125. (In Thai).
2. World Health Organization, WHO Global Health Estimates database [online]. 2018[cited 2020/05/16]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>
3. The Joint Commission International, Summary Data of Sentinel Events Reviewed by The Joint Commission. 2012. Available from: http://www.jointcommission.org/assets/1/18/2004_4Q_2012_SE_Stats_Summary.pdf.
4. Ganz D. A. Berlowitz D. Preventing Falls in Hospitals A Toolkit for Improving Quality of Care. Agency for Healthcare Research and Quality Publication :2013.
5. The National Safety and Quality Health Service (NSQHS) Standards Provide a Nationally Consistent Statement of the Level of Care Consumers Can Expect from Health Service Organizations. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care: 2011.
6. The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). Patient Safety Goals: SIMPLE Thailand 1ed. 2018: 119-121.

7. Medical Record and Statistics Section, Annual Statistics Report 2017. Information Technology Division. Rajavithi Hospital. Retrieved at 20/3/2563 from http://intranet.rajavithi.go.th/news_raja/index.php?mode=topicshow&tp_id=164731 (In Thai).
8. Tamee R, Chaipibansarit P, Apiraknapanon P, Relationship between the Selected Factors and Inpatient Fall in Private Hospital. Vajira Nursing Journal. 20 (1):12-26. 2018. (In Thai).
9. hao YL, Kim H, Older Adult Inpatient Falls in Acute Care Hospitals: Intrinsic, Extrinsic, and Environmental Factors. J Gerontol Nurs. 2015;41:29-43.
10. Loria G, Bhargava A, Prevention of Patient Falls eA Case Study. Apollo Medicine 2013; 10 (2):175-180.
11. Tontrong T, Yamwong N, Kongsakorn N, and Deenok S, Development Guide Line to Risk Evaluation for Preventive Falls in Patient at in-Patient Department. Srinakharinwirot university. 2010. (In Thai).
12. Kanchanawasi S, Assessment Theory. 9thed. Chulalongkorn University Press; 2019. (In Thai).
13. Lecktip C, Woratanarat T, Bhubhanil S, & Lapmanee S, Risk Factors for Falls in Elderly. Journal of Medical and Health Sciences. 2019;26(1):85-103. (In Thai).
14. Papol A, Ramkhuan C, & Pinnoi W, A Study of Fall Risk in Stroke Patients after Hospital Discharge. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019; Supplement: 194-201.
15. Salamon LA., Victory M., Bobay K, Identification of Patients at Risk for Fall in an Inpatient Rehabilitation Program. Rehabil Nurs 2012; 37(6):292-7. 2012;37(6):292-297.
16. Tengnoi W., Sangwanthong V., Phongphanich P. & Prakob N, Compare of Falls Incidence among Patients with Different Risk Levels at Jainad Narendra Hospital. Research Report. [online]. 2018 [cited 2019/08/31]. (In Thai). Available from: <http://www.chainathospital.org/chainatweb/research/viewdownload/4>
17. Christman M., Morse J., Wilson C., Godfrey N. Doig A., Bloswick D. et al, Analysis of the Influence of Hospital Bed Height on Kinematic Parameters Associated with Patient Falls During Egress. Science Direct. 2015; 280-287.
18. Tiyanit C, Tangwongchai S, Champaiboon J. Prevalence and Fall Risk in Mild Cognitive Impairment and Dementia at Outpatient Clinics, Chulalongkorn Hospital. Chulalongkorn Medical Journal. 2018;62(5):799-813. (In Thai).



วิถีชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มเสี่ยงเขตเมือง จังหวัดพิษณุโลก

Lifestyle and Related Factors that Prevention Diabetes Type 2 in the Pre-Diabetes Group of Phitsanulok Province.

สิรารักษ์ เจริญศรีเมือง* ปัทมา สุพรรณกุล**
เบญจมาภรณ์ นาคามดี* นฤมล เอกธรรมสุทธิ*
Sirarak Charonesrimaung* Pattama Suphunnakul**
Benchamaphorn Nakamadee* Naruemon Ekthamasut*

Received : 10/8/63
Revised : 15/9/63
Accepted : 15/9/63

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของทั่วโลก เป็นชนิดที่พบบ่อยถึงร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดเป็นผลมาจากการติดต่ออินซูลิน ร่วมกับความบกพร่องในการผลิตอินซูลินที่เหมาะสมซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิถีชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มเสี่ยงอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกประกอบไปด้วย กลุ่มเสี่ยง ครอบครัวกลุ่มเสี่ยง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้นำชุมชน จำนวน 28 คน ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยใช้แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งโครงสร้าง ร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการบันทึกเสียง วิเคราะห์ข้อมูลแบบเชิงประเด็น

ผลการวิจัยพบว่า การป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มเสี่ยงเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ประกอบไปด้วย 1) บริบทใหม่ทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตและสุขภาพ 2) ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ได้แก่พฤติกรรมมารับประทานอาหาร พฤติกรรมออกกำลังกาย และ 3) ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ชุมชน และบุคลากรทางด้านสุขภาพ โดยประเด็นที่ได้จากการศึกษาการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ดังจะเห็นได้ว่าวิถีชีวิตในชุมชนเมือง พฤติกรรมมารับประทาน

* อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

** รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

* Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinaraj

** Associate Professor, Faculty of Public health, Naresuan University

อาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกายและแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มเสี่ยง

สรุป: การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้พบว่าวิถีชีวิตของกลุ่มเสี่ยงเขตเมืองในการเข้าถึงการบริโภคอาหารทางออนไลน์หรือเดลิเวอรี่ฟู้ด มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนั้นผลวิจัยที่ได้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการสร้างรูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยรูปแบบจะมีกิจกรรมที่มีความเหมาะสมและปรับให้เข้ากับวิถีชีวิตของกลุ่มเสี่ยงในเขตเมือง

คำสำคัญ: วิถีชีวิตเขตเมือง การป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

ABSTRACT

Type 2 diabetes is a major global health problem. It is the most common type. Up to 95 percent of all diabetes patients are the result of insulin resistance. Combined with deficiencies in proper insulin production, which affects the quality of life of patients and families. In this qualitative research, the objective is to study lifestyle and related factors for the prevention of type 2 diabetes of risk groups in Muang District, Phitsanulok Province. The primary data providers that meet the eligibility criteria include risk groups, families, and risk groups. Public health officer And 28 community leaders. The researcher conducted in-depth interviews with semi-structural interview forms. Together with no observation And sound recording Thematic Analysis

The results of the research showed that The study found that prevention of type 2 diabetes in risk groups in Muang District Phitsanulok Province consists of 1) a new social and environmental context that affects lifestyle and health. 2) Factors that are obstacles include eating habits. Exercise behavior and 3) supporting factors Including social support from families, communities, and health personnel Which the issues from this study correspond to the previous studies. Therefore, it can be seen that the urban lifestyle, Eating behavior exercise behavior and social support are factors involved in the prevention of type 2 diabetes in risk groups.

Conclusion: Qualitative research found that lifestyle of urban risk groups will be densely populated with prosperity both in terms of utilities and consumption, causing most people to have an urgent way of life consume habits that change from eating three times per day by homemade food to eating a fast food diet with high fat, sugar, instant seasonings and high energy. Thus affecting the way of health in dietary habits and from continued consumption, it has the chance of high blood sugar. And the hemoglobin A1C (HbA1C) is high followed. In addition, the lifestyle of urban people who are in a hurry to not have time to exercise that can help in metabolism processes so sugar is stored in the bloodstream.

Keywords: Urban Lifestyle, Type 2 Diabetes Prevention, Diabetes Risk Group

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากรายงานของสหพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF) ปี 2017 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกจำนวน 425 ล้านคน และคาดการณ์ในปี 2045 จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 690 ล้านคน¹ ในประเทศสหรัฐอเมริกา ปี 2014-2016 มีประชาชนอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไปป่วยเป็นโรคเบาหวานอัตราร้อยละ 8.4, 8.7, และ 8.5 ตามลำดับ² หากไม่มีการคัดกรองและป้องกันโรคเบาหวานที่เหมาะสม สมจะส่งผลประชาชนกลายเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานได้

กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (Pre Diabetes) หมายถึง ผู้ที่มีระดับน้ำตาลสูงกว่าปกติ แต่ยังไม่ถึงระดับเป็นเบาหวาน มีค่าระดับน้ำตาลในกระแสเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (Fasting Blood Sugar: FBS) เท่ากับ 6.1 mmol/L ถึง 6.9 mmol/L³ ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าประชาชนที่มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไปร้อยละ 48.3 จัดเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน⁴ สถานการณ์กลุ่มเสี่ยงในประเทศไทยจากการตรวจคัดกรองสุขภาพของประชาชนในปี 2552 ผลการสำรวจประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปพบประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีความชุกถึงร้อยละ 10.7⁵ ในเขตสุขภาพที่ 2 มีการคัดกรองจำนวนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในปี 2015-2016 พบกลุ่มเสี่ยงจำนวน 60,639 และ 101,654 รายคิดเป็นร้อยละ 29.1 และ 49.3 ตามลำดับ และในจังหวัดพิษณุโลกมีการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานระหว่างปี 2015-2018 พบประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อัตราร้อยละ 9.0, 11.5, และ 10.4 ตามลำดับ⁶ จากผลการสำรวจสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย พบว่าประชาชนไม่รู้ตัวว่าตนเองเป็นโรคเบาหวาน หรือเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่ยังไม่สามารถควบคุมอาการและดูแลรักษาตนเองได้อย่างถูกต้อง หากกลุ่มเสี่ยงยังไม่ตระหนักและมีการดำเนินวิถีชีวิตแบบเดิมของคนเมือง

จะส่งผลให้ป่วยเป็นโรคเบาหวานได้ พบว่าร้อยละ 15-30 ของกลุ่มเสี่ยงจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคเบาหวานได้ภายใน 5 ปี⁷ ซึ่งภาวะดังกล่าวนำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพในที่สุด ทำให้มีภาวะพึ่งพิงในการดำรงชีวิต และต้องการได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัวหรือสังคมต่อไป

ในสังคมไทยปัจจุบันนี้มีการเปลี่ยนแปลงสภาพของสังคมมากขึ้น เนื่องจากความเจริญและการพัฒนาในด้านเศรษฐกิจ ด้านเทคโนโลยีและการสื่อสาร ทำให้สภาพของสังคมไทยจากสังคมชนบทกลายเป็นสังคมเมืองมากยิ่งขึ้น⁸ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง วิถีชีวิตจะส่งผลต่อพฤติกรรม และภาวะสุขภาพของคนประชากรอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตเมืองมีพฤติกรรมและการใช้ชีวิตประจำวันที่ทำให้เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพโดยไม่รู้ตัว ได้แก่ พฤติกรรมด้านโภชนาการ ด้านออกกำลังกาย ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ⁹ วิถีชีวิตเขตเมืองเป็นวิถีที่เร่งรีบภายใต้ข้อจำกัดของเวลาและสภาพแวดล้อมต่างๆ ทำให้ประชาชนต้องดำเนินชีวิตและมีรูปแบบการใช้ชีวิตแบบรีบด่วน เพื่อให้ตอบสนองความต้องการของตนเองได้อย่างรวดเร็ว เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหาร เนื่องจากความเร่งรีบในการดำเนินชีวิตทำให้สูญเสียการรับประทานอาหารเปลี่ยนไปนิยมอาหารประเภทจานด่วน (Fast Food) อาหารทอดน้ำมันที่ใช้ไขมันที่มีไขมันอิ่มตัวทอดเนื่องจากมีราคาที่ค่อนข้างถูก การรับประทานอาหารเค็ม มัน หวานจะทำให้เกิดลักษณะอ้วนลงพุง การใช้หรือบริโภคสารบางประเภท อาทิ สุรา บุหรี่ ซา กาแฟ เนื่องจาก ล้วนแล้วแต่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน¹⁰ ซึ่งไม่เพียงแต่พฤติกรรมบริโภคเท่านั้นยังมีปัจจัยที่แฝงมาในวิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนเขตเมือง หากไม่มีปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของประชาชน ส่งเสริมให้ประชาชนลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ มีสุขนิสัยและสุขปฏิบัติที่ดี จะช่วยแก้ไข

ปัญหาและลดจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานได้เป็นอย่างมาก

การศึกษาวิตีชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง เขตเมือง มีวัตถุประสงค์เพื่อเข้าใจถึงวิถีชีวิตรและปัจจัยในการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มเสี่ยงเขตเมือง ซึ่งจะส่งผลให้มีการควบคุมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยนำข้อค้นพบที่ได้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มเสี่ยงเขตเมือง เพื่อให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตร สามารถจัดการปัญหาสุขภาพในเขตเมืองได้ตรงประเด็นและมีประสิทธิภาพที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาวิถีชีวิตรในการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มเสี่ยง เขตเมือง จังหวัดพิษณุโลก
2. ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มเสี่ยงเขตเมือง จังหวัดพิษณุโลก

คำถามการวิจัย

1. วิถีชีวิตรในการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มเสี่ยง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลกเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยใดที่เกี่ยวข้องในการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มเสี่ยง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาคั้งนี้เป็นวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อศึกษาวิตีชีวิตรและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มเสี่ยง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้วิจัยศึกษาวิตีชีวิตรและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มเสี่ยง โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ให้ข้อมูลหลัก) แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 28 คน ประกอบไปด้วย กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 8 คน ครอบครัวกลุ่มเสี่ยงจำนวน 8 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 7 คน และผู้นำชุมชนจำนวน 5 คน มีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้ 1) เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 100-125 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ 2) ครอบครัวกลุ่มเสี่ยงที่อาศัยร่วมกันเดียวกับกลุ่มเสี่ยงมีหน้าที่ในการดูแลกลุ่มเสี่ยง 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 4) ผู้นำชุมชนที่มีหน้าที่รับผิดชอบงานด้านการส่งเสริมสุขภาพประชาชนในชุมชน เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ผู้ให้ข้อมูลหลักคือ 1) ไม่สามารถอยู่ร่วมโครงการจนสิ้นสุด 2) มีภาวะเจ็บป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการหาคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยใช้เครื่องมือดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง โดยผู้วิจัยค้นคว้า เนื้อหาจากเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตรและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากนั้นนำไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยผ่านผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของข้อคำถาม ความครอบคลุมของวัตถุประสงค์ของการศึกษาได้ค่า IOC ระหว่าง 0.5-1 นำข้อเสนอนี้มาปรับปรุงแนวคำถามและนำแบบสัมภาษณ์ที่ได้ไปทดลองใช้สัมภาษณ์กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 10 คน โดยเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 3 คน ครอบครัวกลุ่มเสี่ยงจำนวน 3 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 2 คน และผู้นำชุมชนจำนวน 2 คน ก่อนนำไปใช้จริง

2. การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ผู้สังเกตเป็นเพียงผู้ดูอยู่ห่าง ๆ ข้อมูลที่ได้จะเป็นพฤติกรรมธรรมชาติใกล้เคียงความจริง

3. บันทึกภาคสนาม (Field Note)

4. เทปบันทึกเสียง ใช้บันทึกเสียงขณะที่ทำการสัมภาษณ์เชิงลึก ในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูล เพื่อทำการบันทึกเทปควบคู่ไปกับการจดบันทึกเพื่อให้การสัมภาษณ์มีลักษณะของการสนทนาอย่างต่อเนื่อง หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาถอดเทป และบันทึกข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ดำเนินการเก็บข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละกลุ่ม ประกอบไปด้วย กลุ่มเสียงจำนวน 8 คน ครอบครัวยุคใหม่จำนวน 8 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 7 คน และผู้นำชุมชนจำนวน 5 คน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นรายบุคคลตามวันเวลาและสถานที่นัดหมาย โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์คนละ 45-60 นาที ในขณะที่ดำเนินการสัมภาษณ์ผู้วิจัยขออนุญาตในการบันทึกเสียง พร้อมทั้งผู้ร่วมทีมวิจัยจดบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักในแต่ละกลุ่มจนกระทั่งได้ข้อมูลซ้ำ ๆ กันและไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มเติม (ข้อมูลอิ่มตัว) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองระหว่างเดือนกันยายน-ตุลาคม 2560 รุนแรง ดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักจนกระทั่งได้ข้อมูลที่ได้ไม่เปลี่ยนแปลงหรือข้อมูลอิ่มตัว

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เอกสารรับรอง IRB No. 0647/60 ลงวันที่ 22 กันยายน 2560 ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ส่งถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อขอ

อนุญาตทำการวิจัยและเก็บข้อมูลในพื้นที่ ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ชี้แจงกับผู้ให้ข้อมูลหลักถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ และการนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวิจัยเท่านั้น

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) โดยผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักได้แก่ กลุ่มเสียง ครอบครัว อสม. ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ร่วมกับการสัมภาษณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในเรื่องเดียวกัน จากนั้นตรวจสอบข้อมูลที่ได้รับว่ามีความสอดคล้องกันหรือไม่ ภายหลังการสัมภาษณ์ผู้วิจัยนำข้อมูลระหว่างการสัมภาษณ์ทุกครั้งมาสรุปซ้ำและทบทวนข้อมูลกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลหลักตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง (Members Check) หากข้อมูลไม่ตรงหรือบิดเบือนจากคำตอบหรือความหมายของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะทำการแก้ไขข้อมูลทันที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลหลักประกอบด้วย กลุ่มเสียงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75) มีอายุระหว่าง 41-60 ปี (ร้อยละ 75) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 65.2) ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 85.5) ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 75)

ครอบครัวยุคใหม่โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 85.50) ส่วนมาก อายุ 31-40 ปี (ร้อยละ 62.50) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 75) ระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา (ร้อยละ 50) และมีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 75)

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นเพศหญิงทั้งหมด มีอายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี (ร้อยละ 85.71) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 71.42) ระดับการศึกษาปริญญาตรี อาชีพรับราชการ (ร้อยละ 100)

ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 80) มีอายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี (ร้อยละ 80) สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาปริญญาตรี อาชีพรับราชการ (ร้อยละ 100)

ส่วนที่ 2 วิถีชีวิตของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลแบบเชิงประเด็น (Thematic Analysis) ตามหลักการวิเคราะห์และตีความข้อมูลของ Glaser and Strauss (1967)¹¹ โดยผู้วิจัยอ่านข้อมูลดิบที่ได้จากการถอดเทปอย่างละเอียดจนเข้าใจและจัดกลุ่มข้อมูลตามประเด็นหลักๆ ใส่เป็นรหัส (Coding Data) หรือสาระโดยสรุปของแต่ละข้อความ และแยกแยะจัดกลุ่มข้อมูลรวมทั้งเชื่อมโยงข้อมูลกับแนวคิดต่างๆ เข้าด้วยกัน เพื่อหาแบบแผนความสัมพันธ์ของประเด็น (Theme) โดยการทบทวนอย่างเป็นระบบนี้ผู้วิจัยได้กำหนดประเด็น ที่ครอบคลุม 3 ประการ ได้แก่ 1) บริบทใหม่ทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตและสุขภาพ 2) ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค และ 3) ปัจจัยสนับสนุน ที่เกี่ยวข้องในการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มเสี่ยง จากประเด็นที่สำคัญเหล่านี้มีการกำหนดประเด็นย่อยเพื่อให้การเล่าประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักในการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในบริบทนั้นได้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประเด็นหลัก

1. บริบทใหม่ทางสังคม และสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตและวิถีสุขภาพประกอบด้วย

1.1 วิถีชีวิต บริบทของการดำเนินชีวิตในชุมชนเขตเมือง จะมีประชากรอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น

มีความเจริญทั้งด้านสาธารณูปโภค และอุปโภค ทำให้ประชาชนเข้าถึงแหล่งความพร้อมทางด้านสาธารณูปโภคได้มากขึ้นลักษณะของประชากรที่อาศัยอยู่ส่วนใหญ่เป็นประชากรแฝง สถานที่อยู่อาศัยมีทั้งบ้านตนเอง บ้านเช่า หอพัก ฯลฯ ครอบครัวส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมีสมาชิก 3-5 คน ประชากรกลุ่มใหญ่อยู่ในวัยกลางคน ประกอบอาชีพหลากหลาย ได้แก่ ค้าขาย รับจ้าง รับราชการ ส่วนใหญ่มีวิถีชีวิตที่รีบเร่ง มีบริโภคนิสัยที่เปลี่ยนจากการรับประทานอาหารครบสามมื้อ เป็นการรับประทานอาหารจานด่วนที่มีไขมันและพลังงานสูง หรืออาหารที่ปรุงสำเร็จที่สามารถหาซื้อได้อย่างสะดวก

“...หมู่บ้านของเราพัฒนาขึ้นมาก แต่ก่อนตลาดสดจะเป็นแหล่งซื้อของกินของใช้แต่สมัยนี้มีห้างมีร้านค้าสะดวกซื้อมากมายเข้ามาตั้งสาขาย่อย เราไม่ต้องเดินทางไปซื้อหาของใช้ของกินถึงในเมืองแถวบ้านเรามีหมด อยากกินอะไรก็ได้กิน มีขายตลอดวันตลอดคืน เซเว่น โลตัส บิ๊กซีเปิดตลอด 24 ชั่วโมง เข้าๆ ดึกๆ ทิวไรก็ได้กิน ยิ่งเวลาเร่งด่วนลูกเล็กเด็กแดงกินในเซเว่นกินง่ายๆ พวกขนมปัง นม อาหารไมโครเวฟ ก็สะดวกดี คนทำงานเป็นแวนหรือเป็นอยู่เป็นกะกินนอนไม่เป็นเวลาก็หากินสะดวก” (CML_01, ผู้ให้สัมภาษณ์, 25 กันยายน 2560)

“...คนแวนนี้ทำงานรับจ้าง ทำงานรับราชการบ้าง มีงานมีการทำกันเป็นส่วนใหญ่ เรื่องการเตรียมอาหารการกินส่วนใหญ่จะซื้อสำเร็จจากตลาดไปเลยไม่ค่อยมีเวลาทำเอง ซื้อสำเร็จจะสะดวกและรวดเร็วเวลาเงินเดือนออกก็ไปกินตามร้านอาหาร กินพวกหมูกระทะ ชาบู บุฟเฟต์ เรื่องที่ซื้อกินสมัยนี้หาสะดวกอาหารการกินอยากกินอะไรก็ได้กิน” (HDM_05, ผู้ให้สัมภาษณ์, 27 กันยายน 2560)

“...ส่วนใหญ่คนแวนนี้จะมาจากที่อื่นเพื่อมาเรียน มาทำงานกัน จะเป็นประชากรที่เข้าออกตลอดเวลา ชุมชนนี้รพ.สต. เราดูแลเวลาจะเก็บข้อมูลสุขภาพ

จะค่อนข้างยาก และความร่วมมือจะได้น้อย เค้ามายู่กันแบบชั่วคราวเรียนจบ เปลี่ยนงานก็ย้ายกันไป แถวนี่มีสถานศึกษา มีห้าง มีโรงเรียน เวลาเร่งด่วนตอนเช้ากับเลิกเรียนนี่รถติดสภาพอย่างที่เรเห็นๆกัน จากสภาพแบบนี้เราจะไม่ค่อยออกไปไหนเวลาจะกินอะไร เราจะใช้บริการของ ฟู้ดแพนด้าบ้าง แก๊ปบ้าง หรือทาสั่งให้เค้าเอามาส่งให้ อาหารที่สั่งก็จะง่ายๆเป็นอาหารจานเดียวข้าวผัดกะเพรา ข้าวมันไก่ ขาหมู ซะมากกว่า มันเร็วดี บางทีสั่งค่าไปอย่างก็มี ซาเขียวไข่มุก กาแฟเย็น มีเกือบทุกอย่าง ดูในแอปแล้วก็สั่ง”PH_01, ผู้ให้สัมภาษณ์ 2 ตุลาคม 2560)

“...ซื้อเค้ากินมันง่ายสะดวกดี ซื้อแกงในตลาดราคาข้าวไปเลยสบาย บางทีสั่งทางมือถือเค้ามีฟู้ดแพนด้ามาส่ง อันแบบสบายเร็วๆไว้ก่อน อยากกินอะไรก็สั่งให้เค้ามาส่งได้ทันใจ ง่ายๆสะดวก” (HDM_05, 27 กันยายน 2560)

“...สมัยนี้จะกินอะไรก็สั่งได้ดังใจ เราไม่ต้องขับไปหากินเองเค้ามี ฟู้ดแพนด้า แกร็บฟู้ด สั่งทางโทรศัพท์ เคี้ยวเค้าก็มาส่ง ไม่ต้องขับรถร้อนๆ รถติดหรือรอคิวนานๆ ” (HDM_06, 28 ตุลาคม 2560)

1.2 วิถีสุขภาพ ประชาชนส่วนใหญ่ใช้สิทธิ์บัตรทอง 30 และสิทธิ์ของประกันสังคมในการรักษาพยาบาล โดยจะเข้ารับบริการในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนตามสิทธิ์นั้นๆ เมื่อมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง บางส่วนเข้ารับการรักษาตามโรงพยาบาลเอกชนและคลินิก โดยผ่านการซื้อประกันสุขภาพจากบริษัทประกันชีวิตต่างๆ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของประชาชนจะได้รับจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุขและการประชาสัมพันธ์จากชุมชนที่อยู่อาศัย เมื่อได้รับข้อมูลแล้วมักไม่สนใจในข้อมูลนั้นๆ หรือไม่นำมาปฏิบัติตามให้เป็นประโยชน์ เนื่องจากประชาชนยังไม่มีอาการแสดงของโรคหรือไม่อยู่ในภาวะเจ็บป่วย หากมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐจะได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว

และจากภาครัฐตามสิทธิ์ของการรักษาพยาบาล หากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนจะใช้สิทธิ์จากการประกันชีวิตหรือสุขภาพเท่านั้น ดังตัวอย่างข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับด้านสุขภาพมีดังนี้

“...บ้านเราใช้สิทธิ์บัตรทอง ไปโรงพยาบาลพุทธมันสะดวกแต่ไปที่รพ.รังสีนะคนไม่เยอะดี เราอยู่ในเขตเมืองเค้าก็จะให้ไปโน่น ไปเจาะเลือดหรือตรวจเลือดก็ทำที่โน่น ถ้าหมอที่รพ”สต.ถามเราก็เอาข้อมูลนั้นให้เค้าดูไม่ต้องเจาะซ้ำ แต่ถ้าเจาะปลายนิ้วเราก็ให้เจาะนะ” (HDM_02, ผู้ให้สัมภาษณ์, 26 กันยายน 2560)

“...หนูไม่ค่อยป่วยนานๆป่วยที่ถึงจะไปคลินิกบ้าง ซื้อยากินเองบ้าง เจ็บหนักๆค่อยไปหาหมอที่โรงพยาบาล ใช้ประกันสังคมเป็นลูกจ้างเค้า เค้าทำให้หมดแต่ไม่ค่อยได้ใช้สิทธิ์หรอก มันไม่ป่วยไม่เป็นภัยก็ไม่ใช้คะ” (FDM_01, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 กันยายน 2560)

“...ที่บ้านใช้บัตรทองเจ็บป่วยเล็กน้อยไปหาหมอที่ รพ.สต.ใกล้ๆนี่แหละจ้า ก็เคยไปรพ.ไปทีรอนานเป็นวันๆเลย คนไข้ก็เยอะด้วย หมอที่นี่เค้าก็ดูแลเราได้รับยา ทำแผลได้เหมือนกัน ไปหาเค้าทีก็สอนแนะนำนั่นนี่ให้ อย่างเราเค้าก็บอกให้ระวังจะเป็นเบาหวานเอานะป้า ให้คุมอาหาร ออกกำลังกายเยอะๆ หมั่นเจาะเลือดด้วย ถ้าก็เคยไปเค้าก็ให้ อ.ส.ม.มาเจาะให้สบายดี สะดวก เดียวนี้ อ.ส.ม.เค้าเก่งๆกันทำแทนหมอได้ เค้าไปอบรมฝึกทำมา” (HDM_06, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 กันยายน 2560)

2. ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคที่เกี่ยวข้องในการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย

2.1 พฤติกรรมบริโภคไม่เหมาะสม ผู้ให้ข้อมูลหลักสะท้อนออกมาได้ตรงกันโดยสามารถแยกออกเป็นประเด็นย่อยๆ ได้แก่ การบริโภคอาหารหวาน เค็ม มัน วิธีการปรุงอาหาร ดังตัวอย่างข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลหลักดังนี้

“...เรื่องกิน เป็นหลัก กินข้าวเยอะ กินของหวานเยอะ ทางญาติแฟนเค้าชอบทำขนมหวานกินเอง เน้นหวาน มัน ใส่มะพร้าวมันมาก เอามาแบ่งให้กินรสชาติอร่อยมากเข้มข้นเลย” (HDM_01, 28 กันยายน 2560)

“...ส่วนใหญ่ซื้อเค้าเลย เป็นพวกแกงถุง แกงกะทิ ผัดอะไรมั้ง ไม่ค่อยมีเวลาทำกิน ตอนเย็นซื้อกินเป็นหลักเลย ลูกชายหามาเรตื้นก็ได้กินเลย ของโปรดเป็นพวกทอด ผัด” (HDM_02, 29 กันยายน 2560)

“...กินหวาน มัน กินเยอะ กินจุกกินจิก ไม่คุมอาหารให้ดีมันจะทำให้น้ำตาลขึ้นได้ มีอยู่ครั้งกินข้าวเหนียวแล้วจะน้ำตาลที่นี้มันขึ้นพรวดเลย 130 กว่าเราก็ตกใจปกติเราไม่เคยเกิน อสม.ถามกินรึมาไม่อดมาก่อนหรือ นึกได้ว่ากินข้าวเหนียวก่อนไปเจาะ เค้าเลยให้กลับไปอดก่อนแล้วมาเจาะใหม่ มันก็ปกติ” (HDM_04, 27 ตุลาคม 2560)

“...สมัยนี้เค้าชอบกินน้ำหวาน ชา กาแฟ กันนะในหมู่บ้านแถวข้างถนนมีไม่รู้จะกี่ร้าน คนก็ซื้อกินชาไข่มุก ชาเย็น ลูกสาวคนเล็กชอบจริงซื้อเข้าบ้านตลอด เวลาไปต่างจังหวัดก็แวะตามปั้มน้ำมันซื้อกินกันมันแก้ง่วงได้หรือ” (HDM_06, 28 ตุลาคม 2560)

“...อร่อยไม่อร่อยอยู่ที่เราปรุงรส ของเราก็ปรุงรสน้อยใส่น้ำตาล น้ำปลา น้ำส้มไปก็อร่อยแล้วชอบรสออกหวานๆเปรี้ยวๆ ก็จะไม่เน้นใส่น้ำตาลสักสามสี่ช้อน แล้วใส่น้ำส้มสองสามช้อน” (HDM_02, 29 ตุลาคม 2560)

“...เวลาทำกับข้าวก็จะเป็นพวกแกง ต้ม ผัดทอดปลาเกลือ แกงเขียว แกงบอน แกงส้ม แบบนี้แกงกะทิกี่ชอบนะสมัยก่อนบ้านมีต้นมะพร้าว มีกะทิแกงกันบ่อยตอนนี้ตัดทิ้งเค้ามาทำถนนเลยไม่มีมะพร้าว ซื้อเค้าก็ไม่หอมเหมือนอามาจากต้น” (HDM_04, 30 ตุลาคม 2560)

“...ส่วนใหญ่จะเป็นผัดๆทอดๆ ใส่น้ำมันเยอะๆ ไม่จิ้มน้ำตดกระทะแล้วก็ไม่หอม ผัดใส่หมูสาม

ชั้นจะไม่ใส่น้ำมันเยอะเดี๋ยวมันหนุออกมากอีก ลุงนี้ชอบกินเลย นึกี่ชอบกินสามชั้นมันนี่มดี” (HDM_07, 31 ตุลาคม 2560)

“...ใส่ซุรสไปนิดจ้าให้มันอร่อย ถ้าไม่ใส่เหมือนขาดอะไรไปรสชาติมันจะไม่ได้ตามที่ลิ้นเราต้องการ” (HDM_07, 2 พฤศจิกายน 2560)

2.2 พฤติกรรมการออกกำลังกายไม่เพียงพอ

ไม่มีระยะเวลาในการออกกำลังกายที่มีความต่อเนื่องต่อเนื่องกันนาน 30 นาที ความถี่ของการออกกำลังกายอย่างน้อย 3-5 วันต่อสัปดาห์ ไม่ได้ตามที่กำหนดในคนที่เพิ่งเริ่มออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายเพียง 3 วันต่อสัปดาห์ โดยกระบวนการของร่างกายจะมีการนำน้ำตาลไปใช้ในการเผาผลาญเป็นพลังงานได้ ซึ่งพบว่ากลุ่มเสี่ยงมักมีระยะเวลาที่ใช้ในการออกกำลังกายแตกต่างกันไปตั้งตัวอย่างข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับพฤติกรรมการออกกำลังกายมีรายละเอียดดังนี้

“...กวาดบ้านนิดๆหน่อยๆ ถอนหญ้าก็ทำไม่ได้เยอะปวดเมื่อยไปหมด ออกกำลังกายก็ไม่ทำ อดบ.มีแต่ไม่ไปก็เกียจ ไม่ค่อยไปไหนก็เกียจไปไม่ชอบไปบ้านใครขนาดบ้านใกล้ๆยังไม่ค่อยจะคุยกันเลยไม่เคยไปบ้านเค้าด้วยไม่ชอบ ที่อนามัยจัดให้เดินก็ไม่มาตอนเย็นรถเยอะขับรถลำบาก” (HDM_01, 29 กันยายน 2560)

“...เราแค่เดินแกว่งแขนไปมา เวลาขายของทำไปบ้าง 10 -20 นาที ได้ไหม” (HDM_06, 28 กันยายน 2560)

“...ไม่เคยไปออกกำลังกายกะเค้าหรือทำงานเสร็จก็เหนื่อยแล้วอยากพัก อยากเอนหลัง ตื่นตั้งแต่เช้าทำงานเดินเหินไปเรื่อยๆก็พอแล้วหมอ” (HDM_02, 6 ตุลาคม 2560)

“...ไปออกบ้าง ไม่ไปบ้าง อาทิตย์หนึ่งสักสองครั้งได้ ก็เกียจ อากาศมันร้อน เค้าชวนเหมือนกันแต่ก็เกียจไป” (HDM_05, 27 ตุลาคม 2560)

3. ปัจจัยสนับสนุนที่เกี่ยวข้องในการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2

แรงสนับสนุนทางสังคม ที่กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้นำชุมชน โดยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำนาจความสะดวกด้านสถานที่ในการออกกำลังกายพร้อมทั้งสนับสนุนอุปกรณ์ในการออกกำลังกาย

“...เราก็ไปเดินออกกำลังกายทุกวันวันละสองรอบสระ มีเครื่องออกกำลังกายให้ บางทีก็ไปใช้กับเค้าเดินเหนื่อยก็มาหมุนเอว อบต. เค้าจัดไว้ให้คนในชุมชนได้ออกกำลังกายกัน” (HDM_03, 26 กันยายน 2560)

“...บางทีในทีวีเค้าก็บอก ชุมชนมีเสียงตามสายบ้างช่วงไหนที่เค้าจะมาตรวจผู้ใหญ่.เค้าจะออกเสียงตามสาย” (HDM_04, 27 กันยายน 2560)

“...เราจะทราบก่อนเกือบแล้วเกือบเป็นหมอสั่งคุมอาหารกับออกกำลังกายให้เยอะๆ หมอเค้าใจดีนั่งคุยกันเกือบชั่วโมง คอยบอกอยู่นั้นแหละว่ากินอะไร ยังงัยถ้าเป็นเบาหวานแล้วมันแย่นะ เดี๋ยวตาจะบอด เป็นแผลหายช้ามัน ไตวายสารพัดโรคจะมา ตอนนี้อ้าเราป้องกันได้มันก็ดีกับตัวเราแล้ว” (HDM_05, 2 พฤศจิกายน 2560)

“...เนื่องจากเราแบ่งกลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่มีโรค กับกลุ่มเสี่ยงที่เป็นโรคความดัน แล้วเป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่เจาะ FBS แล้วขึ้นก็ยังไม่เป็นเบาหวานตามเกณฑ์ เวลาคนไข้ walk in เข้ามาจะคุยถึงปัญหาสุขภาพโดยใช้ไกดส์ไลน์ตาม 3 อ. 2 ส. ตามประเด็นอาหารเค้ายกอาหารอะไรที่ทำให้เป็นเบาหวานใหม่ เช่น แป้งกะทิแดงที่เจอบ่อย แล้วก็ข้าวอัดลม กาแฟ จะสกรีนเป็นประเด็นไป ในเรื่องของบุหรี สุรา เมื่อสกรีนแล้วจะดูปัญหาของคนไข้และดูว่าเค้าตระหนักไหม” (PH_02, 8 พฤศจิกายน 2560)

“...นโยบายเรื่องโรคเบาหวานจะรวมกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จะทำรวมกันไปเลย เบาหวาน ความดัน

ไขมัน จะมีประจำทุกปีแล้วแต่ช่วงไหนจะทำอะไร เช่น ให้ความรู้ จัดกิจกรรมออกกำลังกาย แบบนี้มากกว่ามีปีนี้นั้นการบริโภคอาหารหวาน งดมัน งดเค็ม ส่วนใหญ่กลุ่มเป้าหมายเป็นประชาชนทั่วไปด้วยเลย จะไม่เฉพาะแค่กลุ่มเสี่ยง”(CML_02, 9 พฤศจิกายน 2560)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้เห็นได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มเสี่ยงเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ได้แก่

1. บริบทใหม่ทางสังคม และสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตและวิถีสุขภาพ วิธีการดำเนินชีวิตและบริบทที่เปลี่ยนจากสังคมชนบทไปสู่สังคมเมืองมากขึ้นทำให้วิถีชีวิตและวิถีสุขภาพเปลี่ยนไป มีวิถีชีวิตที่เร่งรีบแข่งขัน ดิ้นรนเพื่อหารายได้มาเลี้ยงชีพตนเองและครอบครัว ทำให้ละเลยในการเลือกบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ อีกทั้งภายใต้ความเจริญทางสิ่งแวดล้อมในด้านอุตสาหกรรมร้านค้าสะดวกซื้อและการใช้บริการทางแอปพลิเคชันไลน์หรืออาหารเดลิเวอรี่ อาหารฟาสต์ฟู้ด อาหารจานด่วน อาหารสำเร็จรูป อาหารกึ่งสำเร็จรูปที่หาได้ง่าย สะดวก ไม่สิ้นเปลืองเวลาในการปรุง เป็นอาหารที่ไม่เน้นคุณค่าทางโภชนาการ มักเป็นอาหารประเภทผัดทอด ปิ้ง ย่าง อาหารประเภทเนื้อที่มีโปรตีนและไขมันสูง จัดเป็นอาหารที่ให้พลังงานมากขึ้น รวมทั้งเป็นอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงและมีรสหวานมากเกินไป การรับประทานผักและผลไม้ไม่เพียงพอ กลุ่มเสี่ยงมักจะมีการควบคุมอาหารที่รับประทานประจำหรืออาหารที่คุ้นเคย แต่อาหารที่ไม่ค่อยรับประทานจะไม่สามารถควบคุมได้ดี 12 จึงส่งผลกระทบต่อระดับน้ำตาลในเลือดและภาวะเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับผลวิจัยของ สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์ และอุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์¹³ ที่พบว่าพฤติกรรมการควบคุมอาหารมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลใน

เลือดโดยตัวแปรทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลที่มีนัยสำคัญคือ เพศ และระดับการศึกษา

2. ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่

พฤติกรรมการบริโภคไม่เหมาะสม จากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เปลี่ยนไปนิยมอาหารฟาสต์ฟู้ด อาหารสำเร็จรูป ขนมกรุบกรอบ เครื่องดื่มน้ำตาลสูง ชา กาแฟ และพฤติกรรมการปรุงอาหารด้วยวิธีการผัด การทอด และการปรุงอาหารโดยใช้เครื่องปรุงเพิ่มเติมได้แก่ น้ำตาลทราย น้ำปลา น้ำส้มสายชู เครื่องปรุงรสหากใส่เกินความพอดี เช่นการใส่น้ำตาลที่มีปริมาณมากกว่า 4 ช้อนชาต่อวันจะส่งผลทำให้ร่างกายได้รับน้ำตาลมากเกินไปปกติ และถ้าบริโภคระยะยาว จะส่งผลให้น้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นและเกิดการสะสมของน้ำตาลในเลือด (A1c)

พฤติกรรมการออกกำลังกายไม่เพียงพอ การออกกำลังกายที่ไม่ต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที จำนวน 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ จะทำให้กระบวนการในการเผาผลาญพลังงานไม่มีประสิทธิภาพ หากมีการบริโภคอาหารที่ให้พลังงานสูง ได้แก่ ข้าว แป้ง น้ำตาล ไขมัน ในปริมาณที่เกินความจำเป็นของร่างกายและมีการสะสมในร่างกายจำนวนมาก ไม่สามารถนำพลังงานไปใช้ได้ ส่งผลต่อการเกิดภาวะน้ำหนักตัวเกิน อาจเกิดความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือด ไขมันคลอเรสเตอรอล ดังนั้นพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกายจึงเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พรทิพย์ มาลาธรรม ปิยนันท์ พรหมคง และประคอง อินทรสมบัติ 14 ที่พบว่ากิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และงานวิจัยของ จิราพร ศรีพิบูลย์ บัณฑิต ทมาภรณ์ สุขสวัสดิ์ และธีรวิสา ลินาคม 15 ที่พบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหารและการออกกำลังกายโดยมีการกำกับตนเอง

ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดสะสมลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสนับสนุนที่เกี่ยวข้องในการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มเสี่ยงเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก โดยการได้รับแรงสนับสนุนจากชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือบุคลากรทางด้านสุขภาพในเรื่องการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกาย และการตรวจคัดกรองทำให้ประชาชนเกิดความอุ่นใจและรู้สึกถึงความสำคัญในการดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ วรณรชชี นวัฒนา และ ณิชานาฎ สอนักกดี 16 ที่พบว่าแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วยเบาหวานด้วยกัน และแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรด้านสาธารณสุข มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุป

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้พบว่าวิถีชีวิตของกลุ่มเสี่ยงเขตเมือง จะมีประชากรอาศัยอยู่อย่างหนาแน่นที่มีความเจริญทั้งด้านสาธารณูปโภค และอุปโภค ทำให้ประชาชน ส่วนใหญ่มีวิถีชีวิตที่รีบเร่ง บริโภคนิสัยที่เปลี่ยนจากการรับประทานอาหารที่ทำเอง รับประทานอาหารครบสามมื้อ เป็นการรับประทานอาหารจานด่วนที่มีไขมัน น้ำตาล ใส่เครื่องปรุงสำเร็จรูปและพลังงานสูง จึงส่งผลต่อวิถีสุขภาพในพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และจากการบริโภคที่ต่อเนื่องส่งผลให้มีโอกาสเกิดน้ำตาลในเลือดสูง และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) สูงตามมา นอกจากนี้วิถีชีวิตคนเขตเมืองที่เร่งรีบทำให้ไม่มีเวลาในการออก

กำลังกาย การเผาผลาญมีน้อยน้ำตาลจึงถูกเก็บสะสมในกระแสเลือด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล นำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางการพัฒนารูปแบบในการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มเสี่ยง และการให้ความรู้กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และครอบครัวของกลุ่มเสี่ยงในการป้องกันปัจจัยเสี่ยง เรื่องการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง และส่งเสริมการออกกำลังกาย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะวิถีชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควรศึกษาต่อยอดถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยวิจัยแบบผสมผสาน

REFERENCES

1. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas. (on line) 2017 [cited 2019/11/1]. Available from: <http://www.idf.org/diabetesatlas>.
2. Centers for Disease Control and Prevention: CDC, (on line) 2019; [cited 2019/11/22]. Available from: <http://gis.cdc.gov/grasp/diabetes/Diabetes Atlas>.
3. American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care 2014;37(1):81-90.
4. The National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases .Pre-Diabetes Facts and Statistics. (on line) 2019 [cited 2019/12/12]. Available from: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/health-statistics/diabetes-statistics>
5. Aekplakorn W, Chariyalertsak S, Kessomboon P, Assanangkornchai S, Taneepanichskul S, Putwatana P. Prevalence of Diabetes and Relationship with Socioeconomic Status in the Thai Population: National Health Examination Survey, 2004-2014. Journal of diabetes Research. 2018:1-7 (on line) [cited 2019 /11/ 22]. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/jdr/2018/1654530/>
6. Phitsanulok Provincial Health Office. HDC System. (on line) [cited 2019 /11/ 22]. Available from: <http://203.157.118.7/chronic/index.php>.
7. Centers for Disease Control and Prevention. Pre-Diabetes: Your Chance to Prevent Type 2 Diabetes. [cited 2019 /11/ 2]. Available from: <https://www.cdc.gov/diabetes/basics/prediaabetes.html>
8. Plegthikarnkid T. Community Context under the Semi-Urban, Semi-Rural Society. Journal of Fareastern University (2017); 9(1): 7-15.
9. Karoongamphan M., Suvaree S., Numfone N., Health Behaviors and Health Status of Workers: A Case Study of Workplaces in Sathorn District, Bangkok Metropolitan. Songklanagarind Journal of Nursing (2012); 32(3): 51-66. (in Thai)
10. Sikaow O., Namjuntra R., Trakulsithichok S. Factors Associated with Glycemic Control in Type 2 Diabetic Patients at Hua-Chiew Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses (2013); 14(3): 39-49. (in Thai)
11. Glaser, B.G & Strauss, A.L. The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research (1967). Chicago: Aldine Publishing Company.

12. Intharabut M., Muktabhant B. Perception and Practices of Dietary Control in Type 2 Diabetic Patients. Srinagarind Med J. (2007); 22(3), 283-290. (in Thai)
13. Tepsuriyanont, S., Chaichanawiro, U., Dietary Control Behavior among Controlled and Uncontrolled Plasma Glucose Level of Diabetic Patient. Journal of Nursing and Education, 2018;11(1):32-49.(in Thai)
14. Malatham P., Phromkong P., & Intarasombat P. Level Prediction Factor Blood Sugar of the Elderly with Type 2 Diabetes 2. Ramathibodi Hospital, 2010; 16 (2), 218-237. (in Thai)
15. Seepiboonbat J., Suksawan T., and Sinakom T., The Effect of Health behavior Modification Program on the Blood Glucose and HbA1c Level among Diabetic Patients Sawanpracharak Hospital. Journal of Nursing and Education, 2002;13(2). 47-59. (in Thai)
16. Chuenwattana W. & Sonphakdee N. Self-Care Behavior of Patients. Diabetes. Academic journal Pathum Thani University, 2014; 6 (3), 163-170.(in Thai)



รูปแบบการเรียนรู้และความต้องการในวิธีการสอน วิชาการพยาบาลสุขภาพผู้ใหญ่ของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Learning Styles and Teaching Methods in Adult Health Nursing Course of the 2nd Year Nursing Students at Khon Kaen University

มะลิวรรณ ศิลารัตน์* วาสนา รวยสูงเนิน* อัมพรพรรณ อีรานูตร**
ณิชาภัทร พุฒิกามิน*** อรทัย สืบกินร***
Maliwan Silarat* Wasana Ruisungnoen* Ampornpan Theeranut**
Nichapatr Phutthikhamin*** Orathai Sebkinorn***

Received : 23/4/63

Revised : 11/6/63

Accepted : 19/8/63

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการเรียนรู้และความต้องการในวิธีการสอนวิชาการพยาบาลสุขภาพผู้ใหญ่ของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 108 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยใช้ แบบประเมินรูปแบบการเรียนรู้ตามแนวคิดของ โรซแมนและกราล์ซา ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.81 และแนวคำถามกึ่งโครงสร้างสำหรับการสนทนากลุ่มกับผู้ให้ข้อมูล จำนวน 20 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีรูปแบบการเรียนรู้มากกว่าหนึ่งรูปแบบโดยมีรูปแบบการเรียนรู้แบบฟังพามากที่สุด (Mean = 3.63, S.D. = 0.36) รองลงมาคือ แบบร่วมมือ (Mean = 3.51, S.D. = 0.48) และแบบมีส่วนร่วม (Mean = 3.43, S.D. = 0.43) กลุ่มตัวอย่างที่มี GPA ตั้งแต่ 3.00 ขึ้นไปและกลุ่มที่มี GPA ต่ำกว่า 3.00 มีรูปแบบการเรียนรู้คล้ายคลึงกัน คือ แบบฟังพามาก แบบร่วมมือและแบบมีส่วนร่วมอย่างไร

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

* Assistant Professor, Adult Nursing Department, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

** Associate Professor, Adult Nursing Department, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

*** Lecturer, Adult Nursing Department, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

ก็ตาม กลุ่มตัวอย่างที่มี GPA ตั้งแต่ 3.00 ขึ้นไป มีรูปแบบการเรียนรู้แบบแข่งขันมากกว่ากลุ่มที่มี GPA ต่ำกว่า 3.00 ความต้องการในวิธีการสอนวิชาการพยาบาลสุขภาพผู้ใหญ่นี้มี 4 ประเด็นหลัก คือ 1) “เนื้อหาเน้นที่สำคัญ” คัดสรรเฉพาะเนื้อหาที่ต้องเน้นให้เข้าใจ 2) “ยืดหยุ่น เข้าใจ มีเทคนิคดึงดูด กระตุ้นให้คิด” ผู้สอนมีความยืดหยุ่น รับฟัง เข้าใจผู้เรียน มีเทคนิคดึงดูดใจและสร้างบรรยากาศการเรียนรู้เชิงบวก

3) “วิธีสอนหลากหลาย” การจัดสลับกลุ่มผู้เรียน จัดช่วงเวลาพอเหมาะและมีวิธีถ่ายทอดเนื้อหาผ่านวิธีการสอนที่หลากหลาย และ 4) “สื่อสรุป แจกก่อนเวลา ดู (ฟัง) เข้าใจ” สื่อแจกก่อนเข้าเรียน สื่อและเนื้อหาในเอกสารสอดคล้องกัน สามารถนำกลับมาทบทวน หรือฟังซ้ำได้ ดังนั้น การจัดการเรียนการสอนวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ควรตอบสนองต่อรูปแบบการเรียนรู้และความต้องการของผู้เรียนที่แตกต่างกัน

คำสำคัญ: รูปแบบการเรียนรู้ ความต้องการในวิธีการสอน นักศึกษาพยาบาล การพยาบาลผู้ใหญ่

ABSTRACT

The purpose of this descriptive research was to examine learning styles and preferred teaching method in an adult health nursing course of the 2nd year nursing students, Faculty of Nursing, Khon Kaen University. The subjects were 108 nursing students enrolled in an adult health nursing course. The questionnaire used for data collection was based on Grasha and Riechmann's learning style model and had an alpha coefficient of 0.8. Additionally, the semi-structured interview questions were used for focus group discussion with 20 key informants. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis technique.

The results revealed that most of the participants had more than one learning style, in which the dependent style was found most (Mean = 3.63, S.D.= 0.36). The collaborative (Mean = 3.51, S.D. = 0.48) and participatory styles (Mean = 3.43, S.D. = 0.43) were found to be the second and third most common learning styles among the students. The students with a GPA of 3.00 or higher and those with a lower GPA had similar learning styles, namely dependent, collaborative, and participatory styles. However, the students with GPA 3.00 or higher were found to have more competitive learning than those with the lower GPA. As for teaching methods for the course, the students preferred four approaches as follows: 1) "content-based instruction", in which teachers emphasize key contents of the subject; 2) "flexible, thoughtful, interesting and thought-provoking instruction", in which teachers used flexible, student-based, thoughtful, thought-provoking, and attractive teaching techniques; 3) "integrated teaching" in which teachers set up different groups, appropriately arrange the teaching time and employ a wide range of instructions; and 4) "provision of summarized teaching materials" in which teachers provide materials in advance and make them available on media for repeat use. In conclusion, this study supports that various teaching methods in adult health nursing course should be implemented in response to different students' learning styles and needs.

Keywords: Learning Styles, Teaching Method Needs, Nursing Students, Adult Nursing

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพัฒนาศักยภาพของผู้เรียนให้มีทักษะที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตในยุคศตวรรษที่ 21 เป็นหนึ่งในพันธกิจสำคัญของสถาบันการศึกษาทั่วโลก ระบบการศึกษาจึงต้องปรับกระบวนการใหม่เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนที่ส่งเสริมผู้เรียนให้สามารถปรับตัวทันต่อการเปลี่ยนแปลงแต่ละยุคสมัย¹ เข้าถึงการเรียนรู้ได้ตลอดเวลาในทุกสถานที่ รวมทั้งมีกระบวนการพัฒนาให้ผู้เรียนสามารถแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง² การจัดการเรียนการสอนจึงควรคำนึงถึงผู้เรียนเป็นสำคัญ (Student-Centered Learning) นอกจากนี้รูปแบบการเรียนการสอนที่นำมาใช้ยังต้องมีประสิทธิภาพ ทันสมัยและสอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐานการศึกษาของคณะกรรมการการอุดมศึกษา³ อย่างไรก็ตามผู้เรียนมีรูปแบบการเรียนรู้ที่ต่างกัน ดังนั้น การทำความเข้าใจรูปแบบการเรียนรู้ของผู้เรียนจะช่วยให้ผู้สอนออกแบบการจัดการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับรูปแบบการเรียนรู้และสนองความต้องการของผู้เรียนได้อย่างเหมาะสม

รูปแบบการเรียนรู้ (learning Style) เป็นวิธีการที่ผู้เรียนซึมซับเอาเนื้อหาความรู้ที่ได้รับการถ่ายทอดเพื่อจดจำ ทำความเข้าใจและนำไปประยุกต์ใช้ กราชา และไรซ์แมน (Grasha & Reichman)⁴ ได้จัดรูปแบบการเรียนรู้ของผู้เรียนเป็น 6 ลักษณะ ได้แก่ 1) แบบอิสระ (Independent) หมายถึง การที่ผู้เรียนชอบคิดและทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเองแต่รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น โดยจะตั้งใจเรียนในเนื้อหาที่รู้สึกว่ามีค่าและมั่นใจในความสามารถเรียนรู้ของตนเอง 2) แบบพึ่งพา (Dependent) หมายถึง การที่ผู้เรียนสนใจเรียนรู้เฉพาะสิ่งที่หลักสูตรกำหนดให้เรียน มักจะพึ่งพาผู้สอนและเพื่อน ไม่มีความคิดริเริ่มของตนเอง 3) แบบร่วมมือ (Collaborative) หมายถึง รูปแบบที่ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ดีด้วยการแสดงความคิดเห็น หรือใช้ความสามารถของกลุ่ม ให้ความร่วมมือในกิจกรรมการเรียนการสอน และชอบทำงาน

ร่วมกับผู้อื่นเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ 4) แบบหลีกเลี่ยง (Avoidance) เป็นรูปแบบที่ผู้เรียนมักไม่สนใจเนื้อหาวิชาที่เรียนในชั้นเรียน ไม่ชอบการมีกิจกรรมในชั้นเรียนเพราะคิดว่าการเรียนในชั้นเรียนไม่น่าสนใจ 5) แบบแข่งขัน (Competitive) เป็นรูปแบบที่ผู้เรียนพยายามเรียนรู้เพื่อให้เก่งกว่าเพื่อนร่วมชั้น คิดว่าต้องแข่งขันกับเพื่อนร่วมชั้นเพื่อให้ได้คะแนนสูงหรือค่าชมและ 6) แบบมีส่วนร่วม (Participatory) เป็นรูปแบบการเรียนรู้ที่ต้องการมีส่วนร่วมในชั้นเรียนเพื่อให้เกิดการเรียนรู้เนื้อหาวิชา จึงชอบการเข้าเรียนในชั้นเรียน^{2,4} เมื่อรูปแบบการเรียนรู้ของผู้เรียนมีหลายลักษณะดังกล่าวมาแล้ว การศึกษารูปแบบการเรียนรู้ของผู้เรียนจะช่วยให้ผู้สอนสามารถนำไปพัฒนาการจัดการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับความสนใจเพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงสุด⁵

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีรูปแบบการเรียนรู้แตกต่างกัน ส่วนใหญ่มีรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม รองลงมาคือแบบพึ่งพาและแบบร่วมมือ⁶ นักศึกษาชั้นปีที่ต่างกันจะมีรูปแบบการเรียนรู้แตกต่างกันและรูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษามีความสัมพันธ์กับระดับชั้นปีของนักศึกษา² อย่างไรก็ตามรูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาแต่ละคนแต่ละสถาบันมีความแตกต่างกัน การจัดการเรียนการสอนจึงควรสอดคล้องกับรูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่นได้จัดการเรียนการสอนวิชาการพยาบาลสุขภาพผู้ใหญ่ให้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 เป็นรายวิชาภาคทฤษฎีซึ่งเป็นองค์ความรู้สำคัญที่นักศึกษาจะนำไปประยุกต์ใช้ในการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยในรายวิชาปฏิบัติซึ่งจัดการเรียนการสอนควบคู่กันไป นอกจากนี้รายวิชานี้ใช้วิธีการสอนแบบบรรยาย (lecture) และวิเคราะห์กรณีศึกษา (Case Study) และบางหัวข้อได้เริ่มใช้วิธีการสอนแบบห้องเรียนกลับด้าน (Flipped Classroom) โดยมอบหมายให้นักศึกษาทำการศึกษาเนื้อหามาแล้วล่วงหน้าจาก

สื่อการสอน เช่น คลิปวิดีโอ สไลด์ เอกสารการสอน และแหล่งเรียนรู้อื่นๆ ก่อนเข้าเรียน และมีการทำกิจกรรมในชั้นเรียน อย่างไรก็ตามนักศึกษาสะท้อนผลการจัดการเรียนการสอนหลายประเด็น เช่น มีเนื้อหา มาก จำนวนชิ้นงานค่อนข้างมากและไม่ได้ศึกษาเนื้อหาล่วงหน้า ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมในชั้นเรียนได้อย่างเต็มศักยภาพ ซึ่งอาจเกิดจากการที่นักศึกษามีความสนใจ ความชอบและความถนัดในการใช้รูปแบบการเรียนรู้ที่แตกต่างกันจึงส่งผลต่อผลลัพธ์การเรียนรู้ที่แตกต่างกัน⁷ จากการพูดคุยกับนักศึกษพยาบาล ชั้นปีที่ 2 สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่ใช้อยู่อาจไม่สอดคล้องกับรูปแบบการเรียนรู้และความต้องการของนักศึกษา ดังนั้น ทีมวิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าวจึงได้ศึกษารูปแบบการเรียนรู้และความต้องการในวิธีการสอนวิชาการพยาบาลสุขภาพผู้ใหญ่ของนักศึกษพยาบาล ชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ออกแบบการจัดการเรียนการสอนในวิชาการพยาบาลสุขภาพผู้ใหญ่ให้สอดคล้องกับรูปแบบการเรียนรู้และความต้องการของนักศึกษาเพื่อส่งเสริมศักยภาพการเรียนรู้ของนักศึกษาและให้บรรลุตามผลลัพธ์การเรียนรู้ของรายวิชาการพยาบาลสุขภาพผู้ใหญ่ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบการเรียนรู้และความต้องการในวิธีการสอนวิชาการพยาบาลสุขภาพผู้ใหญ่ของนักศึกษพยาบาล ชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

คำถามการวิจัย

1. นักศึกษพยาบาล ชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มีรูปแบบการเรียนรู้เป็นอย่างไร

2. ความต้องการในวิธีการสอนวิชาการพยาบาลสุขภาพผู้ใหญ่ของนักศึกษาเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดรูปแบบการเรียนรู้ของกรรลัสซาและไรซ์แมน (Grasha & Reichman) ซึ่งเน้นการตอบสนองของผู้เรียน การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนและผู้สอนและระหว่างผู้เรียนด้วยกัน ปัจจัยเกี่ยวข้องกับรูปแบบการเรียนรู้มี 3 ปัจจัย คือทัศนคติของผู้เรียน ความคิดเห็นของผู้เรียนต่อผู้สอนและปฏิภิกิริยาของผู้เรียนต่อรูปแบบการสอนในชั้นเรียน^{2,4} การศึกษาครั้งนี้ รูปแบบการเรียนรู้คือ วิธีการหรือลักษณะพฤติกรรมการเรียนรู้ของนักศึกษพยาบาล ชั้นปีที่ 2 แบ่งเป็น 6 แบบ ได้แก่ 1) แบบอิสระ (Independent) 2) แบบพึ่งพา (Dependent) 3) แบบร่วมมือ (Collaborative) 4) แบบหลีกเลี่ยง (Avoidance) 5) แบบแข่งขัน (Competitive) และ 6) แบบมีส่วนร่วม (Participatory)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป รูปแบบการเรียนรู้ และความต้องการในวิธีการสอนวิชาการพยาบาลสุขภาพผู้ใหญ่ ทำการศึกษาระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษพยาบาล ชั้นปีที่ 2 ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่เรียนวิชาการพยาบาลสุขภาพผู้ใหญ่ จำนวน 116 คน การวิจัยนี้ศึกษาในประชากร จำนวน 116 คน มีเกณฑ์การคัดเลือก คือ ต้องเป็นนักศึกษาที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ได้นักศึกษาที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการจำนวน 108 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ได้มาจากการประกาศเชิญเข้าร่วมการศึกษาโดยสมัครใจ จำนวน 20 คน ซึ่งเป็นจำนวน

กลุ่มตัวอย่างที่มีความเหมาะสมเพียงพอในการทำ
สนทนากลุ่มเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก⁸

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย เครื่องมือที่ใช้ใน
การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ แบ่งเป็น 2 ส่วน
ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ
เพศ และเกรดเฉลี่ยสะสม (GPA)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินรูปแบบการเรียนรู้ ตาม
กรอบแนวคิดของกราส์ซาและไรซ์แมน⁴ โดยผู้วิจัยขอ
อนุญาตใช้แบบประเมินที่แปลเป็นภาษาไทย² เพื่อใช้
เก็บรวบรวมข้อมูล มีข้อความคำถามจำนวน 60 ข้อการ ให้
คะแนนเป็นแบบประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ
และให้ตอบตามความคิดเห็นคือ เห็นด้วยมากที่สุด
(5 คะแนน) เห็นด้วยมาก (4 คะแนน) เห็นด้วยปาน
กลาง (3 คะแนน) เห็นด้วยน้อย (2 คะแนน) และ
ไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) โดยแบ่งรูปแบบการเรียนรู้
เป็น 6 ลักษณะ ได้แก่ แบบอิสระ แบบพึ่งพา แบบ
ร่วมมือ แบบหลีกเลี่ยง แบบแข่งขัน และแบบมีส่วนร่วม
รวมซึ่งแต่ละรูปแบบมีคำถาม 10 ข้อ ได้แก่

1) แบบอิสระ ประกอบด้วยข้อที่ 1, 7, 13,
19, 25, 31, 37, 43, 49, 55 2) แบบพึ่งพา
ประกอบด้วยข้อที่ 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40,
46, 52, 58 3) แบบร่วมมือ ประกอบด้วยข้อที่ 3,
9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51, 57 4) แบบ
หลีกเลี่ยง ประกอบด้วยข้อที่ 2, 8, 14, 20, 26,
32, 38, 44, 50, 56 5) แบบแข่งขัน ประกอบด้วย
ข้อที่ 5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47, 53, 59
6) แบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วยข้อที่ 6, 12, 18,
24, 30, 36, 42, 48, 54, 60

เกณฑ์การพิจารณาคะแนนเฉลี่ยการตอบแบบ
ประเมินรูปแบบการเรียนรู้ได้กำหนดเป็น 3 ช่วงตาม
เกณฑ์ของเบสต์⁹ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.67-5.00 หมายความว่า นักศึกษา
มีรูปแบบการเรียนรู้ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.34-3.66 หมายความว่า นักศึกษา
มีรูปแบบการเรียนรู้ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายความว่า นักศึกษา
มีรูปแบบการเรียนรู้ในระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบ โดยการหาค่าความเชื่อมั่น (Reli-
ability) โดยนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับนักศึกษา
พยาบาลที่ไม่ได้เป็นกลุ่มเป้าหมายจำนวน 30 คน
และนำมาคำนวณโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของคร
อนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้รับความ
เชื่อมั่นของแบบประเมิน เท่ากับ 0.81

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยได้ผ่านความเห็นชอบในการยกเว้น
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะ กรรมการ
การวิจัย บริการวิชาการและการพัฒนานวัตกรรม
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่นเลขที่
CR-0262 ลงวันที่ 11 เมษายน 2562 ที่มวิจัยได้
ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยคำนึงถึงสิทธิของ
กลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน
การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล
และอธิบายสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือ
ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยซึ่งจะไม่ส่งผลกระทบต่อ
อย่างไรในฐานะนักศึกษา การแสดงความสมัครใจเข้า
ร่วมวิจัยโดยการลงชื่อในแบบยินยอมเข้าร่วมวิจัย
ก่อนขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม กลุ่ม
ตัวอย่างสำหรับการสนทนากลุ่ม จำนวน 20 คน ได้
มาจากการประกาศเชิญเข้าร่วมการศึกษาโดยสมัครใจ
ที่มวิจัยได้ทำการชี้แจงรายละเอียดการวิจัยและขอ
ความยินยอมแยกในภายหลังอีกครั้ง เพื่อให้โอกาส
อาสาสมัครตัดสินใจโดยไม่ถูกผูกมัดจากการตัดสินใจ
เข้าร่วมในครั้งแรก ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากอาสาสมัครจะ
ไม่มีข้อมูลที่ระบุถึงตัวบุคคลได้ ข้อมูลจะถูกเก็บเป็น
ความลับและนำเสนอเฉพาะข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ทีมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 108 คน ตอบแบบสอบถามความต้องการในวิธีการสอนวิชาการพยาบาลสุขภาพผู้ใหญ่โดยไม่ต้องระบุชื่อ มีข้อความคำถามปลายเปิดเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเขียนตอบ ได้แก่ การจัดการเรียนการสอนวิชาการพยาบาลสุขภาพผู้ใหญ่ว่าควรเป็นอย่างไร และมีคำถามย่อย เช่น ความต้องการด้านเนื้อหาในรายวิชา ระยะเวลาการสอน วิธีการสอน กิจกรรมการสอน สื่อการสอน และการประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของรายวิชา หลังจากนั้นทีมวิจัยได้นำข้อมูลที่ได้มาศึกษาประเด็นหลักเพื่อนำไปเป็นแนวทางในการสนทนากลุ่มเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเพิ่มเติม การสนทนากลุ่มในกลุ่มผู้ให้ข้อมูล จำนวน 20 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน เนื่องจากทีมวิจัยเป็นอาจารย์ประจำวิชา ดังนั้นจึงเชิญผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกที่มีประสบการณ์ในการสนทนากลุ่มที่ไม่มีส่วนร่วมในการสอนในขณะเป็นผู้ทำการนำสนทนากลุ่ม เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ

ข้อมูลเชิงปริมาณ ทีมวิจัยได้ดำเนินการและเก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ทีมวิจัยและผู้ช่วยวิจัยนัดหมายและเข้าพบนักศึกษา ชั้นปีที่ 2 เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย สิทธิในการเข้าร่วมวิจัย และวิธีการเก็บข้อมูลวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัยให้ลงชื่อในแบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยชี้แจงการตอบแบบสอบถามและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 40-50 นาที ซึ่งรวมถึงการตอบคำถามปลายเปิดที่จะนำไปสกัดประเด็นเพื่อการสนทนากลุ่ม

2. ทีมวิจัยและผู้ช่วยวิจัยชี้แจงรายละเอียดการสนทนากลุ่มแก่อาสาสมัครที่เข้าร่วมการศึกษา หลังจากอาสาสมัครลงชื่อในแบบยินยอมแล้วผู้นำสนทนากลุ่ม จำนวน 1 คน ทำการสนทนากลุ่มพร้อมกันบันทึกเทป โดยแบ่งกลุ่มสนทนา กลุ่มละ 10 คน ทำการสนทนากลุ่มในช่วงเช้าและบ่าย ใช้ระยะเวลาสนทนากลุ่มประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาทีต่อกลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลรูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 108 คน ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 88) มีอายุระหว่าง 19-22 ปี ค่าเฉลี่ยของอายุ 20.3 ± 0.6 ปี เกรดเฉลี่ยสะสม (GPA) ได้แบ่งค่าช่วงระหว่าง ตามประกาศข้อบังคับมหาวิทยาลัยขอนแก่น ว่าด้วยการให้เกียรตินิยม พ.ศ. 2562 ว่าเกียรตินิยมอันดับหนึ่งคือ ผู้ที่ได้ GPA ไม่ต่ำกว่า 3.60 และเกียรตินิยมอันดับสองคือ ผู้ที่ได้ GPA ไม่ต่ำกว่า 3.25 แต่ไม่เกิน 3.59 กลุ่มตัวอย่างมี GPA อยู่ระหว่าง 2.18-3.82 และค่าเฉลี่ยของ GPA 3.11 ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมี GPA 2.50-2.99 และ GPA 3.25-3.59 ในจำนวนที่เท่ากัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (108)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	95	88.0
ชาย	13	12.0
ค่าเฉลี่ยอายุ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	20.3	0.6
เกรดเฉลี่ยสะสม		
GPA < 2.50	1	0.9
GPA 2.50-2.99	36	33.3
GPA 3.00-3.24	32	29.6
GPA 3.25-3.59	36	33.3
GPA ≥ 3.60	3	2.8

ในภาพรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรูปแบบการเรียนรู้แบบพึ่งพา ค่าเฉลี่ย 3.63 (S.D. 0.36) รองลงมาคือ แบบร่วมมือ ค่าเฉลี่ย 3.51 (S.D. 0.48) แบบมีส่วนร่วม ค่าเฉลี่ย 3.43 (0.43) และรูปแบบการเรียนรู้ที่พบน้อยที่สุดคือ แบบแข่งขัน ค่าเฉลี่ย 2.99 (S.D. 0.65) และเมื่อพิจารณาตามระดับเกรดเฉลี่ยสะสม (GPA) พบว่ากลุ่มที่มี GPA 2.50-2.99, GPA 3.00-3.24, และ GPA 3.25-3.59 เรียนรู้ผ่านรูปแบบ การเรียนรู้แบบพึ่งพามากที่สุด และเรียนรู้ผ่านแบบแข่งขันน้อยที่สุด ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มี GPA > 3.60 เรียนรู้ผ่านรูปแบบการเรียนรู้แบบอิสระมากที่สุด และเรียนแบบหลีกเลี่ยงน้อยที่สุด สำหรับกลุ่ม

ตัวอย่างที่มี GPA < 2.50 เรียนรู้ผ่านรูปแบบการเรียนรู้แบบร่วมมือมากที่สุดและเรียนรู้ผ่านแบบแข่งขันน้อยที่สุด นอกจากนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มี GPA ตั้งแต่ 3.00 เป็นต้นไปและกลุ่มที่มี GPA ต่ำกว่า 3.00 ส่วนใหญ่มีรูปแบบการเรียนรู้ที่คล้ายคลึงกันคือ แบบพึ่งพา แบบร่วมมือและแบบมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นรูปแบบที่มีระดับการเรียนรู้ที่มาก อย่างไรก็ตาม ทั้ง 2 กลุ่ม มีการเรียนรู้ในระดับปานกลางโดยใช้รูปแบบหลีกเลี่ยง และแบบอิสระ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มี GPA ตั้งแต่ 3.00 เป็นต้นไปมีรูปแบบการเรียนรู้แบบแข่งขันมากกว่ากลุ่มที่มี GPA ต่ำกว่า 3.00 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับการเรียนรู้ของแต่ละรูปแบบการเรียนรู้ จำแนกตามระดับเกรดเฉลี่ยสะสม (GPA)

รูปแบบการเรียนรู้	ระดับการเรียนรู้						Mean	(S.D.)
	น้อย	(%)	ปานกลาง	(%)	มาก	(%)		
แบบพึ่งพา	0	(0.0)	51	(47.2)	57	(52.8)	3.63	(0.36)
GPA < 2.50	0	(0.0)	1	(100)	0	(0.0)	3.20	-
GPA 2.50–2.99	0	(0.0)	16	(44.4)	20	(55.6)	3.67	(0.39)
GPA 3.00–3.24	0	(0.0)	14	(43.7)	18	(56.2)	3.64	(0.36)
GPA 3.25–3.59	0	(0.0)	18	(50.0)	18	(50.0)	3.63	(0.33)
GPA > 3.60	0	(0.0)	2	(66.8)	1	(33.3)	3.33	(0.49)
แบบร่วมมือ	1	(1.0)	67	(62.0)	40	(37.0)	3.51	(0.48)
GPA < 2.50	0	(0.0)	1	(100)	0	(0.0)	3.60	-
GPA 2.50–2.99	1	(2.8)	18	(50.0)	17	(47.2)	3.61	(0.55)
GPA 3.00–3.24	0	(0.0)	17	(53.1)	15	(46.9)	3.56	(0.44)
GPA 3.25–3.59	0	(0.0)	28	(77.8)	8	(22.2)	3.40	(0.45)
GPA > 3.60	0	(0.0)	3	(100)	0	(0.0)	3.03	(0.32)
แบบมีส่วนร่วม	1	(0.9)	72	(66.7)	35	(32.4)	3.43	(0.43)
GPA < 2.50	0	(0.0)	1	(100)	0	(0.0)	3.00	-
GPA 2.50–2.99	0	(0.0)	21	(58.3)	15	(41.7)	3.51	(0.50)
GPA 3.00–3.24	0	(0.0)	22	(68.7)	10	(31.3)	3.43	(0.37)
GPA 3.25–3.59	0	(0.0)	27	(75.0)	9	(25.0)	3.40	(0.36)
GPA > 3.60	1	(33.3)	1	(33.3)	1	(33.3)	3.03	(0.75)
แบบอิสระ	0	(0.0)	82	(75.9)	26	(24.1)	3.41	(0.40)
GPA < 2.50	0	(0.0)	1	(100)	0	(0.0)	2.90	-
GPA 2.50–2.99	0	(0.0)	24	(66.7)	12	(33.3)	3.52	(0.39)
GPA 3.00–3.24	0	(0.0)	28	(87.5)	4	(12.5)	3.26	(0.33)
GPA 3.25–3.59	0	(0.0)	27	(75.0)	9	(25.0)	3.44	(0.40)
GPA > 3.60	0	(0.0)	2	(66.7)	1	(33.3)	3.57	(0.74)
แบบหลีกเลี่ยง	6	(5.5)	95	(88.0)	7	(6.5)	3.04	(0.39)
GPA < 2.50	0	(0.0)	1	(100)	0	(0.0)	2.50	-
GPA 2.50–2.99	4	(11.1)	29	(80.6)	3	(8.3)	3.02	(0.46)
GPA 3.00–3.24	0	(0.0)	30	(93.7)	2	(6.3)	3.13	(0.31)

ตารางที่ 2 (ต่อ)

รูปแบบการเรียนรู้	ระดับการเรียนรู้						Mean	(S.D.)
	น้อย	(%)	ปานกลาง	(%)	มาก	(%)		
GPA 3.25–3.59	2	(5.6)	32	(8.9)	2	(5.5)	3.02	(0.39)
GPA > 3.60	0	(0.0)	3	(100)	0	(0.0)	2.93	(0.21)
แบบแข่งขัน	20	(18.5)	72	(66.7)	16	(14.8)	2.99	(0.65)
GPA < 2.50	0	(0.0)	1	(100)	0	(0.0)	2.40	-
GPA 2.50–2.99	8	(22.2)	21	(58.3)	7	(19.4)	2.94	(0.75)
GPA 3.00–3.24	5	(15.6)	23	(71.9)	4	(12.5)	3.06	(0.60)
GPA 3.25–3.59	6	(16.7)	25	(69.4)	5	(13.9)	2.99	(0.58)
GPA > 3.60	1	(33.3)	2	(66.7)	0	(0.0)	2.97	(1.01)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เกี่ยวกับความต้องการในวิธีการสอนวิชาการพยาบาลสุขภาพผู้ใหญ่ที่ส่งเสริมการเรียนรู้ตามมุมมองของผู้ให้ข้อมูล มี 4 ประเด็นหลัก คือ 1) เนื้อหาเน้นที่สำคัญ 2) ยืดหยุ่น เข้าใจ มีเทคนิคดึงดูด กระตุ้นให้คิด 3) วิธีการสอนหลากหลาย และ 4) สื่อสรุป แจกก่อนเวลา ดู ฟังซ้ำได้ ดังนี้

1. “เนื้อหาเน้นที่สำคัญ” ซึ่งหมายถึงความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลต่อบัณฑิตด้านการบรรจุเนื้อหาของผู้สอนลงในแต่ละครั้งของการสอน การจัดการสอนโดยบรรจุเนื้อหาที่มากเกินไปในแต่ละครั้ง ทำให้ไม่เกิดประสิทธิภาพในการเรียนรู้ ดังนั้น ความต้องการของผู้ให้ข้อมูลคือ ต้องการให้ผู้สอนคัดสรรเฉพาะเนื้อหาที่สำคัญที่จะต้องเน้นให้เข้าใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพยาบาลและการจัดลำดับความสำคัญของการพยาบาล ควรมีความชัดเจน นำไปใช้ได้ดังตัวอย่างคำกล่าว

“...อาจารย์สอนเนื้อหาเยอะจนเกินไป ทำให้ยากต่อการเข้าใจ...เนื้อหาควรเอาเน้นๆ ที่สำคัญๆ และครอบคลุมวัตถุประสงค์” หญิง 20 ปี

“...เนื้อหาในหนังสือค่อนข้างจะเยอะมาก แต่ละบทเป็น ร้อย สองร้อยหน้า ซึ่งเยอะเกินไป เนื้อหาไม่ควรจะเยอะเกินไป อยากให้นั้นเนื้อหาที่สำคัญที่ต้องรู้...เรียงมาจากเรื่องง่ายไปหาเรื่องยาก เน้นการพยาบาล...ยกตัวอย่างการนำไปใช้จริงในทางปฏิบัติ” หญิง 19 ปี

“...ควรเป็นเนื้อหาที่ทันสมัย กระชับ เข้าใจง่าย เน้นเนื้อหาที่สำคัญ ครอบคลุม และนำไปใช้ในการทำงานได้จริงในอนาคต...” ชาย 21 ปี

“...เนื้อหาเยอะไม่เหมาะกับเวลา ทำให้สอนอย่างเร่งรีบ สอนไม่ทัน...อาจารย์สอนพยาธิสภาพของโรค ทำให้สอนการพยาบาลช่วงท้ายแค่นิดเดียว...ลำดับการพยาบาลที่สำคัญไม่ชัดเจน อยากให้สรุปเอาที่สำคัญ...” ชาย 21 ปี

2. “ยืดหยุ่น เข้าใจ มีเทคนิคดึงดูด กระตุ้นให้คิด” ซึ่งหมายถึง มุมมองของผู้ให้ข้อมูลต่อบัณฑิตด้านอาจารย์ผู้สอนที่จะเอื้อให้รูปแบบการเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่มีประสิทธิภาพต่อการเรียนรู้ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ด้านลักษณะส่วนบุคคล คือ มีบุคลิกภาพที่ยืดหยุ่น ยอมรับฟังและมีความเข้าใจนักศึกษา ซึ่งจะทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้สอนและผู้เรียน และด้านเทคนิคการสอน

คือการมีเทคนิคดึงดูดใจผู้เรียนในขณะที่สอนด้วยการสร้างบรรยากาศเรียนรู้เชิงบวก เช่น การกระตุ้นกระบวนการคิดวิเคราะห์ การยกตัวอย่างสถานการณ์จริง การถ่ายทอดเนื้อหาให้เข้าใจง่าย การเสริมแรงผู้เรียนด้วยวิธีต่างๆ ดังตัวอย่างคำกล่าว

“...อยากให้อาจารย์ใจดี ยืดหยุ่น ไม่กดดัน ยิ้มแย้มแจ่มใส พุดจาสุภาพ เข้าใจนักศึกษา รับฟัง และสร้างบรรยากาศในห้องเรียนให้สบายๆ ไม่เครียด...” หญิง 22 ปี

“...อยากให้อาจารย์และนักศึกษาพูดคุยกันอภิปรายแลกเปลี่ยนความเข้าใจเมื่อสอนเสร็จ... ฟังนักศึกษา ไม่ทำให้เบื่อ สอนเน้นเนื้อหาสำคัญ ให้กำลังใจนักศึกษา...” หญิง 20 ปี

“...อยากให้อาจารย์มีเทคนิคการสอนดึงดูดนักศึกษา น่าสนใจ... พูดตรงประเด็น กระชับจับใจความได้... ไม่ต้องเกริ่นมากเกินไป... กระตุ้นให้คุยโต้ตอบ สนุก ตลกบ้าง มีสาระบ้าง... เล่าประสบการณ์ที่เคยพบเจอที่จะทำให้ให้นักศึกษาเข้าใจเนื้อหามากขึ้น เป็นคน active ดึงดูดความสนใจนักศึกษา จะได้ไม่่วงขณะเรียน...” หญิง 20 ปี

“...อยากให้อาจารย์ให้กำลังใจ สร้างแรงบันดาลใจ และพูดกระตุ้นให้ศึกษาเกิดกระบวนการคิด เล่าสิ่งยากๆ ให้กลายเป็นเรื่องง่าย ยกตัวอย่างให้เห็นชัด...” หญิง 19 ปี

3. “วิธีการสอนหลากหลาย” ซึ่งหมายถึงมุมมองของผู้ให้ข้อมูลต่อบัจจัยด้านวิธีการที่ผู้สอนนำมาใช้ในการจัดการเรียนการสอนที่จะส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ที่เหมาะสมในรายวิชา ซึ่งความหลากหลายในที่นี้ยังหมายถึงการจัดกลุ่มผู้เรียน การจัดช่วงเวลาในการเรียน และวิธีการถ่ายทอดเนื้อหาความรู้ผ่านวิธีการต่างๆ เช่น การสอนบรรยายในเนื้อหาที่สำคัญ การยกตัวอย่างเชื่อมโยงกับประสบการณ์ เกมส์ตอบคำถาม การให้ดูวิดีโอก่อนเข้าเรียน การทดสอบก่อน

เรียน การทำกิจกรรมให้เสร็จในคาบเรียน การทิวก่อนสอบ และแบ่งสอบ ดังตัวอย่างคำกล่าว

“...แบ่งสอนครั้งละชั่วโมงครึ่งจะได้ไม่เหนื่อยล้า เริ่มเรียน 9 โมง หรือช่วงบ่าย ถ้าสอน 2 ชั่วโมง ให้มีช่วงเวลาพักระหว่างเรียน ใช้วิธีสอนหลายแบบ บรรยายบ้าง เล่นเกมบ้าง ถ้าจะฟลิปคลาสมุม ควรทำหัวข้อใหญ่ๆ เช่น หัวใจ มะเร็ง...อยากให้มิดิวก่อนสอบ ทำเป็น live สดก็ได้ หรือเพื่อนมาติวด้วยกัน เพราะเนื้อหาค่อนข้างเยอะ อ่านเองไม่ทัน จำไม่ค่อยได้...” หญิง 20 ปี

“...ควรมีกิจกรรมหลายแบบ จะได้เข้าใจมากขึ้น และไม่่วง... สอนบรรยายในส่วนที่สำคัญเป็นหลัก แทรกกิจกรรมแลกเปลี่ยนความเห็น ตอบคำถาม อภิปรายกรณีศึกษา อาจเป็น Pretest Posttest แต่กิจกรรมไม่ควรมีมากเกินไป อยากทำกิจกรรมให้เสร็จในช่วงเวลาเรียนเลยเพราะเรียนหลายวิชา ทำงานไม่ทัน และอยากให้มีสรุปเนื้อหาหลังสอนเสร็จ...” ชาย 21 ปี

“...เก็บคะแนนในช่วงเรียนอาจเป็น pretest posttest หรือกิจกรรมกลุ่ม อยากให้แบ่งสอบเพราะเนื้อหาเยอะ อ่านไม่ทันและทำข้อสอบไม่ได้...” หญิง 22 ปี

อย่างไรก็ตามผู้ให้ข้อมูลบางส่วนให้ข้อมูลแตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในแง่ของวิธีการจัดการเรียนการสอนที่คิดว่าเหมาะสมคือ ควรมีกิจกรรมน้อยๆ เพราะการมีกิจกรรมมากในชั้นเรียนจะทำให้ได้เนื้อหาไม่ครบถ้วน นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างกลุ่มได้แสดงความคิดเห็นในเชิงปฏิเสธต่อการจัดกิจกรรมกลุ่มในการเรียนการสอน ดังตัวอย่างคำกล่าว

“...ไม่ควรมีกิจกรรมในห้องเรียน เช่น เล่นเกมส์ เพราะทำให้เสียเวลา เรียนเนื้อหาไม่ครบ และหากนักศึกษามีเหตุผลจำเป็นไม่ได้เข้าเรียนทำให้เสียคะแนนตรงนี้ไป... Case Study (กรณีศึกษา) ควรจัดกลุ่ม 2-3 คนเพราะบางคนไม่ช่วยทำงาน...” หญิง 20 ปี

“...บางกิจกรรมในชั้นเรียนรู้สึกว่าไม่ได้ช่วยให้
เข้าใจมากขึ้นเลย...ไม่ควรทำกิจกรรมกลุ่มทั้งในและ
นอกห้องเรียน เคส (งาน) กลุ่มทำให้รู้สึกเครียด...”
หญิง 21 ปี

4. “สื่อสรุป แจกก่อนเวลา ดู (ฟัง) เข้าใจได้”

ซึ่งหมายถึง มุมมองของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลต่อบัณฑิตด้าน
การจัดทำหรือเลือกใช้สื่อการสอนรูปแบบต่างๆ ของ
ผู้สอนที่เอื้อต่อการเรียนรู้ในรายวิชา โดยกลุ่มตัวอย่าง
ให้ข้อมูลที่แสดงว่า การจัดทำสื่อให้ผู้เรียนก่อนเข้า
เรียน สื่อและเนื้อหาในเอกสารควรมีความสอดคล้อง
กันและเน้นเฉพาะประเด็นที่สำคัญและสามารถนำ
กลับมาทบทวนหรือฟังซ้ำได้ จะเป็นปัจจัยส่งเสริมการ
เรียนรู้ที่ดี ดังตัวอย่างคำกล่าว

“...สื่อ Powerpoint น่าสนใจ เน้นเนื้อหาสำคัญ
แบบสรุปๆ ไม่ควรเกิน 30 สไลด์ต่อหัวข้อ พื้นหลังไม่
ใช้สีเข้ม ควรให้สไลด์แบบไฟล์ไม่ต้องสแกนคิวอาร์โค้ด
แจก Powerpoint ก่อนเวลาเรียนอย่างน้อย 1 วัน และ
เอกสารการสอนกับ Powerpoint ควรมีเนื้อหาตรง
กัน...” หญิง 20 ปี

“...ควรมีการบันทึกวิดีโอขณะอาจารย์สอนหรือ
มีการจัดทำคลิปแชร์ลงภายในกลุ่ม จะได้ฟังซ้ำตอนจะ
สอบ ในแง่ของเนื้อหาที่มีและเนื้อหาที่ควรรู้ อยากให้
มีวิดีโอที่เป็นกรณีศึกษามาให้ดูถ้าเป็นโรคนี้จะมีอาการ
แบบนี้เพื่อให้นักศึกษาเข้าใจและเห็นภาพมากขึ้น...”
หญิง 21 ปี

“สื่อการสอนรูปแบบ Powerpoint เหมาะสมกับ
เวลาและเนื้อหา แต่อาจเพิ่ม Video และรูปภาพมาก
ขึ้น...การโพสต์ Powerpoint ให้นักศึกษาก่อนเรียนมี
ส่วนช่วยให้นักศึกษาสนใจมากขึ้น...เอกสารประกอบการ
สอนต้องเข้าใจง่าย...มีคลิปสอนสามารถกลับมาดู
ได้หลายครั้ง” หญิง 20 ปี

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับ
วิธีการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาล
สุขภาพผู้ใหญ่ ที่ผู้ให้ข้อมูลคิดว่าช่วยส่งเสริมการเรียนรู้

สะท้อนมุมมองของผู้ให้ข้อมูลในแง่ปัจจัยที่ควรนำมา
พิจารณาในการจัดรูปแบบการเรียนการสอนที่สำคัญ
4 ด้าน คือ เนื้อหาที่นำมาบรรจุ ลักษณะผู้สอนทั้ง
ลักษณะส่วนบุคคลและเทคนิคการสอน วิธีการสอน
และสื่อการสอน เป็นต้น

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่านักศึกษาพยาบาล
ชั้นปีที่ 2 มีรูปแบบการเรียนรู้แตกต่างกัน โดยมีรูปแบบ
การเรียนรู้แบบฟังพามากที่สุด รองลงมาคือ แบบ
ร่วมมือ แบบมีส่วนร่วมและแบบอิสระ สอดคล้องกับ
การศึกษาที่ผ่านมา⁷ ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาล
ส่วนใหญ่ใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบฟังพามากที่สุด
อาจเนื่องจากความเฉพาะของหลักสูตรพยาบาล
ศาสตรบัณฑิตที่จัดการเรียนการสอนทั้งภาค ทฤษฎี
และภาคปฏิบัติ ภาคทฤษฎีได้จัดการเรียนการสอนใน
ห้องเรียนเป็นส่วนใหญ่ บางวิชาจะมีการแบ่งกลุ่มย่อย
เพื่อวิเคราะห์กรณีศึกษาจำนวน 10-12 คนต่อกลุ่ม
โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาคอยให้ข้อเสนอแนะอย่างใกล้ชิด
แต่จากข้อมูลเชิงคุณภาพสะท้อนให้เห็นว่านักศึกษายัง
ขาดความมั่นใจในการวิเคราะห์กรณีศึกษา เนื่องจาก
เป็นข้อความรู้ใหม่และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยยังมี
ไม่มาก จึงอาจนึกภาพไม่ออกและยังไม่เข้าใจกรณี
ศึกษามากนัก ทำให้ไม่สามารถเชื่อมโยงความรู้ต่างๆ
ได้ อาจเป็นเหตุผลที่ทำให้นักศึกษาส่วนใหญ่ใช้รูปแบบ
การเรียนรู้แบบฟังพามาก นอกจากนี้นักศึกษา
พยาบาล ชั้นปีที่ 2 จะเริ่มฝึกปฏิบัติการพยาบาล โดย
ฝึกในห้องปฏิบัติการพยาบาลและขึ้นฝึกปฏิบัติบนหอ
ผู้ป่วย มีอาจารย์ 1 คนต่อนักศึกษา 7-8 คน คอย
ดูแลและสอนทักษะการปฏิบัติอย่างใกล้ชิด เนื่องจาก
เป็นชั้นปีที่เริ่มต้นการฝึกปฏิบัติเป็นครั้งแรก เป็น
ประสบการณ์ใหม่ที่ยังไม่คุ้นชิน และยิ่งขาดความ
มั่นใจในการปฏิบัติ อาจเป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้
นักศึกษารู้สึกว่าต้องฟังพอาจารย์ผู้สอน และฟังพ

พยาบาลบนหอผู้ป่วย ในการเรียนรู้ภาคปฏิบัติ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 จึงใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบพึ่งพาเป็นส่วนใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{7,10} ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีรูปแบบการเรียนรู้แบบพึ่งพามากที่สุด อย่างไรก็ตามผลการศึกษาค้างนี้มีความแตกต่างจากบางการศึกษา² ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 มีรูปแบบการเรียนรู้แบบร่วมมือมากที่สุด อาจเนื่องจากรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่แตกต่างกันของแต่ละสถาบันการศึกษา การสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีส่วนร่วมในกิจกรรมการสอนอย่างต่อเนื่อง เช่น สอนในรูปแบบ Problem Based Learning สัมมนาและอภิปรายกลุ่มย่อยต่างๆ จะทำให้นักศึกษาค้นชินกับการจัดการเรียนการสอนแบบร่วมมือซึ่งอาจเป็นเหตุผลที่ทำให้ นักศึกษาส่วนใหญ่ใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบร่วมมือมากกว่าแบบพึ่งพา

นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 มีรูปแบบการเรียนรู้มากกว่าหนึ่งรูปแบบ โดยมีรูปแบบการเรียนรู้แบบร่วมมือเป็นลำดับ 2 รองจากการเรียนรู้แบบพึ่งพา อาจเนื่องจากหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ได้ส่งเสริมให้นักศึกษามีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้ เช่น แบ่งกลุ่มย่อยวิเคราะห์กรณีศึกษา หรือการอภิปรายในชั้นเรียนซึ่งทำให้นักศึกษาเรียนรู้จากการแสดงความคิดเห็น ร่วมมือทำงานกับกลุ่มเพื่อน และร่วมมือกับอาจารย์ในการทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{7,10} และนักศึกษาพยาบาลใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นลำดับ 3 อาจเนื่องจากหลักสูตรฯ ได้มุ่งเน้นให้นักศึกษาเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการจัดการเรียนการสอน เช่น การอภิปราย การนำเสนอกรณีศึกษา ทำให้นักศึกษาเรียนรู้จากการมีส่วนร่วมของกิจกรรมในชั้นเรียนซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁷ นอกจากนี้ นักศึกษาใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบอิสระมาเป็นลำดับ 4 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{2,7} ที่พบว่านักศึกษามีรูปแบบ

การเรียนรู้แบบอิสระเป็นลำดับ 4 รองจากรูปแบบร่วมมือ พึ่งพาและหลีกเลี่ยง อาจเนื่องจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและธรรมชาติของนักศึกษาที่อยู่ในช่วงวัยรุ่น กลุ่มเจนเนอเรชันวาย (Generation y) ที่เป็นตัวของตัวเอง มีความมั่นใจและคุ้นชินกับเทคโนโลยี สามารถใช้คอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีต่างๆ อย่างคล่องแคล่ว¹¹ นักศึกษาพยาบาลจึงแสวงหาความรู้จากแหล่งต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ทำให้นักศึกษามีความเชื่อมั่นในตัวเองมากขึ้น กล้าคิด กล้าตัดสินใจซึ่งอาจส่งผลให้นักศึกษามีรูปแบบการเรียนรู้แบบอิสระร่วมด้วย

จากข้อมูลการวิเคราะห์ พบว่า นักศึกษากลุ่มที่มี GPA ตั้งแต่ 3.00 เป็นต้นไป และกลุ่มที่มี GPA ต่ำกว่า 3.00 มีรูปแบบการเรียนรู้ที่ใกล้เคียงกันคือแบบพึ่งพา แบบร่วมมือและแบบมีส่วนร่วม สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา¹² อาจเนื่องจากรูปแบบตัวอย่างมีเฉพาะนักศึกษาชั้นปีเดียวกันซึ่งได้รับการจัดการเรียนการสอนลักษณะเดียวกันซึ่งส่งผลต่อรูปแบบการเรียนรู้ที่คล้ายคลึงกันของนักศึกษาที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่างกัน อย่างไรก็ตามผลการศึกษามีความแตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมา¹³ ที่พบว่า รูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนแตกต่างกันจะมีรูปแบบการเรียนรู้ที่ต่างกัน เนื่องจากการศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างนักศึกษาในแต่ละชั้นปีซึ่งมีความแตกต่างของรูปแบบการเรียนรู้และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน นอกจากนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มี GPA ตั้งแต่ 3.00 เป็นต้นไปมีรูปแบบการเรียนรู้แบบแข่งขันมากกว่ากลุ่มที่มี GPA ต่ำกว่า 3.00 สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ารูปแบบการเรียนรู้แบบแข่งขันมีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล⁷

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า ผู้เรียนสะท้อนมุมมองความต้องการในวิธีการสอนวิชาการ

พยาบาลสุขภาพผู้ใหญ่มากได้ 4 ประเด็นหลักคือ ด้านเนื้อหาที่นำมาบรรจุ ด้านลักษณะผู้สอนทั้ง ลักษณะส่วนบุคคลและเทคนิคการสอน ด้านวิธีการสอนและด้านสื่อการสอนโดยมีความสอดคล้องกับรูปแบบการเรียนรู้ของผู้เรียนเป็นส่วนใหญ่คือ รูปแบบการเรียนรู้แบบฟังพาดซึ่งเป็นลักษณะของผู้เรียนที่จะเรียนรู้เฉพาะสิ่งที่กำหนดให้เรียน ต้องการให้ผู้สอนจัดเตรียมเนื้อหาและสรุปเนื้อหาที่สำคัญ กลุ่มนี้จึงชอบที่จะฟังพาดอาจารย์เป็นแหล่งความรู้^{2,4} ส่วนผู้เรียนที่มีรูปแบบเรียนรู้แบบอิสระจะต้องการให้ผู้สอนสรุปและเน้นประเด็นสำคัญ กระชับ ใช้เวลาไม่นานมากเกินไป อย่างไรก็ตามผู้เรียนซึ่งเป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 จะมีการปรับตัวกับการเรียนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติควบคู่กันไป จึงต้องการให้ผู้สอนสรุปเนื้อหาที่สำคัญเพื่อลดระยะเวลาในการทบทวนความรู้ที่จะนำไปใช้ในการฝึกปฏิบัติ

ด้านอาจารย์ผู้สอนก็มีอิทธิพลอย่างมากกับทัศนคติและความสนใจเรียนรู้ของผู้เรียน การมีสัมพันธภาพที่ดี บุคลิกภาพที่ีดีหุ่่น เข้าใจนักศึกษาและมีเทคนิคดึงดูดในการสอน จะทำให้สร้างบรรยากาศ การเรียนรู้ที่ดี ผู้เรียนมีทัศนคติที่ดี รู้สึกผ่อนคลาย และเกิดการเรียนรู้ได้ดี ดังนั้นผลการศึกษาสอดคล้องกับกรอบแนวคิดรูปแบบการเรียนรู้ของกราสชาและไรช์แมน (Grasha & Reichman) ที่กล่าวว่าทัศนคติของผู้เรียนและความคิดเห็นของผู้เรียนต่อผู้สอนมีความเกี่ยวข้องกับรูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษา^{2,4} นอกจากนี้นักศึกษาในกลุ่มเจเนอเรชันวายสามารถใช้เทคโนโลยีต่างๆ ค้นคว้าความรู้ได้อย่างคล่องแคล่ว¹¹ จึงต้องการให้ผู้สอนสอนเลือกแหล่งความรู้ที่น่าเชื่อถือ นำความรู้มาย่อยและทำให้ตลกเพื่อส่งเสริมการฝึกคิดวิเคราะห์ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{14,15} ที่พบว่า ผู้สอนเป็นกุญแจสำคัญที่จะช่วยให้นักศึกษามีวินัย กระตือรือร้นและสัมพันธภาพที่ดีจะช่วยสร้างแรงจูงใจในการเรียน

รู้มากขึ้น ส่วนปฏิกิริยาของผู้เรียนต่อรูปแบบการสอนในชั้นเรียนก็เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการเรียนรู้ของผู้เรียน^{2,4} กล่าวคือ รูปแบบการสอนที่สอดคล้องกับรูปแบบการเรียนรู้ของผู้เรียนจะทำให้ผู้เรียนมีปฏิกิริยาที่ดีต่อการเรียนรู้ สนใจและเกิดการเรียนรู้ได้ดี และจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า ผู้เรียนต้องการรูปแบบการสอนที่ใช้วิธีสอนหลากหลาย เช่น การบรรยาย การยกตัวอย่างเชื่อมโยงกับประสบการณ์ เกมส์ตอบคำถาม การให้ดูวิดีโอก่อนเข้าเรียน เป็นต้น จึงอาจสรุปได้ว่า รูปแบบการสอนที่ใช้วิธีสอนที่หลากหลายจะสามารถตอบสนองความต้องการของผู้เรียนที่มีรูปแบบการเรียนรู้ที่ต่างกันได้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่ดี มีความรู้ความเข้าใจ รวมถึงวิธีการสอนที่ส่งเสริมการคิดวิเคราะห์ และการเชื่อมโยงความรู้จากประสบการณ์ของผู้สอน¹⁶ อย่างไรก็ตาม มีผู้เรียนส่วนหนึ่งไม่ชอบการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนในห้องเรียนที่มากเกินไป อาจเนื่องจากผู้เรียนกลุ่มนี้ใช้การเรียนรู้แบบอิสระมีความเป็นส่วนตัว และเชื่อมั่นว่าสามารถศึกษาค้นคว้าความรู้ด้วยตนเองได้ นอกจากนี้ ผู้เรียนต้องการการสรุปและเน้นเนื้อหาสำคัญ สื่อการสอนที่สามารถนำกลับมาดูซ้ำจะช่วยให้ผู้เรียนสามารถลดระยะเวลาในการทบทวนเนื้อหาด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา¹³ ที่พบว่าสื่อการสอนที่ดีจะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่ดี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้และการทำวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. จากผลการศึกษาพบว่า ผู้เรียนมีรูปแบบการเรียนรู้แบบฟังพาด แบบร่วมมือ และแบบอิสระในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน การจัดการเรียนการสอนควรตอบสนองต่อรูปแบบการเรียนรู้ทั้ง 3 รูปแบบใน

สัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ได้แก่ การบรรยายสรุปเนื้อหาที่สำคัญ การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม และการมอบหมายให้ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง

2. อาจารย์ผู้สอนนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณลักษณะที่เอื้อต่อการเรียนรู้ พัฒนาเอกสารการสอนให้มีเนื้อหาสรุปเน้นที่สำคัญ และผลิตสื่อการสอนที่สอดคล้องกับรูปแบบการเรียนรู้ของผู้เรียน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาในระยะยาวเพื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะของผู้เรียน รูปแบบการเรียนรู้ และความต้องการการเรียนรู้ที่เปลี่ยนแปลงไปตามการจัดการเรียนการสอนแต่ละชั้นปี และศึกษาในรายวิชาอื่นๆ ที่อาจเป็นประเด็นสำคัญต่อการจัดการเรียนรู้และการพัฒนานักศึกษาพยาบาลต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ที่มผู้วิจัยขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่ให้ทุนสนับสนุนสำหรับการวิจัยครั้งนี้

REFERENCES

1. Wangsrikoon A, Thai Studies in the 21st Century: Productivity and Development Guidelines. Humanities and Social Sciences Journal of Graduate School, Pibulsongkram Rajabhat University, 2014; 8(1): 1-17. (in Thai)
2. Visudtibhan PJ, Disornatiwat P, Learning Style Preferences of Nursing Students at Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University. Nursing Journal of the Ministry of Public Health, 2015; 25(1): 70-82. (in Thai)
3. Bureau of Higher education standards and evaluation, Office of the Higher Education Commission, Ministry of Education, Tertiary Curriculum Standards 2015 and Relevant Standards. Bangkok: Wongsawang Publishing & Printing; 2017. (in Thai)
4. Grasha A, Reichman S, Workshop Handout on Learning styles. Cincinnati, Ohio: Faculty Resource, University of Cincinnati; 1975.
5. Shinnick MA, Woo MA, Learning Style Impact on Knowledge Gains in Human Patientsimulation. Nurse Educ Today, 2015; 35(1): 63-7.
6. Keeratiyutawong P, Mahakaynun S, Boonnate N, Angkaprasatchai W, Learning Styles of Undergraduate Nursing Students of Burapha University. Rama Nurs J, 2014; 21(3): 382-394. (in Thai)
7. Kimsungnoun N, Pethtang S, Yantaporn C, Learning Style and Academic Achievement of Undergraduate Nursing Students of Rangsit University. APHEIT journal, 2018; 24(1): 5-14. (in Thai)
8. Srisatidnarakul B, The Methodology in Nursing Research, 4theds, Bangkok: You & I Media; 2007. (in Thai)
9. Best JW. Research in Education, 4theds, New Jersey: Prentice Hall, 1981.
10. Prachasai T, Suriyanimitsuk T, Rungrukrian B, Alternative: Learning Styles of Nursing Students Boromarajonani College of Nursing, Chon Buri. Chon Buri: Nursing Faculty, Rungsit University; 2007. (in Thai)
11. Tainchaiyapurk P. The Role of Teacher with Students: Gen Y. Journal of MCU Social Development, 2016; 1(1). 92-107.

12. Champeeruang S, Khontha J, Jamfa W, Relationships among Personal Factors, Learning Styles and Academic Achievement of Undergraduated Nursing Students. *Journal of Health Science Research*, 2010; 4(2): 21-28. (in Thai)
13. Wongrattanarak W, Chittayanunt K. The Learning Styles of Bachelor Program Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing, Chakiraj. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima*, 2013; 19(2): 60-72. (in Thai)
14. Chidmongkol R, Boribal P, Factors Affecting Achievement Motivation of Nursing Students at the Boromarajonani College of Nursing, Udonthani. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 2013; 22(1): 98-108. (in Thai)
15. Setsuwan A, Srithailuan A, Relationship Between Nursing Faculty Enviroments and Self-Directed Learning Readiness of Nursing Students, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University. *Kuakarun Journal of Nursing*, 2014; 21: 59-76. (in Thai)
16. Maun R, Efficient Teaching and Learning in Higher Education. *Journal of Southern Technology*, 2016; 9(2): 169-176. (in Thai)



การพัฒนากระบวนการออกแบบและพัฒนาการเรียนการสอน เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมการให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจ ความเป็นมนุษย์ สำหรับนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวง สาธารณสุข

The Development of Instructional Design and Development System to Enhance the Humanized Care Behaviors for Students of Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

วินัย สยอวรรณ* นพมาส เครือสุวรรณ** อรุณี ยันตรปกรณ***

Winai Sayorwan* Noppamas Kruasuwan** Arunee Yantarapakorn***

Received : 14/8/63

Revised : 18/9/63

Accepted : 18/9/63

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาแนวปฏิบัติที่ดี สร้างระบบ และศึกษาผลการใช้ระบบการออกแบบและพัฒนาการเรียนการสอนเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมการให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ที่ประกอบด้วย จิตบริการ (Service Mind) การคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical Thinking) และการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (Participation) เรียกรวมกันว่า “เอสเอพี” โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาแนวปฏิบัติที่ดีด้วยวิธีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คือ อาจารย์ 222 คน จากประชากร 642 คน ซึ่งกำหนดโดยใช้ตารางของ ทาโร ยามาเน่ และกลุ่มตัวอย่างที่สัมภาษณ์เชิงลึก ได้แก่ อาจารย์ 15 คน เลือกแบบเจาะจงจากการแนะนำอ้างอิงแบบลูกโซ่ และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาผลการใช้ระบบฯ ได้แก่ อาจารย์ 7 คน ที่สมัครใจเข้าร่วมการทดลองใช้ระบบฯ และ

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) เกษตรชำนาญการพิเศษ สถาบันพระบรมราชชนก

** วิทยาจารย์ชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก

* Assistant Professor (Special), Pharmacist, Senior Professional Level, Praboromarajchanok Institute

** Instructor, Senior Professional Level, Kanchanabhisek Institute of Medical and Public Health Technology

กลุ่มตัวอย่างที่รับรองระบบฯ ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ได้มาโดยวิธีการแนะนำอ้างอิงแบบลูกโซ่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย ประเด็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อศึกษาแนวปฏิบัติที่ดี แบบสัมภาษณ์เชิงลึก คู่มือการออกแบบและพัฒนา ใบงาน แบบประเมินผลการออกแบบรายวิชา และแบบรับรองระบบฯ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา หาค่าเฉลี่ย และค่าดัชนีความสอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญ

ผลการวิจัยพบว่า ระบบการออกแบบและพัฒนาการเรียนการสอน ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) เนื้อหาวิชา 2) วัตถุประสงค์การเรียนรู้ 3) กลยุทธ์การเรียนการสอนและกิจกรรม 4) บทบาทผู้สอนและผู้เรียน 5) สื่อการเรียนการสอนและทรัพยากรการเรียนรู้ 6) สภาพแวดล้อมการเรียนรู้ และ 7) วิธีและเครื่องมือประเมินพฤติกรรม ส่วนขั้นตอนของระบบมี 5 ขั้นตอนหลัก 28 ขั้นตอนย่อย ผลการทดลองใช้ระบบฯ พบว่า ในภาพรวมอาจารย์มีความสามารถในการออกแบบรายวิชา ให้เสริมสร้างพฤติกรรมกรให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ โดยเฉลี่ยทุกด้านอยู่ในระดับดีมาก (Mean = 2.71) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าอาจารย์สามารถวิเคราะห์ กำหนดและเขียนวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมระดับหัวข้อได้คะแนนมากที่สุด (Mean = 2.89) รองลงมาคือ วิเคราะห์และออกแบบกลยุทธ์และกิจกรรมการเรียนรู้ (Mean = 2.80) ด้านที่ได้คะแนนน้อยที่สุด ได้แก่ วิเคราะห์และกำหนดทรัพยากรการเรียนรู้ (Mean = 2.60) ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าระบบฯ มีความเหมาะสม (Mean = 0.96) และรับรองว่าระบบฯ อยู่ในเกณฑ์ดีมาก (Mean = 3.60)

คำสำคัญ: ระบบการออกแบบและพัฒนาการเรียนการสอน พฤติกรรมกรให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

ABSTRACT

The objectives of this research and development were 1) to study good practices, 2) to construct the system, and 3) to analyze the results of using the instructional design and development system based on the framework of Service Mind, Analytical thinking, and Participation (SAP) to enhance humanized care behaviors of students of Faculty of Public Health and Allied Health Sciences. The population were 642 instructors of Praboromarajchanok Institute and samples were 222 instructors for knowledge sharing and 15 instructors for in-depth interview. The researchers used Taro Yamane table, purposive sampling, and snowball technique. The seven instructors volunteered for the implementation of this instructional design and development system. The system was validated by five experts derived from snowball technique. The instruments used in this study included knowledge sharing issues, an in-depth interviews form, a guideline, a worksheet, and an evaluation form for design courses and evaluation from for system validation. Data were collected and analyzed using Content Analysis, Mean, and Index of Item Objective Congruence (IOC) from the experts.

It has been found that the system consisted of seven components: 1) subject contents 2) learning objectives 3) teaching strategies and activities 4) roles of teachers and learners 5) learning materials and learning resources 6) learning environment and 7) behavioral assessment methods and tools. This system also consisted of five step approach, included 28 sub-steps. It was revealed that overall the instructors could design courses that enhance humanized care behaviors at the highest level (Mean = 2.71). Specifically, the instructors were most capable of analyzing and writing weekly behavioral objectives (Mean = 2.89), and designing teaching and learning strategies and activities (Mean = 2.80). The lowest of instructors' capability was determining learning resources (Mean = 2.60). The system validated by experts was found appropriate (Mean = 0.96), and was accepted as a very good system (Mean = 3.60).

Keywords: Instructional Design and Development System, Health Service Provision Humanized Care Behaviors

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2562 กำหนดว่า สถาบันพระบรมราชชนกเป็นสถาบันการศึกษาของรัฐทำหน้าที่หลักในการผลิตและพัฒนาบุคลากรตามความต้องการของกระทรวงสาธารณสุข และเป็นสถานศึกษาเฉพาะทางด้านสุขภาพ ที่จัดการศึกษาระดับปริญญาทางการพยาบาล การสาธารณสุขและสหเวชศาสตร์ ให้การศึกษา ส่งเสริมวิชาการและวิชาชีพ ทำการสอน วิจัย ให้บริการทางวิชาการแก่สังคม และทะนุบำรุงศิลปะและวัฒนธรรม¹ ขยายโอกาสทางการศึกษาให้กับเยาวชน นักเรียน นักศึกษา ผลงานวิจัยที่นำไปใช้ในการแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชน รวมทั้งพัฒนาหลักสูตรการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ตอบสนองความต้องการของประชาชนและชุมชนให้เป็นวงกว้างมากยิ่งขึ้น² โดยได้กำหนดอัตลักษณ์บัณฑิตไว้คือ “บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” หมายถึง การให้บริการที่เป็นมิตร มีความรัก ความเมตตา ใส่ใจในปัญหาและความทุกข์ของผู้รับ บริการและผู้เกี่ยวข้อง ให้บริการตามปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการที่เป็นจริง โดยรับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการเป็นหลัก

การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์เรียกโดยย่อว่า “เอสเอพี” ประกอบด้วย จิตบริการ (S = Service Mind) การคิดเชิงวิเคราะห์ (A = Analytical Thinking) และการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (P = Participation)³ ซึ่ง จิตบริการ ครอบคลุมการมีจิตบริการที่เป็นมิตร มีความรัก ความเมตตา ใส่ใจในปัญหาและความทุกข์ของผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้อง โดยไม่ตัดสินพฤติกรรมคนอื่นด้วยความคิดของตนเอง เข้าใจและเห็นใจผู้อื่น ให้บริการตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ การคิดวิเคราะห์ ครอบคลุม การคิดบนฐานข้อมูลจริง วิเคราะห์และวางแผนแก้ปัญหาได้ โดยเก็บรวบรวม

ข้อมูลจากสภาพความเป็นจริงอย่างเป็นระบบ วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการ วางแผนแก้ปัญหาได้อย่างสอดคล้องกับบริบทชีวิตจริง โดยประยุกต์ความรู้ทางวิชาการ และการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ ครอบคลุม วิธีการทำงาน เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมให้ผู้รับบริการรับรู้ ตัดสินใจด้วยตนเองได้ ดังนั้น นักศึกษาที่มีบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ตามกรอบ เอสเอพี ต้องสามารถแสดงพฤติกรรมกรให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ตามกรอบ เอสเอพี ซึ่งประกอบด้วย 3 ด้าน และแต่ละด้านมีระดับพฤติกรรมที่แตกต่างกัน

การพัฒนาบัณฑิตให้มีพฤติกรรมกรบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์นั้น สถาบันต้องดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ ซึ่งสถาบันพระบรมราชชนก ปี พ.ศ. 2563–2567 โดยมีประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 การสร้างกำลังคนด้านสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐานสู่ชุมชน โดยมีเป้าประสงค์ ให้ผู้สำเร็จการศึกษามีคุณภาพ ได้มาตรฐานสากล และมีสมรรถนะเชิงวิชาชีพ บนพื้นฐานการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ให้ใช้กลยุทธ์การพัฒนาหลักสูตรการศึกษาที่ตอบสนองความต้องการของระบบสุขภาพของประเทศ และได้มาตรฐานอาเซียน รวมถึงพัฒนาระบบการเรียนรู้ที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนมีสมรรถนะด้านภาษาอังกฤษ สร้างสรรค์นวัตกรรม ให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และการบริหารจัดการสุขภาพชุมชน รวมทั้งพัฒนาอาจารย์ให้มีสมรรถนะการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมการเรียนรู้ของนักศึกษา

จากการศึกษาการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่ามีการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ในลักษณะงานวิจัย เพื่อกำหนดอัตลักษณ์ของคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ แต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาวิจัยและนำเสนอระบบการออกแบบการเรียนการสอน เพื่อสร้าง

เสริมสร้างพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ให้กับนักศึกษา สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ส่งผลให้คะแนนประเมินคุณภาพบัณฑิตต่อการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในภาพรวมยังไม่บรรลุเป้าหมายตัวชี้วัดแผนกลยุทธ์ของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ที่กำหนดให้บัณฑิตควรมีผลการประเมินคุณภาพบัณฑิต ด้านการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ระดับดีขึ้นไป (คะแนนเฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ 3.51)

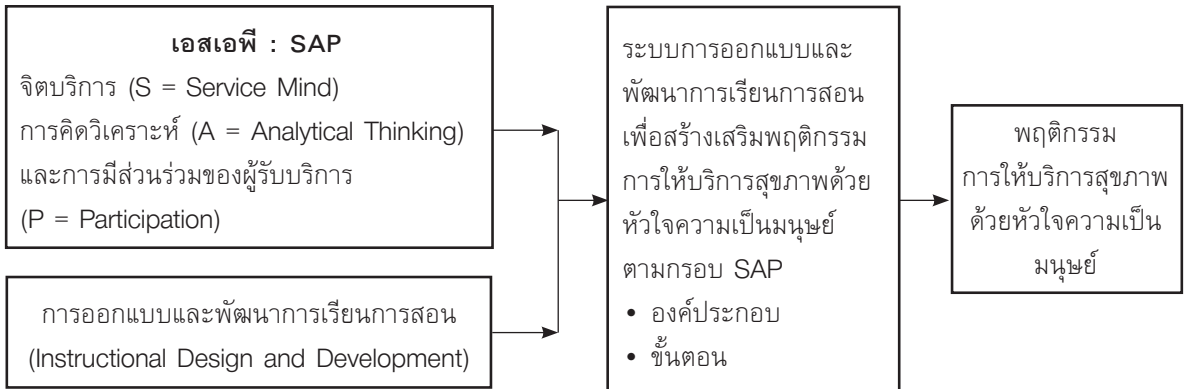
ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพบว่าการออกแบบการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ให้กับนักศึกษาสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข มีความสำคัญต่อการจัดการเรียนการสอน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนาระบบสำหรับอาจารย์ผู้สอน โดยใช้หลักการออกแบบและพัฒนารูปแบบการเรียนการสอน (Instructional Design and Development: IDD) โดยใช้ 5 ขั้นตอนหลักของการดำเนินการออกแบบและพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนอย่างเป็นระบบ ได้แก่ การวิเคราะห์ (Analysis) การออกแบบ (Design) การพัฒนา (Development) การนำไปใช้ (Implementation) และขั้นสุดท้าย การประเมินผล (Evaluation) หรือเรียกโดยย่อว่า ADDIE ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้จะทำให้ได้ระบบเพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนที่สร้างเสริมพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ สำหรับนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาแนวปฏิบัติที่ดีในการออกแบบและพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ตามกรอบ “เอสเอพี”
2. เพื่อสร้างระบบการออกแบบและพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ตามกรอบ “เอสเอพี” สำหรับนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
3. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการออกแบบและพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ตามกรอบ “เอสเอพี” สำหรับนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ศึกษาบริบทของคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข และแนวคิดการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ตามกรอบ เอสเอพี รวมทั้งแนวคิดการออกแบบและพัฒนารูปแบบการเรียนการสอน (Instructional Design and Development) เพื่อสร้างระบบการออกแบบและพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนที่สามารถสร้างเสริมพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ สำหรับนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข และศึกษาระบบที่สร้างขึ้น โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ อาจารย์สังกัดคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 642 คน โดยกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาแนวปฏิบัติที่ดี แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1.1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยเป็นอาจารย์ผู้สอนที่มีประสบการณ์ในการจัดการเรียนการสอนอย่างน้อย 1 ปีการศึกษา จำนวน 222 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางของทายโร ยามาเน่ 4 และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด

1.2 กลุ่มตัวอย่างที่ให้สัมภาษณ์เชิงลึก เป็นอาจารย์ 15 คน ที่มีแนวปฏิบัติที่ดีในการจัดการเรียนการสอนรายวิชาที่มีการสร้างเสริมพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ตามกรอบ เอสเอพี และมีประสบการณ์การสอน อย่างน้อย 5 ปี โดยคัดเลือกจากการแนะนำอ้างอิงแบบลูกโซ่ (Snowball Sampling) จากการให้อาจารย์ที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้แนะนำอาจารย์ที่มีคุณสมบัติครบตามที่กำหนด

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาผลการใช้ระบบการออกแบบและพัฒนาการเรียนการสอนเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ตามกรอบ เอสเอพี สำหรับนักศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ อาจารย์ผู้สอนในหลักสูตรต่างๆ ของคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 7 คน ที่สมัครใจเข้าร่วมการทดลองใช้ระบบ ทั้งนี้ ทุกคนไม่มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้หรือสัมภาษณ์เชิงลึก

3. กลุ่มตัวอย่างในการรับรองระบบฯ ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการออกแบบและพัฒนาการเรียนการสอน จำนวน 3 คน และด้านการจัดการเรียนการสอนเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ตามกรอบ เอสเอพี จำนวน 2 คน โดยการเลือกแบบเจาะจงในคนที่ 1 และด้วยการแนะนำอ้างอิงแบบลูกโซ่อีก 4 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ 1) เป็นผู้ที่ มีประสบการณ์ด้านการออกแบบและพัฒนาการเรียนการสอนไม่ต่ำกว่า 10 ปี และเป็นที่ยอมรับในวงการศึกษา และ 2) เป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านการจัดการเรียนการสอนเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมบริการ

ให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ตามกรอบ SAP มีประสบการณ์ด้านการจัดการเรียนการสอนไม่ต่ำกว่า 10 ปี และเป็นที่ยอมรับในวงการศึกษา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ประเด็นการศึกษาแนวปฏิบัติที่ดี โดยเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมการให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ผู้วิจัยได้จากการวิเคราะห์ห้วงองค์ประกอบของการเรียนการสอน ตามหลักการการออกแบบและพัฒนาการเรียนการสอน หรือ (Instructional Design and Development: IDD)⁵ และขั้นตอนของการออกแบบการเรียนการสอนตามหลักการและขั้นตอนของ ADDIE Model: Analysis, Design, Development, Implementation, and Evaluation ทำให้ได้ประเด็นสำหรับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ครอบคลุมข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะรายวิชา ผู้สอน ผู้เรียน วิธีการสอนและกิจกรรม สื่อการเรียนการสอน ทรัพยากรการเรียนรู้ สภาพแวดล้อมการเรียน เครื่องมือและวิธีวัดประเมินผล ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการหาค่า IOC โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.97

2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก สร้างขึ้นจากผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และข้อมูลที่ได้จากการเล่าเรื่องของอาจารย์ นำมากำหนดเป็นข้อคำถามแบบมีโครงสร้าง (Structured Interview Questions) จำนวน 10 ข้อ โดยเน้นคำถามการออกแบบและพัฒนาการเรียนการสอนที่สามารถสร้างเสริมพฤติกรรมการให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ตามกรอบ SAP ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้วยการหาค่า IOC โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.89

3. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาผลการใช้ระบบการออกแบบและพัฒนาการเรียนการสอนเพื่อสร้าง

เสริมพฤติกรรมการให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ โดยเป็นเครื่องมือสำหรับอาจารย์ที่ทดลองใช้ระบบ ประกอบด้วย

3.1 คู่มือและใบงานสำหรับการออกแบบและพัฒนาการเรียนการสอนเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมการให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ตามกรอบ เอสเอพี สำหรับอาจารย์ผู้สอน ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการสอบถามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงรายละเอียด โดยเพิ่มตัวอย่างผลผลิตและคำแนะนำในทุกขั้นตอน

3.2 แบบประเมินผลการออกแบบรายวิชา เป็นแบบประเมินที่ตัดสินผลงานการออกแบบรายวิชา แสดงให้เห็นถึงความสามารถของอาจารย์ว่าสามารถออกแบบรายวิชาของตนเอง ตามระบบการออกแบบและพัฒนาการเรียนการสอนเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมการให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ตามกรอบ เอสเอพี ได้มากน้อยเพียงใด โดยใช้การประเมินแบบรูปรีคในการตัดสินความสำเร็จของผลงานการออกแบบ เป็นระดับคะแนน ตั้งแต่ระดับดีจนถึงควรปรับปรุง โดยมีเกณฑ์การประเมิน ดังนี้ 3 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพของผลงานการออกแบบตามเกณฑ์ในระดับดี 2 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพของผลงานตามการออกแบบเกณฑ์ในระดับพอใช้ 1 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพของผลงานการออกแบบตามเกณฑ์ในระดับควรปรับปรุง และ 0 คะแนน หมายถึง ไม่ปรากฏผลงานการออกแบบและมีประเด็นการประเมิน 10 ด้าน ได้แก่ 1) วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมระดับรายวิชา 2) วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมของหัวข้อแต่ละสัปดาห์ 3) เนื้อหารายวิชา 4) กิจกรรมการเรียนรู้ 5) บทบาทผู้สอน 6) บทบาทผู้เรียน 7) สื่อการเรียนการสอน 8) ทรัพยากรการเรียนรู้ 9) สภาพแวดล้อมการเรียนรู้ และ 10) การวัดประเมินผล ทำการตรวจสอบ

คุณภาพของเครื่องมือ ด้วยการหาค่า IOC โดยผู้ทรง
คุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.90

3.3 แบบรับรองระบบฯ เป็นเครื่องมือการ
ประเมินและรับรองความเหมาะสมของระบบฯ
ประกอบด้วยประเด็นการพิจารณา 43 ข้อ ครอบคลุม
หลักการที่ใช้ในการสร้างระบบ วัตถุประสงค์ของ
ระบบ องค์ประกอบและขั้นตอนของระบบ วิธีการใช้
และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการนำระบบไปใช้ ตรวจสอบ
คุณภาพของเครื่องมือด้วยการหาค่า IOC โดย
ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการออกแบบการเรียนการสอน
จำนวน 3 คน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.90 และคณะ
ผู้วิจัยได้ปรับปรุงภาษา การจัดลำดับ และเพิ่มราย
ละเอียดของระบบ เพื่อให้ผู้ใช้ระบบเข้าใจเป็นรูปธรรม
ยิ่งขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการ
วิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์
และสาธารณสุข กาญจนภิเษก เลขรับรองที่ KM-
PHT62010004 ซึ่งเมื่อได้รับการรับรองจริยธรรม
การวิจัยในมนุษย์ คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการ ดังนี้

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการ ศึกษา
แนวปฏิบัติที่ดี

1.1 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยจัดการแลกเปลี่ยน
เรียนรู้ระยะที่ 1 กับอาจารย์ 35 คน ที่วิทยาลัย
เทคโนโลยีทางการแพทย์ กาญจนภิเษก โดยใช้
กระบวนการให้อาจารย์เล่าเรื่อง (Story telling) มีผู้
ดำเนินการสนทนา เป็นผู้นำประเด็นการสนทนา ซึ่ง
คัดเลือกอาจารย์เข้ากลุ่มตามคุณสมบัติที่กำหนด เพื่อ
ให้มีลักษณะร่วมเหมือนกันมากที่สุด แบ่งเป็น 6 กลุ่ม
จัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเดือนมิถุนายน 2563
และระยะที่ 2 จัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านช่องทาง
ออนไลน์ ด้วยโปรแกรม ZOOM กับอาจารย์ 187
คน จำนวน 9 ครั้ง ในเดือนมิถุนายน 2563

1.2 การสัมภาษณ์เชิงลึก

ผู้วิจัยสัมภาษณ์อาจารย์ในคณะสาธารณสุข
ศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 15 คน ดำเนินการ
สัมภาษณ์เป็นรายบุคคล โดยใช้เวลา 2 ชั่วโมงต่อคน

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการสร้าง
ระบบฯ ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลทั้งหมดจากขั้นตอน
ที่ 1.1 และ 1.2 นำมากำหนดเป็นองค์ประกอบและ
ขั้นตอนของระบบฯ ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ 5
ขั้นตอนหลัก 28 ขั้นตอนย่อย โดยนำมาเขียนเป็นภาพ
แสดงองค์ประกอบและขั้นตอน พร้อมคำอธิบายราย
ละเอียด เพื่อนำไปใช้จัดทำคู่มือและใบงานต่อไป

3. การเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการศึกษาผล
การใช้ระบบฯ

3.1 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับระบบฯ
แล้วให้อาจารย์ 7 คน ศึกษาแบบจากคู่มือและ
ดำเนินงานตามใบงานแต่ละขั้นตอน แล้วให้อาจารย์
นำข้อมูลจากใบงานไปปรับประมวลรายวิชาหรือ
มคอ. 3 ให้เป็นรายวิชาที่แสดงให้เห็นการสร้างเสริม
พฤติกรรมทำให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็น
มนุษย์ ตามกรอบ เอสเอพี ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับตามความ
เหมาะสมของแต่ละรายวิชา ซึ่งในขั้นตอนนี้ใช้ระยะ
เวลา 1 วัน

3.2 สัมภาษณ์อาจารย์เพิ่มเติมเกี่ยวกับ
ระบบการออกแบบและพัฒนาเพื่อสร้างเสริม
พฤติกรรมทำให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็น
มนุษย์ ตามกรอบ เอสเอพี ว่าสามารถส่งเสริม
อาจารย์ในการออกแบบและพัฒนารายวิชาได้มาก
น้อยเพียงใด เพื่อนำคำตอบส่วนนี้มาใช้สำหรับ
ปรับปรุงรายละเอียดของระบบให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

4. การเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการ
ประเมินผลการออกแบบรายวิชา ผู้วิจัยได้ประสานขอ
ความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญด้านการเรียนการสอน
จำนวน 5 คน โดยจัดส่งแบบประเมินผลการออกแบบ
รายวิชาและประมวลรายวิชา หรือ มคอ. 3 ทั้งฉบับ

เดิมและฉบับออกแบบใหม่ ทางไปรษณีย์และให้ส่ง ผลกลับทางไปรษณีย์ โดยกำหนดระยะเวลาในการ ตอบกลับภายใน 1 สัปดาห์

5. การเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการรับรอง ระบบฯ ผู้วิจัยได้ประสานขอความร่วมมือกับผู้ เชี่ยวชาญด้านการออกแบบและพัฒนาการเรียน การสอน จำนวน 5 คน โดยจัดส่งและให้ส่งผลกลับทาง ไปรษณีย์ กำหนดระยะเวลาในการตอบกลับภายใน 1 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลแนวปฏิบัติที่ดีจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของอาจารย์ จำนวน 222 คน และ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์อาจารย์ 15 คน โดยการ วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และนำเสนอ ในรูปแบบพรรณนา

2. วิเคราะห์ผลการประเมินการออกแบบ รายวิชาของอาจารย์ 7 คน โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คนจาก คณะนุรूपิค ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย (Mean)

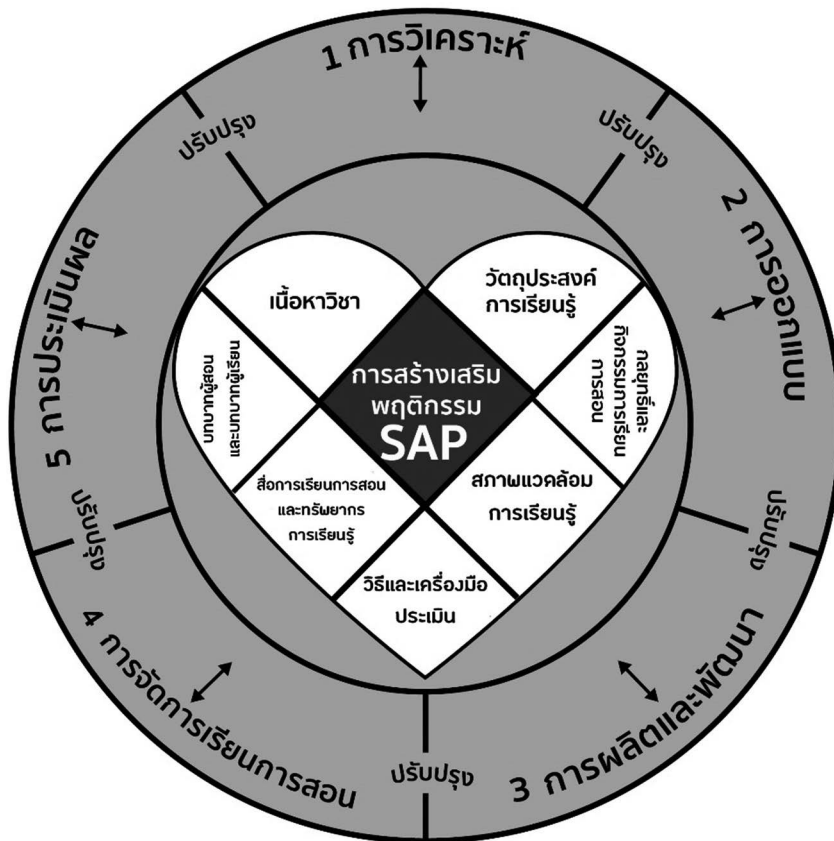
3. วิเคราะห์ผลการรับรองระบบฯ โดยผู้ เชี่ยวชาญ 5 คน ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย (Mean)

ผลการวิจัย

1. ผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสัมภาษณ์เชิง ลึกเกี่ยวกับการออกแบบและพัฒนาการเรียนการสอน เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมกรให้บริการสุขภาพด้วย หัวใจความเป็นมนุษย์ ได้แนวปฏิบัติที่ดีใน 8 ประเด็น

ได้แก่ 1) รายละเอียดของรายวิชาที่ดีต้องมีการระบุ คำสำคัญที่แสดงให้เห็นว่าเป็นวิชาที่รับผิดชอบการ สร้างเสริม SAP 2) เนื้อหาหรือหัวข้อการเรียนที่ดี ต้องคัดสรรให้เหมาะสมกับกิจกรรม 3) อาจารย์ผู้ สอนที่ดีต้องเป็นต้นแบบให้นักศึกษาทั้งในชั้นเรียนและ การฝึกปฏิบัติ 4) นักศึกษาที่ดีมีหัวใจความเป็นมนุษย์ ต้องได้รับการชมเชยกอย่าง 5) กิจกรรมที่ดีต้องม ีความหลากหลายและให้นักศึกษามีส่วนร่วมมากที่สุด 6) สภาพแวดล้อม/บรรยากาศการเรียนที่ดี ต้องใกล้ เคียงกับการนำไปใช้ในชีวิตการปฏิบัติงานจริง 7) อาจารย์ต้องกำหนดและเลือกสื่อหรือเทคโนโลยีที่ดี ที่สุด มีความทันสมัย และ 8) การวัดและประเมินผล ที่ดี ต้องให้ความสำคัญกับการประเมินพฤติกรรมที่ สังเกตได้ และจากข้อมูลทั้งหมด สามารถกำหนดเป็น 7 องค์ประกอบ และ 5 ขั้นตอนหลัก 28 ขั้นตอน

2. ผลการพัฒนากระบวนการออกแบบและ พัฒนาการเรียนการสอนเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมกร ให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ตาม กรอบ SAP สำหรับนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวง สาธารณสุข โดยได้มาจากข้อมูลการแลกเปลี่ยนเรียน รู้และการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งผู้วิจัยนำมาเขียนเป็น ภาพที่ 2 พร้อมทั้งรายละเอียดจาก ภาพในพื้นที่รูป หัวใจแสดงองค์ประกอบทั้ง 7 และวงกลมด้านนอก แสดง 5 ขั้นตอนหลักของระบบ มีรายละเอียดโดย สังเขป ดังนี้



ภาพที่ 2 องค์ประกอบและขั้นตอนของระบบการออกแบบและพัฒนาการเรียนการสอนเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมการให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ตามกรอบ เอสเอพี สำหรับนักศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

องค์ประกอบที่ 1 เนื้อหารายวิชา ครอบคลุมเนื้อหาด้านสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ ที่เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย เวชระเบียน สาธารณสุขชุมชน ทันตสาธารณสุข จุกเงินการแพทย์ โสตทัศนศึกษาทางการแพทย์ และเทคนิคเภสัชกรรม เป็นรายวิชาที่มีเนื้อหาส่งเสริมการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นเนื้อหาเกี่ยวกับหลักการ การดูแลและวิธีการให้บริการผู้ป่วยหรือการให้บริการผู้อื่น

องค์ประกอบที่ 2 วัตถุประสงค์การเรียนรู้ ในรายวิชาต้องมีการระบุวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน เพื่อให้เห็นว่าการสร้างเสริมพฤติกรรมบริการ

สุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ โดยผู้สอนต้องเขียนเป็นวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม โดยพิจารณาว่าวิชาที่ต้องสอนนั้น ต้องรับผิดชอบสร้างเสริมพฤติกรรมอะไร และในระดับใด ซึ่งสามารถวัดเป็นพฤติกรรมต่างๆ ดังนี้ 1) ด้านจิตบริการ (S=Service Mind) โดยพฤติกรรมด้านจิตบริการ ที่แสดงในระดับต่างๆ ได้แก่ บริการที่เป็นมิตรสุภาพ ด้วยความเต็มใจแก้ปัญหาหรือหาแนวทางแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการอย่างรวดเร็ว ให้ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับงานที่กำลังให้บริการอยู่ ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์แก่ผู้รับบริการเพื่อตอบสนองความต้องการ คำนึงถึงผลประโยชน์ของผู้รับบริการในระยะยาวและพร้อมที่

จะเปลี่ยนวิธี 2) ด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ (A = Analytical Thinking) โดยพฤติกรรมด้านการคิดวิเคราะห์ที่แสดงในระดับต่างๆ ได้แก่ วิเคราะห์และแตกประเด็นปัญหาสุขภาพในงานที่รับผิดชอบ สามารถอธิบายความสัมพันธ์ขั้นพื้นฐาน สามารถอธิบายความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนของปัญหาสุขภาพหรืองานบริการ สามารถวิเคราะห์วางแผนและคาดการณ์ปัญหาสุขภาพ หรืองานบริการ พร้อมวางแผนทางการป้องกันปัญหาล่วงหน้าในงานที่ซับซ้อน สามารถใช้เทคนิคและรูปแบบต่างๆ ในการกำหนดแผนงานการทำงาน และ 3) ด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (P=Participation) โดยพฤติกรรมที่แสดงในระดับต่างๆ ได้แก่ ให้การสนับสนุนการตัดสินใจของทีมและทำงานส่วนที่ตนได้รับมอบหมายสำเร็จ ให้ความร่วมมือกับทีม รับฟังความคิดเห็น ร่วมตัดสินใจ และร่วมวางแผนในการทำงาน นำทีมให้เกิดความสามัคคี ทำให้งานบรรลุตามเป้าหมาย

องค์ประกอบที่ 3 กลยุทธ์และกิจกรรมการเรียนการสอน ต้องมีความหลากหลาย เหมาะสมกับระดับหลักสูตร เนื้อหารายวิชา ชั้นปี และนักศึกษา กลยุทธ์การเรียนการสอนและกิจกรรมที่เหมาะสม ได้แก่ บทบาทสมมติ (Role Play) การสะท้อนคิด (Reflective Practice) การเป็นต้นแบบที่ดี (Role Model) สถานการณ์จริง (Real Situation) สถานการณ์จำลอง (Simulation Situation) กรณีศึกษา (Case Study) การสาธิตและการสาธิตย้อนกลับ (Demonstration and Return Demonstration) การถอดบทเรียน (Lesson Learned) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge Sharing) การเรียนรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer-assisted Learning Strategies) การมอบหมายงานในชั้นเรียน (Assignment) การใช้โครงงานเป็นฐาน (Project Based) และการระดมสมอง (Brain Storming)

องค์ประกอบที่ 4 บทบาทผู้สอนและบทบาทผู้เรียน ผู้สอนต้องเป็นต้นแบบที่ดีในการแสดงออกให้ผู้เรียนเห็นและรับรู้ได้ในขณะที่ปฏิบัติต่อผู้รับบริการหรือบุคคลอื่น มีความเข้าใจเป็นอย่างดีเกี่ยวกับเรื่องหลักการและพฤติกรรมทำให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ สามารถอธิบายหรือยกตัวอย่างประกอบได้ในรายวิชาหรือบทเรียนที่สอน สามารถจัดสถานการณ์ หรือเตรียมสื่อต่างๆ ให้เหมาะสมกับบทเรียน ที่สะท้อนให้เห็นหรือเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทำให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ส่วนบทบาทของผู้เรียนต้องทำความเข้าใจ เตรียมความพร้อมในการเรียนรู้ สามารถแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์กับเพื่อนๆ ตามกิจกรรมที่ได้รับมอบหมาย หลังจากนั้นสามารถสรุปประเด็นความรู้ที่ได้หลังจากการเรียนรู้และนำเสนอความรู้ ประสบการณ์ที่ตนเองได้รับ

องค์ประกอบที่ 5 สื่อการเรียนการสอนและทรัพยากรการเรียนรู้ แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ สื่อการเรียนการสอนในห้องเรียน เช่น เอกสารหนังสือและตำรา เครื่องมือจัดกิจกรรมการเรียนการสอนผ่านสื่อออนไลน์ เช่น การใช้โปรแกรม Zoom, Google Classroom และแหล่งข้อมูลเพื่อค้นหาและรวบรวมข้อมูลสารสนเทศ ได้แก่ แหล่งข้อมูลทั้งออฟไลน์และออนไลน์ เช่น จุดบริการเครือข่ายอินเทอร์เน็ต หรือ WIFI เพื่อการศึกษาค้นหาข้อมูลสารสนเทศ

องค์ประกอบที่ 6 สภาพแวดล้อมการเรียนรู้ แบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่ สภาพแวดล้อมการเรียนรู้ทางกายภาพ โดยครอบคลุม สถานที่เรียน ห้องเรียน และสถานที่ฝึกปฏิบัติ สภาพแวดล้อมการเรียนรู้ทางจิตภาพ เป็นการจัดสภาพแวดล้อมที่ทำให้ผู้เรียนเกิดความรู้สึกลึกซึ้งทางบวกหรือทางลบ หรือเป็นสิ่งที่มากระทบความรู้สึกนึกคิดของผู้เรียน และสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ทางสังคมภาพ เป็นสภาพแวดล้อม

ที่ส่งผลให้เกิดจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ผ่านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การประพฤติปฏิบัติต่อกัน

องค์ประกอบที่ 7 วิธีและเครื่องมือประเมิน ใช้แบบวัดแบบสังเกตพฤติกรรม แบบสำรวจ โดยให้ประเมินพฤติกรรม 3 ด้าน คือ ด้านจิตบริการ เป็นการประเมินการเอาใจใส่ในความทุกข์ และความ ต้องการของผู้รับบริการและผู้ที่เกี่ยวข้อง รับผิดชอบ ต่อหน้าที่ อำนวยความสะดวก ติดตามการบริการ ตอบสนองการให้บริการอย่างว่องไว พร้อมทั้งจะให้ บริการด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ด้วยความรัก ความเมตตา รู้จักการควบคุมอารมณ์ ด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ เป็นการประเมินการรวบรวม จำแนก ไตร่ตรองข้อมูล จากแหล่งข้อมูลที่หลากหลายและนำเสนอเชื่อถือ ตาม สภาพความเป็นจริง ในการวิเคราะห์ปัญหาและ สังเคราะห์สิ่งใหม่อย่างมีวิจารณ์ญาณ โดยเชื่อมโยง ความรู้เข้าสู่การตัดสินใจ การแก้ปัญหาของผู้รับ บริการอย่างสร้างสรรค์ สอดคล้องกับความต้องการ ที่แท้จริงของผู้รับบริการ และด้านการมีส่วนร่วมของ ผู้รับบริการ เป็นการประเมินการให้บริการสุขภาพ โดยให้ผู้รับบริการและผู้ที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วม ในการ รับรู้ปัญหาและความต้องการของตนเอง รวมทั้งตัดสินใจแก้ปัญหาสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน

3. ขั้นตอนของระบบการออกแบบและพัฒนา การเรียนการสอนเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมกรให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลัก 28 ขั้นตอนย่อย ดังนี้

3.1 ขั้นการวิเคราะห์ ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) วิเคราะห์ปัญหาการเรียนการสอน 2) วิเคราะห์ความต้องการจำเป็น 3) วิเคราะห์เนื้อหาด้ านสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ 4) วิเคราะห์ วัตถุประสงค์การเรียนรู้ 5) วิเคราะห์กลยุทธ์และ กิจกรรมการเรียนการสอน 6) วิเคราะห์บทบาทของ ผู้สอนและบทบาทผู้เรียน 7) วิเคราะห์สื่อการเรียน

การสอนและทรัพยากรการเรียนรู้ 8) วิเคราะห์สภาพ แวดล้อมการเรียนรู้ และ 9) วิเคราะห์วิธีและเครื่องมือประเมิน

3.2 ขั้นการออกแบบ ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) กำหนดเนื้อหาวิชาสาธารณสุขศาสตร์และ สหเวชศาสตร์ 2) กำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ ระดับรายวิชา 3) กำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ ระดับหัวข้อวิชา 4) ออกแบบกลยุทธ์และกิจกรรมการ เรียนการสอน 5) ออกแบบบทบาทผู้สอน 6) ออกแบบบทบาทผู้เรียน 7) กำหนดและออกแบบ สื่อการเรียนการสอนและทรัพยากรการเรียนรู้ 8) ออกแบบสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ และ 9) กำหนด วิธีการและออกแบบเครื่องมือประเมินพฤติกรรม

3.3 ขั้นการผลิตและพัฒนา ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) เขียนและปรุงแต่งเนื้อหาด้ านสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ 2) เขียน วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมระดับรายวิชา 3) เขียน วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมของหัวข้อแต่ละสัปดาห์ 4) เขียนแผนการสอนตามกลยุทธ์และกิจกรรมการ เรียน การสอน 5) จัดทำหรือผลิตสื่อการเรียนการสอนและ ทรัพยากรการเรียนรู้ 6) จัดสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ และ 7) สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผล

3.4 ขั้นการจัดการเรียนการสอน ประกอบด้วย 1 ขั้นตอน ได้แก่ การดำเนินการจัดการเรียน การสอนตามแผนการสอนที่ผู้สอนได้ออกแบบและพัฒนาไว้

3.5 ขั้นการประเมินผล ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ประเมินผู้เรียน และ 2) ประเมินการ จัดการเรียนการสอน

4. ผลการทดลองใช้ระบบการออกแบบและ พัฒนาการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมกร ให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ตาม กรอบ เอสเอพี กับอาจารย์ จำนวน 7 คน พบว่า ภาพรวมอาจารย์มีความสามารถในการออกแบบ รายวิชาให้สร้างเสริมพฤติกรรมกรให้บริการสุขภาพ

ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์โดยเฉลี่ยทุกด้านในระดับดีมาก (Mean = 2.71) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าอาจารย์สามารถวิเคราะห์กำหนด และเขียนวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมระดับหัวข้อ ได้คะแนนมากที่สุด (Mean = 2.89) รองลงมาได้แก่ วิเคราะห์และออกแบบกลยุทธ์และกิจกรรมการเรียนรู้ (Mean = 2.80) ด้านที่ได้คะแนนน้อยที่สุด ได้แก่ วิเคราะห์และกำหนดทรัพยากรการเรียนรู้ (Mean = 2.60) และจากการสัมภาษณ์เพิ่มเติม อาจารย์มีความเห็นว่าระบบฯสามารถช่วยผู้สอนให้วิเคราะห์และออกแบบรายวิชาของตนเองได้อย่างครอบคลุมและเป็นระบบมากขึ้น

5. ผลการประเมินความเหมาะสมของระบบฯ โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน พบว่า ระบบมีความเหมาะสม (Mean = 0.96) และรับรองว่าระบบฯ อยู่ในเกณฑ์ดีมาก (Mean = 3.60)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. จากการดำเนินการวิจัยตามระเบียบวิธีวิจัยของการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการจัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสัมภาษณ์เชิงลึก ทำให้ได้ระบบการออกแบบและพัฒนาการเรียนการสอนเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมทำให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ตามกรอบ เอสเอพี สำหรับนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุขที่ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักของการจัดการเรียนการสอน ที่สอดคล้องกับองค์ประกอบของนักวิจัยและนักออกแบบการเรียนการสอนต่างๆ เช่น Gerlach & Ely⁶, Kemp⁷, Reiser⁸, Morrison, Ross, Kemp, & Kalman⁹, ฐาปนีย์ สีเฉลียว¹⁰, อีรวดี ดังคุบุตร¹¹ และกิตติพันธ์ อุดมเศรษฐ์¹² เป็นต้น จึงทำให้เชื่อได้ว่า ระบบที่นำเสนอนี้ครอบคลุม

องค์ประกอบที่สำคัญและเป็นพื้นฐานของการจัดกระบวนการเรียนการสอนที่จะสามารถสร้างเสริมพฤติกรรมให้นักศึกษาได้

2. องค์ประกอบที่มีรายละเอียดให้อาจารย์ต้องพิจารณาและต้องทำตามลำดับ ได้แก่ วัตถุประสงค์การเรียนรู้ ซึ่งในระบบฯ นี้ แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมระดับรายวิชา และ วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมของหัวข้อแต่ละสัปดาห์ ซึ่งการกำหนดวัตถุประสงค์ถึง 2 ระดับนี้ สอดคล้องกับ Duchastel & Merrill¹³ ที่ได้ศึกษาผลของวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม โดยพบว่าส่งผลต่อการเรียนรู้ของผู้เรียน ดังนั้นหากต้องการให้อาจารย์กำหนดพฤติกรรมให้นักศึกษาได้ครบถ้วนและครอบคลุม จึงต้องให้วิเคราะห์และเขียนวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมทั้ง 2 ระดับ และจะส่งผลต่อการประเมินผลพฤติกรรมด้วย

3. ขั้นตอนของระบบฯ ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้หลักการของการออกแบบและพัฒนาการเรียนการสอน และขั้นตอนตาม ADDIE Model ที่ระบุว่าควรดำเนินการตาม 5 ขั้นตอน ได้แก่ Analysis, Design, Development, Implementation, และ Evaluation ซึ่งเป็น Model ที่มีความเป็นสากลและเป็นที่ยอมรับในวงการศึกษา และนักออกแบบและพัฒนาการเรียนการสอนใช้กันมากที่สุด จากการสัมภาษณ์เชิงลึกอาจารย์ที่ทดลองใช้ระบบฯ ทั้ง 7 คน พบว่า ขั้นตอนที่น่าจะมีความสำคัญและใช้เวลาในการดำเนินงานมากที่สุด 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นการวิเคราะห์และการออกแบบ ซึ่งเหตุผลที่ขั้นการวิเคราะห์เป็นขั้นที่ใช้เวลามาก อาจเป็นเพราะอาจารย์ไม่เคยต้องวิเคราะห์องค์ประกอบของการเรียนการสอนอย่างครบถ้วนมาก่อน และต้องวินิจฉัยและตัดสินใจด้วยตนเอง ส่วนขั้นการออกแบบนั้น อาจารย์มีความเห็นว่า ถ้าในขั้นของการวิเคราะห์สามารถทำได้ครบถ้วนทุกองค์ประกอบของการวิเคราะห์ ก็จะช่วยในขั้นการออกแบบได้อย่างดี ระบบฯ นี้ ทำให้อาจารย์เห็น

รายละเอียดของสิ่งที่ต้องคำนึงถึง เพราะพฤติกรรม การให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ตาม กรอบ เอสเอพี ไม่ใช่สิ่งที่สร้างให้นักศึกษาได้โดยง่าย

4. ในรายละเอียดของระบบฯ มีการนำเสนอ หลักการของพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจ ความเป็นมนุษย์ ซึ่งได้มีการจำแนกพฤติกรรมออกเป็น 3 ด้าน และแต่ละด้านมีการกำหนดเป็น พฤติกรรม 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับพื้นฐาน โดยใช้หลักการของการกำหนด สมรรถนะ จากสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการ พลเรือน¹⁴ และบริษัท Hay Group Limited จาก Core Competencies Project: Competency Dictionary¹⁵ จึงทำให้แน่ใจได้ว่าพฤติกรรมที่กำหนด ไว้จะช่วยให้อาจารย์สามารถนำไปใช้วิเคราะห์ นักศึกษาว่ามีพฤติกรรมอยู่ในระดับใด และต้องเสริม สร้างอีกมากน้อยเพียงใด รวมถึงช่วยในการนำไป กำหนดและเขียนวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมที่สามารถ วัดและประเมินได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. อาจารย์ผู้สอนสามารถใช้ระบบฯ ที่ ออกแบบนี้ สำหรับการออกแบบและพัฒนารายวิชา ของตนเองได้อย่างสอดคล้องและยืดหยุ่น กับรายวิชา ของตนเอง ทั้งนี้ เนื่องจากการนำเสนอระบบฯ มี การแสดงภาพและรายละเอียดที่อาจารย์สามารถทำ ตามได้ และเนื่องจากระบบฯ ที่นำเสนอมีความ ยืดหยุ่นตามธรรมชาติของรายวิชา เนื้อหา และ นักศึกษา การออกแบบและพัฒนาจึงขึ้นอยู่กับ การวินิจฉัยและตัดสินใจตามความเหมาะสมของอาจารย์ โดยในรายละเอียดของระบบฯ ได้นำเสนอสาระให้ ครบคลุมมากที่สุดเพื่อให้อาจารย์ใช้ประกอบการ ตัดสินใจ

2. สถาบันการศึกษาสังกัดสถาบันพระบรมราช ชนก สามารถนำระบบฯ ไปให้อาจารย์ใช้พร้อมกันทุก

รายวิชาของทุกหลักสูตรในคราวเดียวกัน โดยอาจเป็น ในช่วงเวลาของการปรับปรุงหลักสูตร เพื่อให้เกิดการ ปรับปรุงรายวิชาเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมให้นักศึกษา ในคราวเดียวกัน

3. นักศึกษาสามารถใช้ประโยชน์ของระบบฯ นี้ ในส่วนของรายละเอียดเกี่ยวกับ เอสเอพี และ พฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็น มนุษย์ เพื่อให้ นักศึกษาเห็นภาพรวมและความ สัมพันธ์ของ SAP กับพฤติกรรมดังกล่าว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยและพัฒนาระบบการออกแบบ และพัฒนาการเรียนการสอนเพื่อสร้างเสริมผลการ เรียนรู้ด้านอื่นๆ ให้นักศึกษา ทั้งนี้ วิจัยนี้ได้เน้นการ สร้างเสริมพฤติกรรมหัวใจความเป็นมนุษย์แล้ว แต่ยังมี ผลการเรียนรู้ด้านอื่นๆ อีกที่หากได้มีการวิจัยและ พัฒนา ย่อมเป็นประโยชน์ต่อนักศึกษา คณะ สาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบัน พระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

REFERENCES

1. Praboromarajchanok Institute. Act B.E.2562. (2019, 5 April). Government Gazette 136, 43, p40-65. (in Thai)
2. Praboromarajchanok Institute. Strategic Plan of Praboromarajchanok Institute Medium-term Strategic Plan 5 years, 2020-2024, Praboromarajchanok institute, 2020. (in Thai)
3. Keawkalayasikkhalai, Educational Development Section, Praboromarajchanok Institute. The Learning Experience of Mind Service with the Human Heart under the Virtual Family System. Bangkok: Klungnana-wittaya Printing, 2018. (in Thai)
4. Taro Yamane. Statistics: An Introductory Analysis. 3rd ed. New York: Harper and Row Publications, 1973.

5. Natakatoong, O. Instructional Design System: System Approach in Education. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat University, 2020. (in Thai)
6. Gerlach, V. S. & Ely, D. P. Teaching and Media: A Systematic Approach. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, Inc, 1971.
7. Kemp, J. Instructional Design: A Plan for Unit and Course Development. Belmont, CA: Fearon Publishers, 1977.
8. Reiser, R. A. What field did you say you were in? In R. A. Reiser & J. V. Dempsey (Eds.). Trends and Issues in Instructional Design and Technology. 4th ed. NY: Pearson Education, Inc., 2017.
9. Morrison, G. R., Ross, S. M., Kemp, J. E., Kalkan, H. K., & Kemp, J. E. Designing Effective Instruction. 7th ed. Hoboken, NJ: Wiley, 2012.
10. Seechaliao, T. A Proposed Model of Instructional Design and Development based on Engineering Creative Problem Solving Principles to Develop Creative Thinking Skills of Undergraduate Engineering Students. Bangkok: Chulalongkorn University, 2008. (in Thai)
11. Thangkabutra, T. Development of A Model of Blended Learning Instructional Design using Cognitive Maps to Increase Critical Thinking Ability for Undergraduate Students. Bangkok: Chulalongkorn University, 2009. (in Thai)
12. Udomseth, K. Development of A Flipped Learning Instructional Design Model based on TPACK Framework and Elaboration Theory for Secondary School Teachers under Office of the Private Education Commission. Bangkok: Chulalongkorn University, 2015. (in Thai)
13. Duchastel, P. C. & Merrill, P. F. The Effects of Behavioral Objectives on Learning: A Review of Empirical Studies. Review of Educational Research, 1973; 43(1): 53-69.
14. Office of the Civil Service Commission. A Manual for Determination of Performance in Civil Service: Core Competencies Guide. Nonthaburi: Prachum Chang Co.,Ltd., 2010. (in Thai)



การพัฒนาแบบแผนการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

The Development of Community-based Rabies Implementation and Surveillance Model

สุภาภรณ์ มิตรภานนท์* สุเพียร สมณา** เสฐียรพงษ์ ศิวินา***

Supaporn Midtrapanon* Supain Samna** Satianpong Siwina***

Received : 14/5/63

Revised : 16/9/63

Accepted : 18/9/63

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า โดยการวิจัยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนแรก การวิจัย (Research: R1) เป็นการศึกษาสภาพปัญหาการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนา (Development: D1) ออกแบบและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ขั้นตอนที่ 3 การวิจัย (Research: R2) เพื่อทดลองใช้รูปแบบ และขั้นตอนที่ 4 การพัฒนา (Development: D2) เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ เครื่องมือที่ใช้พัฒนาเป็นรูปแบบการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบความรู้ที่มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (KR-20) เท่ากับ .90 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมที่มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .89 แบบบันทึกและแบบวัดความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบ Paired t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น .05 และ 95% CI

ผลการวิจัย พบว่า 1) รูปแบบการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ประกอบด้วยขั้นตอน (1) การศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา (2) การจัดทำแผน (3) การดำเนินการ และ (4) การสะท้อนปัญหาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 2) การประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรค

* นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

** นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด

*** นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

* Plan and Policy Analyst Officer, Senior Professional Level, Department of Communicable Disease Control, Roi-Et Provincial Public Health Office

** Public Health Technical Officer, Professionals Level, Nong Hi Distric Public Health Office, Roi-Et

*** Public Health Technical Officer, Professionals Level, Department of Health Strategic Development, Roi-Et Provincial Public Health Office

พิษสุนัขบ้า โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า โดยรวมมากกว่าก่อนการพัฒนา ($p < .001$) โดยมีคะแนนความรู้มากกว่าก่อนการพัฒนา 7.48 คะแนน (95%CI; 7.096, 7.858) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการมีส่วนร่วมโดยรวมมากกว่าก่อนการพัฒนา ($p < .001$) โดยมีคะแนนการมีส่วนร่วมมากกว่าก่อนการพัฒนา 1.12 คะแนน (95%CI; 1.051, 1.191) มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.16, S.D.=0.57) และผลการสำรวจสุนัขและแมว พบว่า มีสุนัข 4,897 ตัว และแมว 673 ตัว รวม 5,570 ตัว สุนัขและแมวได้รับการฉีดวัคซีน 5,570 ตัว คิดเป็นร้อยละ 100

ผลการวิจัยครั้งนี้ ชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการดำเนินงานฯ ส่งผลให้เครือข่ายมีความรู้และมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและเฝ้าระวังฯ โดยมีความพึงพอใจและผลการดำเนินงานเพิ่มขึ้น ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำรูปแบบนี้ไปดำเนินการในพื้นที่ต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ ชุมชนเป็นฐาน เฝ้าระวัง โรคพิษสุนัขบ้า

ABSTRACT

This research and development of objectives of this research were to develop a model and evaluate a development of community-based rabies implementation and surveillance model. The research procedure consisted of 4 stages as follows, Stage 1: studying the base datum, on rabies implementation and surveillance; Stage 2: creating the community-based rabies implementation and surveillance model; Stage 3: doing a pilot study of community-based rabies implementation and surveillance model; Stage 4: evaluate a development of community-based rabies implementation and surveillance model. The community-based models for rabies implementation and surveillance were instruments. Data were collected using the knowledge test with the total confidence value (KR-20) equal to .90, the participation questionnaire with the total confidence value of .89, record form and satisfaction test form. Descriptive statistics were analyzed data and Paired t-test to test level of confidence at .05 and 95% CI.

Findings could be concluded that: The development community-based rabies models for implementation and surveillance procedure consisted of 4 stages as follows; (1) Studying a context and analyzing a situation (2) Creating an action plan (3) Implementing and (4) Exchanging knowledge and reflection. After intervention found that samples had knowledge mean scores about rabies operations and surveillance overall more than before development ($p < .001$) with a knowledge score greater than before development was 7.48 scores (95%CI; 7.096, 7.858) and the sample had an overall participation mean scores greater than before development ($p < .001$) with a participation scores greater than before development was 1.12 (95%CI; 1.051, 1.191). Overall satisfaction was at the level of high (Mean = 4.16, S.D. = 0.57). A survey of dogs and cats showed that there were 4,897 dogs and 673 cats, a total of 5,570. Dogs and cats were vaccinated 5,570 (100%).

Results of this study suggest that a community-based rabies models for implementation and surveillance are providing a network with knowledge and participation in implementation and surveillance, increasing satisfaction and operating results. Therefore, relevant agencies should take this model into action.

Keywords: Model Development, Community-based, Surveillance, Rabies

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคพิษสุนัขบ้า เป็นโรคติดต่อจากสัตว์มาสู่คนที่มีความรุนแรงมาก ผู้ป่วยที่ติดเชื้อหากแสดงอาการแล้วต้องเสียชีวิตทุกราย จากอาการสมองและไขสันหลังอักเสบ และเสียชีวิตจากอัมพาตของกล้ามเนื้อระบบทางเดินหายใจ เนื่องจากยังไม่มีวิธีการรักษาให้หายได้¹ จากสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าของประเทศไทย มีผู้เสียชีวิตสูงสุดในปี พ.ศ. 2523 จำนวน 370 ราย¹ และพบผู้เสียชีวิตอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน องค์การอนามัยโลก (WHO) และองค์การโรคระบาดสัตว์ระหว่างประเทศ (OIE) ให้ความสำคัญที่จะต้องร่วมมือกันป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า โดยกำหนดเป้าหมายที่จะกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าให้หมดไปภายในปี พ.ศ. 2563 กรมควบคุมโรคและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงได้ร่วมกันในการดำเนินงานเพื่อเป็นเส้นทางสู่เป้าหมายของการเป็นพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ภายในปี พ.ศ. 2563² แต่สถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ ตั้งแต่วันที่ 2 เมษายน 2560 ถึงวันที่ 2 เมษายน 2561 ในพื้นที่ประเทศไทยพบรายงานผลบวกของโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ 1,188 ตัว คิดเป็นร้อยละ 13.78 ของตัวอย่างทั้งหมด (8,624 ตัว) จาก 77 จังหวัด โดยจังหวัดที่พบสูงสุด คือ จังหวัดร้อยเอ็ด คิดเป็นร้อยละ 13.05 แบ่งเป็นตัวอย่างจากระบบเฝ้าระวังเชิงรับ (การเก็บตัวอย่างเมื่อพบสัตว์สงสัย/ชันสูตร) จำนวน 1,717 ตัวอย่าง พบผลบวกร้อยละ 52.88 และเป็นตัวอย่างเฝ้าระวังเชิงรุก จำนวน 6,907 ตัวอย่าง พบผลบวกร้อยละ 4.05 ซึ่งตรวจพบมากที่สุดที่สุนัข คิดเป็นร้อยละ 88.72 นอกจากนี้ ตัวอย่างที่พบผลตรวจในสุนัข-แมวที่มีเจ้าของ ร้อยละ 53.45 ไม่มีเจ้าของ ร้อยละ 36.39 และไม่ทราบประวัติว่ามีเจ้าของ ร้อยละ 10.16 และพบว่า สุนัข-แมว ไม่ได้ฉีดวัคซีนร้อยละ 48.55 ฉีดวัคซีน ร้อยละ 13.70 และไม่ทราบประวัติ ร้อยละ 37.75² ใน 3 เดือนแรกของปี พ.ศ. 2561

มีผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้าเสียชีวิตไปแล้ว จำนวน 5 ราย จาก 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ตรัง สุรินทร์ สงขลา และนครราชสีมา³ ถือว่าโรคนี้ยังเป็นปัญหาที่สำคัญทางการสาธารณสุขของประเทศไทย เช่นเดียวกับปี พ.ศ. 2561 รายงานสถานการณ์โรคที่เกิดขึ้นในอำเภอหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด พบรายงานจากการเฝ้าระวังเชิงรุก และตัวอย่างหัวสุนัขที่ส่งตรวจให้ผลบวก จำนวน 2 หัว ในทำนองเดียวกับผลจากการสำรวจนาร์รอง (Pilot Survey) พบว่า แกนนำชุมชน และเครือข่ายสุขภาพ ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ ทักษะการปฏิบัติภายหลังจากถูกสุนัขบ้าหรือสัตว์ที่สงสัยว่าบ้ากัด และการมีส่วนร่วมในการป้องกันสัตว์จากโรคพิษสุนัขบ้า การฉีดวัคซีนในสัตว์ การเฝ้าระวังทางอากาศ⁴ นอกจากนี้ ยังพบว่า ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนในสัตว์ยังต่ำ และยังพบสุนัขจรจัดจำนวนมากขึ้น การจัดการทางปริมาณและทรัพยากรต่างๆ ยังไม่มีความชัดเจน ประชาชนยังขาดความรู้ ความตระหนักในการเลี้ยงสัตว์ตามพระราชบัญญัติโรคพิษสุนัขบ้า พ.ศ.2535 ขาดการประสานงานกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งในคนและสัตว์ ไม่มีหน่วยงานหลักในการดำเนินงาน ชุมชนไม่มีส่วนร่วมในการเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหา และรูปแบบการดำเนินงานไม่ชัดเจน⁴

จากการร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุและทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งให้เห็นว่าการเกิดโรคพิษสุนัขบ้าที่กล่าวมาข้างต้น ส่วนใหญ่พบว่า สุนัขที่ติดเชื้อพิษสุนัขบานั้นเป็นสุนัขที่มีเจ้าของมากถึงร้อยละ 56.43⁵ และผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้ามากกว่าร้อยละ 80.0 มีสาเหตุมาจากการถูกสุนัขกัด⁶ รูปแบบการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบานั้น จะต้องมีการบูรณาการดำเนินงานที่ชัดเจนและต่อเนื่อง ทั้งนี้ แต่ละขั้นตอนต้องมีผู้รับผิดชอบ หรือมีหน่วยงานรับผิดชอบ โดยมีเครือข่ายในชุมชนเป็นกลไกการขับเคลื่อน ในระดับพื้นที่ที่มีการจัดมาตรการ

ป้องกันโรคก่อนเหตุการณ์ระบาด ติดตามผลการดำเนินงาน และการจัดทำรายงานผล (Report Case) เพื่อค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคตามบริบทของชุมชน และมีการควบคุม กำกับติดตาม ประเมินผล และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์จากการทำงานที่ผ่านมา เพื่อนำไปปรับปรุงการทำงานในครั้งต่อไป เช่นเดียวกับกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ที่ใช้หลัก “คาถา 5 ย” เพื่อลดความเสี่ยงการติดเชื้อ โดยป้องกันอย่าให้ถูกสุนัขกัด ช่วน ได้แก่ 1) อย่าเหยียบบริเวณลำตัว ขา หรือหางของสัตว์ 2) อย่าแยกสัตว์ที่กำลังกัดกัน 3) อย่าเหยียบสัตว์เพราะอาจโดนข่วนหรือกัดได้ 4) อย่าหยิบอาหารขณะสัตว์กำลังกิน 5) อย่ายุ่งกับสัตว์ที่ไม่รู้จักคุ้นเคย ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงและไม่ให้มีผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้าได้ ทั้งนี้ ศุภกิตา ภิกษุและประพันธ์ศักดิ์ ฉวีราช⁷ ได้นแนะนำให้สร้างเครือข่ายการเฝ้าระวังโรคในระดับชุมชน และเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าให้แก่ประชาชนในพื้นที่ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการดำเนินงานและเฝ้าระวัง และประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เพื่อค้นหาแนวทางที่จะทำให้อัตราอุบัติการณ์ลดลงและหมดไปจากประเทศไทยตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า และประเมินรูปแบบการดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน อำเภอหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด

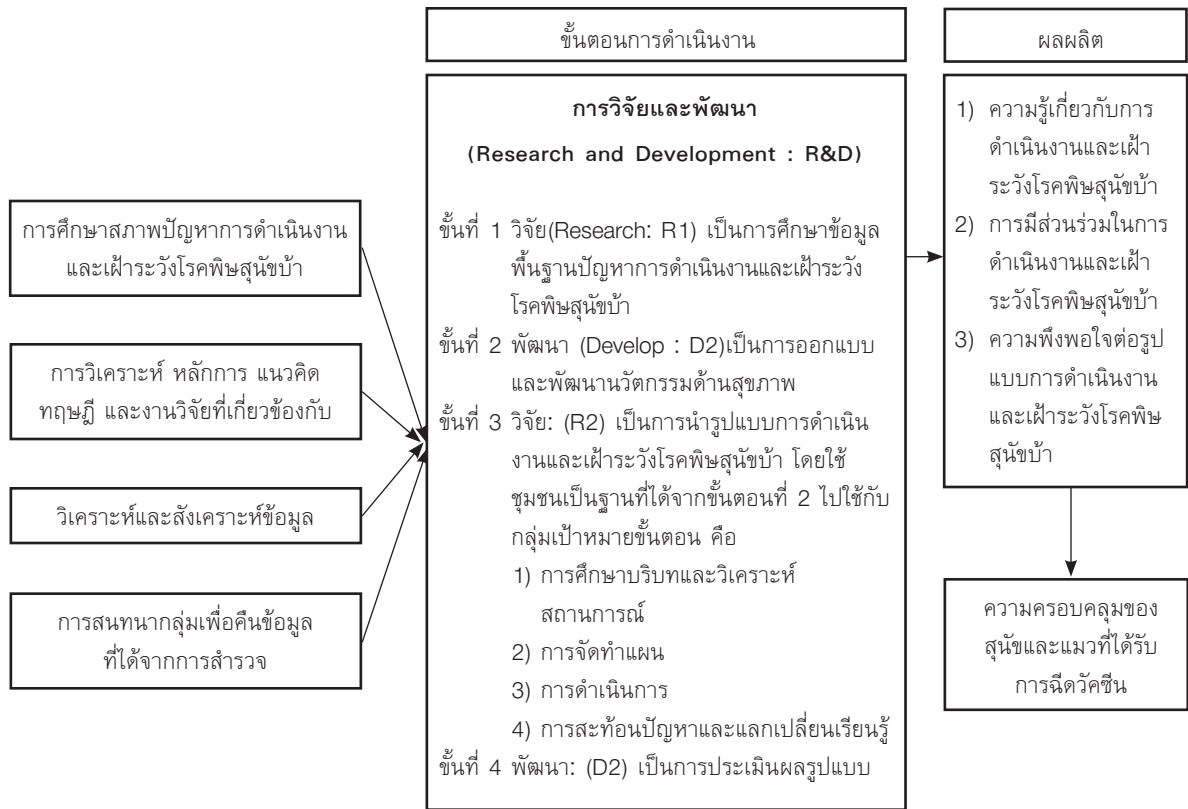
สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า มากกว่าก่อนการพัฒนา

2. หลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า มากกว่าก่อนการพัฒนา

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยแนวคิดการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D)⁸ การเรียนรู้แบบชุมชนเป็นฐาน (Community-based Learning: CBL)⁹ และยุทธศาสตร์การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในคนและในสัตว์ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยเป็นการแสวงหาความรู้และพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย มีการวิจัยแล้วนำผลการวิจัยมาพัฒนานวัตกรรม จากนั้นนำผลที่พัฒนาจากการพัฒนานวัตกรรมไปสู่การพัฒนาปรับปรุงแก้ไข โดยขั้นตอนการวิจัยเริ่มจาก ขั้นตอนที่ 1 การวิจัย (Research: R1) เป็นการศึกษาข้อมูลพื้นฐาน ปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนา (Development: D1) เป็นการออกแบบและพัฒนานวัตกรรมด้านสุขภาพ โดยนำผลจากขั้นที่ 1 มาพัฒนานวัตกรรม ให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ จากการศึกษา สังเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน 4 ขั้น คือ การศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า การจัดทำแผนการดำเนินการ และการสะท้อนปัญหาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ขั้นตอนที่ 3 การวิจัย (R2) เป็นการนำรูปแบบการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า โดยใช้ชุมชนเป็นฐานที่ได้จากขั้นตอนที่ 2 ไปใช้กับกลุ่มเป้าหมาย และขั้นตอนที่ 4 การพัฒนา (D2) เป็นการประเมินผลรูปแบบ แสดงตั้งแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ผู้วิจัยดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561-กันยายน 2562 ดังนี้

ขั้นที่ 1 การวิจัย (Research: R1) เป็นการศึกษาข้อมูลพื้นฐาน ปัญหาการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า

1.1 ประชากร ในการวิจัยขั้นตอนนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มแรก เป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน

ประชากรที่ใช้ศึกษา เป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าใน

ชุมชน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก คือ อาสาสมัครปศุสัตว์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขงานระบาดวิทยา โรงพยาบาลหนองฮี เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองฮี เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทุกแห่ง เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสิ่งแวดล้อม/สาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง เจ้าหน้าที่ปศุสัตว์อำเภอหนองฮี ปลัดอำเภอผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุข ผู้ใหญ่บ้านและกำนันทุกตำบล นายกองค์การบริหารส่วนตำบลและนายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลทุกแห่ง และผู้อำนวยการโรงเรียนประถมศึกษาและมัธยมศึกษาในอำเภอหนองฮีทุกแห่ง และเกณฑ์คัดออก คือ เข้าร่วมกิจกรรมในโครงการวิจัยน้อย

กว่าร้อยละ 80 และมีคำสั่งให้ย้ายไปปฏิบัติราชการในระหว่างดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก จำนวน 56 คน

กลุ่มที่สอง เป็นเครือข่ายในชุมชนที่เลี้ยงสัตว์ในบ้าน เช่น สุนัข หรือแมว

ประชากรที่ใช้ศึกษา เป็นเครือข่ายในชุมชนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก ดังนี้ เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งเป็นเครือข่ายในชุมชนที่เลี้ยงสัตว์ในบ้าน เช่น สุนัข หรือแมว มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ และเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) คือ ย้ายถิ่นที่อยู่ขณะดำเนินการวิจัย และเข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่าร้อยละ 80 โดยมีเครือข่ายเข้าร่วมโครงการวิจัยซึ่งเป็นแกนนำชุมชน อาสาปศุสัตว์ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นเครือข่ายในชุมชนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก จำนวน 270 คน

1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยได้

พัฒนาเครื่องมือจากงานวิจัยของ ทักษิณกาญจน์ ยางศรี 10 และคณะผู้วิจัย โศกสิทธิ์ชัย 11 โดยสร้างข้อคำถาม กำหนดขอบเขตโครงสร้างเนื้อหา และทฤษฎีที่นำมาประยุกต์ใช้ นำมาสร้างข้อความให้ครอบคลุมเนื้อหา และวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1) แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลสภาพปัญหาดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน ประกอบด้วย ตอนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะทางประชากร จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เลี้ยงสุนัข และจำนวนสุนัขที่เลี้ยง มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ ตอนที่ 2 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ การได้รับข้อมูล แหล่งข้อมูล ประเภทข่าวสาร และ

ช่องทางที่สะดวกที่สุด ลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ ตอนที่ 3 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน 15 ข้อ เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ โดยตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ตอบ ให้ 0 คะแนน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) .60-1.00 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (B) .48-80 ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ทั้งฉบับ (KR-20) เท่ากับ .90 และค่าความยากง่าย (P) .39-.77 ตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วย 4 ประเด็น คือ ประเด็นการวางแผน การดำเนินการ ร่วมรับผลประโยชน์ และประเมินผลการปฏิบัติ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ได้แก่ มีส่วนร่วมมาก (เข้าร่วมกิจกรรมเป็นประจำเมื่อมีการจัดขึ้นทุกครั้ง และมีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้นๆ ทุกครั้ง) เท่ากับ 3 คะแนน มีส่วนร่วมปานกลาง (เข้าร่วมกิจกรรมเมื่อมีการจัดขึ้นเกือบทุกครั้ง และมีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้นๆ เกือบทุกครั้ง) เท่ากับ 2 คะแนน และมีส่วนร่วมน้อย (เข้าร่วมกิจกรรมเมื่อมีการจัดขึ้นบางครั้ง หรือไม่เคยเข้าร่วม และมีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้นๆ เป็นบางครั้งหรือไม่ได้มีส่วนร่วม) เท่ากับ 1 คะแนน โดยแบบสอบถามมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) .60-1.00 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (r) .40-76 และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ทั้งฉบับ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบัค เท่ากับ .89

2) แบบวิเคราะห์เอกสาร วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ สภาพปัญหาและความต้องการการดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า เป็นอย่างไร และแนวทางการดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในอนาคต ท่านคิดว่าควรเป็นอย่างไร

1.3 การดำเนินการ

1) การวิเคราะห์ หลักการ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยการศึกษาเอกสาร ตำรา งานวิจัย และสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต และสังเคราะห์ หลักการ แนวคิด ทฤษฎี เพื่อใช้เป็นองค์ประกอบหรือตัวแปรการวิจัย

2) สสำรวจสภาพปัญหาการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

3) วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการประมวลเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และจัดสนทนากลุ่ม โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อจะหาข้อมูลที่ต้องตรงประเด็น สำหรับตอบคำถามการวิจัย โดยเฉพาะข้อมูลที่สมควรจะมาจากการอภิปรายกลุ่ม

4) วิเคราะห์และสรุปสภาพปัญหาการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า

1.4 สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ปัญหาการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า โดยการหาค่า ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงมาตรฐาน

ขั้นที่ 2 การพัฒนา (Development: D1)

เป็นการออกแบบและพัฒนานวัตกรรมด้านสุขภาพ กำหนดและยกวางรูปแบบการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า

2.1 กลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก จำนวน 56 คน (จากขั้นตอนที่ 1)

2.2 วิธีดำเนินการวิจัย

1) ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม โดยแบ่งเป็น 5 กลุ่มย่อยๆ ละ 11 คน แต่ละกลุ่มจะได้ประเด็นการสนทนา 3 ประเด็น คือ (1) ท่านมีแนวทางในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ได้อย่างไร (2) ท่านมีแนวทางในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในคนได้อย่างไร และ (3) ท่านจะดำเนิน

การอย่างไร เมื่อเกิดโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ของท่าน หลังจากนั้นจึงสรุปประเด็นจากทั้ง 5 กลุ่มย่อย

2) นำข้อสรุปที่ได้จากขั้นวิจัย (Research: R1) และข้อสรุปประเด็นจากการสนทนากลุ่ม ผลการศึกษาเอกสาร ตำรา งานวิจัย และสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต มาสังเคราะห์หลักการ แนวคิด ทฤษฎี เพื่อเป็นองค์ประกอบยกวางรูปแบบฯ ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ หลักการ วัตถุประสงค์ เนื้อหา ขั้นตอนการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า การวัดและประเมินผล และเงื่อนไขการนำไปใช้

3) การหาคุณภาพของรูปแบบฯ โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 7 คน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ด้านการควบคุมโรคติดต่อ จำนวน 3 คน ด้านการบริหารสาธารณสุข 3 คน และด้านการสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัย จำนวน 1 คน โดยใช้แบบประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ จำนวน 7 ข้อ เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ความเหมาะสม/เป็นไปได้มากที่สุด (ให้ 5 คะแนน) มาก (ให้ 4 คะแนน) ปานกลาง (ให้ 3 คะแนน) น้อย (ให้ 2 คะแนน) และน้อยที่สุด (ให้ 1 คะแนน) ซึ่งแบบประเมินฯ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) .60-1.00

4) ปรับปรุงข้อมูลที่ได้จากการประชุม เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ และพิจารณาความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลหนองฮี

5) ผู้วิจัยจัดทำโครงการพัฒนารูปแบบฯ และจัดทำคู่มือดำเนินงานตามโครงการ

2.3 สถิติที่ใช้และการวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยการจำแนกและจัดระบบข้อมูล (Typology and Taxonomy) เพื่อจัดข้อมูลที่กระจัดกระจายให้อยู่เป็นระบบ จำแนกข้อมูลที่มีลักษณะคล้ายกัน มารวมกันไว้เป็นหมวดหมู่ให้สามารถเข้าใจได้ง่าย

2) ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงมาตรฐาน

ขั้นที่ 3 การวิจัย: (R2) เป็นการนำรูปแบบการดำเนินงานและแผนระวังโรคพิษสุนัขบ้า โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ที่ได้จากขั้นตอนที่ 2 ไปใช้กับกลุ่มเป้าหมาย

3.1 ประชากร เป็นเครือข่ายในชุมชนที่เลี้ยงสัตว์ในบ้าน เช่น สุนัข หรือแมว ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ดังนี้ เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งเป็นเครือข่ายในชุมชนที่เลี้ยงสัตว์ในบ้าน เช่น สุนัข หรือแมว มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ และเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) คือ ย้ายถิ่นที่อยู่ขณะดำเนินการวิจัย และเข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่าร้อยละ 80 โดยมีเครือข่ายเข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งเป็นแกนนำชุมชน อาสาปศุสัตว์ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3.2 กลุ่มตัวอย่าง เป็นเครือข่ายในชุมชนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก จำนวน 270 คน ซึ่งได้มาแบบสุ่ม (Sampling Random)

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 1 และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน จำนวน 10 ข้อ โดยเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) และแบบประเมินค่าแบบ Likert Scale แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด (ให้ 5 คะแนน) มาก (ให้ 4 คะแนน) ปานกลาง (ให้ 3 คะแนน) น้อย (ให้ 2 คะแนน) และ

น้อยที่สุด (ให้ 1 คะแนน) โดยแปลผลค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์กำหนด

2) แบบรายงานการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน

3.3.2 รูปแบบการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ชั้น คือ

1) บริบทและวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ตรวจสอบสภาพปัญหาการดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า และสรุปสภาพปัญหาโดยรวมเสนอผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

2) การจัดทำแผนงานดำเนินการ การจัดทำแผนหลักแบ่งออกเป็น 3 ประเด็น คือ (1) แผนการเฝ้าระวังและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ (2) แผนการเฝ้าระวังและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในคน และ (3) แผนการดำเนินการเมื่อเกิดโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่

3) การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ โดยการแต่งตั้งคณะทำงานระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรจากเครือข่ายต่างๆ มาร่วมดำเนินงาน

4) การสะท้อนปัญหาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประกอบด้วย การจัดประชุมเครือข่ายและชุมชน ระดมความคิดเห็น แลกเปลี่ยนเรียนรู้ กำหนดมาตรการของชุมชน พัฒนาเครือข่ายด้านองค์ความรู้ กระบวนการดำเนินงาน จัดหาวัคซีน วัสดุ อุปกรณ์งบประมาณ และการบูรณาการเป็นทีมเฉพาะกิจในกรณีมีการระบาดของโรคพิษสุนัขบ้า

3.4 วิธีดำเนินการวิจัย ในขั้นตอนนี้ออกแบบเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการพัฒนาโดยผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1) กำหนดพื้นที่วิจัย เป็นอำเภอหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด

2) ชั้นเตรียมการ

(1) ศึกษาค้นคว้าความรู้จากเอกสาร ตำรา แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

(2) วิเคราะห์บริบทกระบวนการพัฒนาและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และเครือข่ายในชุมชน

(3) ติดต่อประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินการวิจัย

(4) เตรียมความพร้อมกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของแผนการจัดกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล

(5) เตรียมและสร้างเครื่องมือในการดำเนินการวิจัย และรวบรวมข้อมูล

3) ขั้นตอนการทำวิจัย กระบวนการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

(1) การสำรวจสภาพปัญหาการดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า จากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน และเป็นเครือข่ายในชุมชนที่เลี้ยงสัตว์ในบ้าน เช่น สุนัข หรือแมว และสรุปสภาพปัญหาโดยรวม เสนอผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

(2) การจัดทำแผนงานดำเนินการ โดยแผนหลักแบ่งออกเป็น 3 ประเด็น คือ (1) แผนการเฝ้าระวังและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ (2) แผนการเฝ้าระวังและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในคน และ (3) แผนการดำเนินการเมื่อเกิดโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ และการดำเนินงาน โดยมีภารกิจย่อย 5 กิจกรรม คือ การเฝ้าระวังในคน การเฝ้าระวังในสัตว์ การสำรวจสัตว์พาหะนำโรค การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์และการควบคุมจำนวนสุนัข

(3) การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ โดยการแต่งตั้งคณะทำงานระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรจากเครือข่ายต่างๆ เช่น อาสาสมัครปศุสัตว์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้า

หน้าที่สาธารณสุขงานระบาดวิทยา โรงพยาบาลหนองฮี เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองฮี เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทุกแห่ง เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสิ่งแวดล้อม/สาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง เจ้าหน้าที่ปศุสัตว์อำเภอหนองฮี ปลัดอำเภอผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุข ผู้ใหญ่บ้านและกำนันทุกตำบล นายกองจัดการบริหารส่วนตำบลและนายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลทุกแห่ง และผู้อำนวยการโรงเรียนประถมศึกษาและมัธยมศึกษาในอำเภอหนองฮีทุกแห่ง มาร่วมดำเนินงาน

(4) การสะท้อนปัญหาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประกอบด้วย การจัดประชุมเครือข่ายและชุมชน คั้นข้อมูลจากการประเมินผล และระดมความคิดเห็น แลกเปลี่ยนเรียนรู้ กำหนดมาตรการของชุมชน พัฒนาเครือข่ายด้านองค์ความรู้ กระบวนการดำเนินงาน จัดหาวัคซีน วัสดุ อุปกรณ์ งบประมาณ การบูรณาการเป็นทีมเฉพาะกิจในกรณีการระบาดของโรคพิษสุนัขบ้า จัดตั้งศูนย์เฉพาะกิจโรคพิษสุนัขบ้าในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อเป็นศูนย์กลางประสานงานระหว่าง 3 หน่วยงาน ได้แก่ สาธารณสุข ปศุสัตว์ และท้องถิ่น โดยมีแกนนำและองค์กรชุมชน เข้าร่วมกำหนดบทบาทหน้าที่ให้กับทีม จากการระดมแนวคิด แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้เกิดกิจกรรมในการดำเนินงานที่สำคัญในพื้นที่ เช่น 1) จัดตั้งศูนย์ข้อมูลและประสานงานเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าทั้งในคนและสัตว์ เป็นจุดบริการวัคซีนในสุนัขและแมว 2) จัดทำโครงการประชาสัมพันธ์เชิงรุกเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3) โครงการอบรมพัฒนาศักยภาพเครือข่ายฉีดวัคซีนในสุนัขและแมว 4) สำรวจและจัดทำฐานข้อมูลสัตว์อย่างต่อเนื่องทุกปี ฉีดยาคุมกำเนิด ทำหมัน กำจัดสุนัขจรจัด 5) สร้างและพัฒนาเครือข่ายและระบบเฝ้าระวังโรคใน

พื้นที่ การลงพื้นที่สอบสวนโรคร่วมกันของทีมบูรณาการทั้งในคนและในสัตว์ การจัดประชุมประชาคมเครือข่าย และกำหนดมาตรการชุมชนและการสะท้อนปัญหาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยมีชุมชนเป็นตัวร่วมในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน เพื่อมุ่งสู่การเป็นพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ตามกิจกรรมสำคัญ คือ ฝ้าระวัง สอบสวนค้นหาคนและสัตว์ที่สัมผัสโรค ประชาสัมพันธ์เชิงรุกทั้งในวัด บ้าน โรงเรียน เคาะประตูบ้าน หอกระจายข่าว การเตรียมการ วัสดุอุปกรณ์ วัคซีน บุคลากร การอบรมฟื้นฟูความรู้ฝึกทักษะการปฏิบัติการฉีดวัคซีน การเตรียมพร้อมรับสถานการณ์ผิดปกติ ระดมเครือข่าย โดยการบูรณาการเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขร่วมกับอาสาสมัคร ในการฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรค และสร้างความรู้และความตระหนัก/ความรู้ในการเลี้ยงสัตว์ กฎหมายคุ้มครองสัตว์ พระราชบัญญัติโรคพิษสุนัขบ้า พ.ศ. 2535 และการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า รวมถึงการสร้างความร่วมมือด้านการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า คือ การจัดการปัญหาในครัวเรือนและในชุมชน การบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและปศุสัตว์

3.5 สถิติที่ใช้และการวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลความรู้และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่อง การแจกแจงของข้อมูล โดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov-Smirnov test พบว่าข้อมูลทั้ง 2 ตัวแปร มีการแจกแจงปกติ (Normal Distribution) ดังนั้น จึงวิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test ส่วนผลการประเมินความพึงพอใจวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ขั้นที่ 4 การพัฒนา: (D2) โดยเป็นการประเมินผลรูปแบบ

4.1 การประเมินผลหลังการพัฒนา โดยใช้แบบสอบถามการมีส่วนร่วม แบบทดสอบความรู้

แบบรายงานการดำเนินงานและฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า และแบบสอบถามความพึงพอใจ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้เสนอโครงร่างวิจัยโดยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ใบรับรองเลขที่ COE 079/2561 หลังจากผ่านการพิจารณาและได้รับอนุญาตในการทำวิจัยแล้ว ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว จากนั้นได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ อธิบายให้เข้าใจว่าการศึกษาค้างนี้ขึ้นกับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างว่าจะยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ก็ได้ และข้อมูลที่ได้นำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น และหากมีการนำข้อมูลไปอภิปรายเผยแพร่ จะเป็นการเสนอเฉพาะในเชิงวิชาการโดยเสนอผลในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยก่อนครบกำหนดได้ โดยไม่มีผลกระทบแต่อย่างใด และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย จึงให้ลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผลการวิจัย

1) ผู้ที่ร่วมรับผิดชอบงานทั้งหมด 56 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (53.6%) อายุเฉลี่ย 45 ปี (S.D. = 8.45) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า (60.7%) อาชีพรับราชการ (50.0%) ส่วนเครือข่ายในชุมชนทั้งหมด จำนวน 270 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (69.6%) อายุเฉลี่ย 43 ปี (S.D. = 11.18) จบการศึกษาระดับอนุปริญญา (46.7%) อาชีพรับจ้างหรือเกษตรกรกรรม (57.8%) รายได้เฉลี่ย 10,924 บาท (S.D. = 933.151) เลี้ยงสุนัขหรือแมวมาแล้วเฉลี่ย 4.7 ปี (S.D. = 2.05) จำนวนสัตว์เลี้ยงเฉลี่ย 3 ตัว (S.D. = 1.74) การได้รับข่าวสาร

เกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับข่าว 232 คน (85.9%) ได้รับข่าวผ่านโทรศัพท์ 62 คน (23.0%) เป็นข่าวเกี่ยวกับการระบาดของโรค 184 คน (68.1%) และช่องทางที่สะดวกในการรับข่าวสาร คือ วิทยุ 93 คน (34.4%) และโทรศัพท์ 92 คน (34.1%)

2) สภาพปัญหาก่อนการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ขาดความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ ทักษะการปฏิบัติภายหลังจากถูกสุนัขบ้าหรือสัตว์ที่สงสัยว่าบ้ากัด และการมีส่วนร่วมในการป้องกันสัตว์จากโรคพิษสุนัขบ้า การฉีดวัคซีนในสัตว์ การเฝ้าระวังทางอาการและการเฝ้าระวังเชิงรุก และตัวอย่างหัวข้อสุนัขที่ส่งตรวจให้ผลบวก จำนวน 2 หัว ขาดรูปแบบหรือแนวทางการดำเนินงานหรือแนวทางที่ชัดเจน และจากการสำรวจเครือข่ายในชุมชนที่เลี้ยงสัตว์ในบ้าน เช่น สุนัข หรือแมว ยังพบว่า เครือข่ายในชุมชนมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า โดยรวม 6.65 คะแนน จากคะแนนเต็ม 15 คน และมีคะแนนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (1.57 คะแนน จากคะแนนเต็ม 3 คะแนน)

3) รูปแบบการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน โดยมีหลักการของรูปแบบ คือ หลักการการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทุกระดับ โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชนแบบมีส่วนร่วม เนื้อหาประกอบด้วย การดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน กระบวนการ

ดำเนินงานของรูปแบบมี 4 ชั้น คือ (1) การศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา (2) การจัดทำแผนงาน (3) การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ โดยมีภารกิจหลัก 5 กิจกรรม คือ การเฝ้าระวังในคน การเฝ้าระวังในสัตว์ การสำรวจสัตว์พาหะนำโรค การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์และการควบคุมจำนวนสุนัข และ (4) การสะท้อนปัญหาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งการวัดและประเมินผล ประเมินผลจากคะแนนความรู้ การมีส่วนร่วม ความพึงพอใจ และความครอบคลุมของสุนัขและแมวที่ได้รับการฉีดวัคซีน และเงื่อนไขสำคัญที่ส่งผลให้รูปแบบประสบผลสำเร็จ คือ การมีส่วนร่วมของเครือข่ายทุกระดับ และการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

4) หลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า โดยรวมมากกว่าก่อนการพัฒนา ($p < .001$) โดยมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้ามากกว่าก่อนการพัฒนา 7.48 คะแนน (95%CI; 7.096, 7.858) ตัวอย่างมีคะแนนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า โดยรวมมากกว่าก่อนการพัฒนา ($p < .001$) โดยมีคะแนนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้ามากกว่าก่อนการพัฒนา 1.12 คะแนน (95%CI; 1.051, 1.191) และความพึงพอใจต่อรูปแบบการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.16, S.D. = 0.57) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า ก่อนและหลังการพัฒนา

ตัวแปร	n	Mean (S.D.)	Mean diff (SE)	95%CI		t	p
				Lower	Upper		
ความรู้							
ก่อนการพัฒนา	270	6.65(2.83)	7.48(0.19)	7.096	7.858	38.64	<.001*
หลังการพัฒนา	270	14.13(1.15)					
การมีส่วนร่วม							
ก่อนการพัฒนา	270	1.57(0.42)	1.12(0.03)	1.051	1.191	31.55	<.001*
หลังการพัฒนา	270	2.69(0.39)					

* มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ <.01

5) ผลการสำรวจสุนัขและแมว พบว่า มีสุนัข 4,897 ตัว และแมว 673 ตัว รวม 5,570 ตัว โดยสุนัขและแมวได้รับการฉีดวัคซีน 5,570 ตัว คิดเป็นร้อยละ 100

สรุปผลการวิจัย

ผู้วิจัยสรุปผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. รูปแบบการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน แบ่งเป็น 4 ชั้น คือ
1) การศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา
2) การจัดทำแผนงาน 3) การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ โดยมีภารกิจหลัก 5 กิจกรรม คือ การเฝ้าระวังในคน การเฝ้าระวังในสัตว์ การสำรวจสัตว์พาหะนำโรค การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ และการควบคุมจำนวนสุนัข และ 4) การสะท้อนปัญหาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้

2. การประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า พบว่า

1) หลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า โดยรวมมากกว่าก่อนการพัฒนา ($p < .001$) โดยมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้ามากกว่าก่อนการพัฒนา 7.48 คะแนน (95%CI; 7.096, 7.858)

2) หลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า โดยรวมมากกว่าก่อนการพัฒนา ($p < .001$) โดยมีคะแนนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้ามากกว่าก่อนการพัฒนา 1.12 คะแนน (95%CI; 1.051, 1.191)

3) ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean= 4.16, S.D. = 0.57)

4) ผลการสำรวจสุนัขและแมว พบว่า มีสุนัข 4,897 ตัว และแมว 673 ตัว รวม 5,570 ตัว โดยสุนัขและแมวได้รับการฉีดวัคซีน 5,570 ตัว คิดเป็นร้อยละ 100

อภิปรายผลการวิจัย

1. รูปแบบการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ

- 1) การศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา
- 2) การจัดทำแผนงาน
- 3) การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ โดยมีภารกิจหลัก 5 กิจกรรม คือ การเฝ้าระวังในคน การเฝ้าระวังในสัตว์ การสำรวจสัตว์พาหะนำโรค การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ และการควบคุมจำนวนสุนัข และ
- 4) การสะท้อนปัญหาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะว่ารูปแบบการดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากข้อมูลสภาพปัญหาและความต้องการของคนในพื้นที่ การประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการสังเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานที่ผ่านมา นอกจากนี้ ได้ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบจากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยข้อค้นพบดังกล่าว สอดคล้องกับการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าทั้งในคนและในสัตว์ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดมหาสารคาม¹² ที่ประกอบด้วย การจัดตั้งศูนย์ข้อมูลและประสานงานเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าทั้งในคนและสัตว์ เป็นจุดบริการวัคซีนในสุนัขและแมว การจัดทำโครงการประชาสัมพันธ์เชิงรุกเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โครงการอบรมพัฒนาศักยภาพเครือข่ายฉีดวัคซีนในสุนัขและแมว การสำรวจและจัดทำฐานข้อมูลสัตว์อย่างต่อเนื่องทุกปี นิตยาคุม ทำหมัน กำจัดสุนัขจรจัด การสร้างและพัฒนาเครือข่ายและระบบเฝ้าระวังโรคในพื้นที่การลงพื้นที่สอบสวนโรคร่วมกันของทีมบูรณาการทั้งในคนและในสัตว์ การจัดประชุมประชาคมเครือข่าย และกำหนดมาตรการชุมชนและการสะท้อนปัญหาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยมีชุมชนเป็นตัวร่วมในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน เพื่อมุ่งสู่การเป็นพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าตามกิจกรรมสำคัญ คือ เฝ้าระวังสอบสวนค้นหาคนและสัตว์ที่สัมผัสโรค

ประชาสัมพันธ์เชิงรุก ทั้งในวัด บ้าน โรงเรียน เคาะประตูบ้าน หอกระจายข่าว การเตรียมการ วัสดุอุปกรณ์ วัคซีน บุคลากร การอบรมฟื้นฟูความรู้ฝึกทักษะการปฏิบัติการฉีดวัคซีน การเตรียมพร้อมรับสถานการณ์ผิดปกติ ระดมเครือข่ายโดยการบูรณาการเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขร่วมกับอาสาสมัครสัตว์ในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรค และสร้างความรู้ความตระหนัก/ความรู้ในการเลี้ยงสัตว์ กฎหมายคุ้มครองสัตว์ พระราชบัญญัติโรคพิษสุนัขบ้า พ.ศ. 2535 และการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และการสร้างความร่วมมือด้านการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า คือ การจัดการปัญหาในครัวเรือนและในชุมชนการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และปศุสัตว์¹³ รวมถึงมีผลการศึกษาเช่นเดียวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ทำการศึกษาในจังหวัดจันทบุรี โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนความรู้ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกัน¹⁴

2. สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 หลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า มากกว่าก่อนการพัฒนา โดยผลการวิจัยพบว่า หลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า โดยรวมมากกว่าก่อนการพัฒนา ($p < .001$) โดยมีคะแนนมากกว่าก่อนการพัฒนา 7.48 คะแนน (95%CI; 7.096, 7.858) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้วิจัยได้สำรวจความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า ของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชนจำนวน 56 คน และเครือข่ายในชุมชนที่เลี้ยงสัตว์ในบ้าน เช่น สุนัข หรือแมว จำนวน 270 คน และคืนข้อมูลในขั้นที่ 2 การพัฒนา (D1) นอกจากนั้น เครือข่ายยังประชาสัมพันธ์เชิงรุกทั้งในวัด บ้าน โรงเรียน เคาะประตูบ้าน หอกระจายข่าว การเตรียมการ วัสดุ

อุปกรณ์ วัคซีน บุคลากร การอบรมฟื้นฟูความรู้ฝึกทักษะการปฏิบัติการฉีดวัคซีน การเตรียมพร้อมรับสถานการณ์ผิดปกติ ระดมเครือข่าย โดยการบูรณาการเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขร่วมกับอาสาสมัคร ในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรค และสร้างความรู้ความตระหนัก/ความรู้ในการเลี้ยงสัตว์ กฎหมายคุ้มครองสัตว์ พระราชบัญญัติโรคพิษสุนัขบ้า พ.ศ. 2535 และการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และการสร้างความร่วมมือด้านการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า การบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัคร โดยสอดคล้องกับการศึกษาในจังหวัดชลบุรี ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ (96.2%) โดยแหล่งข้อมูลข่าวสารที่เข้าถึงมากที่สุด ได้แก่ โทรทัศน์และเคเบิลทีวี (92.3%) บุคลากรสาธารณสุข (87.1%) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (86.2%)¹⁵

3. สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 หลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้ามากกว่าก่อนการพัฒนา โดยผลการวิจัยพบว่า หลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า โดยรวมมากกว่าก่อนการพัฒนา ($p < .001$) โดยมีคะแนนมากกว่าก่อนการพัฒนา 1.12 คะแนน (95%CI; 1.051, 1.191) ซึ่งผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้ อาจเนื่องมาจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน และเครือข่ายในชุมชนที่เลี้ยงสัตว์ในบ้าน เช่น สุนัข หรือแมว ได้มีส่วนร่วมทุกขั้นตอน ตั้งแต่การสำรวจปัญหา การวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล โดยค้นพบดังกล่าวพบผลเช่นเดียวกับการดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า จังหวัดบึงกาฬ ที่พบว่า หลังการดำเนินงานผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีผลการดำเนินงานอยู่ในระดับมาก¹⁰

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงจุดเด่นของรูปแบบฯ การวิจัยครั้งนี้ คือ การมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ซึ่งมีความสำคัญอันดับแรกในดำเนินงานและเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน เนื่องจากประชาชนเป็นเจ้าของสัตว์เลี้ยง ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะองค์การบริหารส่วนตำบล หรือเทศบาลตำบล ควรนำรูปแบบนี้ไปดำเนินการในพื้นที่ ทั้งนี้ หน่วยงานจะต้องให้ความรู้ สร้างความตระหนัก และสร้างการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าอย่างต่อเนื่อง

2. การนำรูปแบบความสำเร็จในอำเภอหนองฮีไปดำเนินการขยายผลสู่เขตอื่นๆ ที่มีพื้นที่ติดต่อกันหรือเขตที่เป็นพื้นที่รอยต่อที่มีปัญหาเช่นเดียวกัน ด้วยกลวิธีการดำเนินงานการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ทุกกลุ่ม ทุกวัยให้ได้ผลเช่นเดียวกัน มีความเป็นไปได้สูง เนื่องจากกิจกรรมเกิดจากการมีส่วนร่วม การเรียนรู้ร่วมกัน และดำเนินการสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

3. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นควรกำหนดมาตรฐานกลางและข้อบังคับให้ทุกท้องถิ่นนำไปใช้เป็นหลักเกณฑ์และแนวทางปฏิบัติในการออกเทศบัญญัติ/ข้อบัญญัติท้องถิ่นในส่วนที่เกี่ยวข้องตั้งแต่สำรวจจดทะเบียนเพื่อทราบจำนวนสุนัขและแมว เพื่อเป็นฐานข้อมูลอ้างอิงในการจัดตั้งค่าของประมาณ การกำหนดเกี่ยวกับการควบคุมโรคติดต่อในสัตว์เลี้ยง จัดระเบียบการเลี้ยงสัตว์เลี้ยงทุกชนิดในบ้าน การกำหนดการมีสัตว์เลี้ยงให้เหมาะสมกับพื้นที่ครัวเรือน และมาตรการบังคับใช้อย่างเคร่งครัด เพื่อให้เกิดการปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้ ส่งผลให้ได้รูปแบบการดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน ซึ่งเป็น

รูปแบบเบื้องต้น เพื่อให้เกิดการดำเนินงานด้านกระบวนการจัดการให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมยิ่งขึ้น ควรมีการศึกษาโดยการเพิ่มวงรอบการวิจัยขึ้นเป็นอีกหลายวงรอบ เพื่อให้ได้กระบวนการที่ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์ปิ๊ด ทั่งไพศาล นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด นายอำเภอหนองฮี สาธารณสุขอำเภอหนองฮี องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายสุขภาพอำเภอหนองฮี ผู้นำชุมชน กำนันผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครปศุสัตว์ และเครือข่ายผู้เลี้ยงสุนัขหรือแมวทุกท่าน ที่เข้าร่วมวิจัยและอำนวยความสะดวก ทำให้โครงการวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง

REFERENCES

1. Division of Communicable Disease. Department of Disease Control. MOPH. Rabies Awareness Series. 3th ed. Nonthaburi, 2011. (in Thai)
2. Thai Rabies Net. RABIES in animal [online]. 2018 [cited 2018/4/2]. Available from: <http://www.thairabies.net/trn/report.aspx> (in Thai)
3. Division of Communicable Disease. Department of Disease Control. MOPH. Reports disease surveillance systems 506, Rabies. 2018 [online]. [cited 2018/4/2]. Available from: http://www.boe.moph.go.th/boedb/surdata/506wk/y61/d42_1161.pdf (in Thai)
4. Nong Hi District Public Health Office. Report of the operation for the fiscal year 2018. Nong Hi District Health Network, Roi-Et Province, 2018. (in Thai)
5. Department of Disease Control. Rabies situation in Thailand [online]. 2018 [cited 2018/4/7]. Available from: <http://www.ddc.moph.go.th>.
6. Bureau of Disease Control and Veterinary Services. Information system for rabies surveillance [online]. 2016 [cited 2016/4/2]. Available from: <http://www.thairabies.net/dashboard/default.aspx>.
7. Phisek, S and Saweerach, P. Risk factors of rabies in dogs in Mahasarakham Province 2014-2016. KKU Veterinary Journal, 2019; 29(2): 71-81. (in Thai)
8. Nilpan, M. Educational research methodology. 8thed. Nakhon Pathom: Silpakorn University Press, 2014. (in Thai)
9. Beakley, B. A., Yoder, S. L., and West, L. L. Community-based instruction: A guidebook for teachers. VA: Council for Exceptional Children, 2003.
10. Yangsri, H. The development model for rabies implemented surveillance in the community to rabies free zone in Meungbuengkan district, Buengkan province. Thesis of Master Degree of Public Health, MAJOR Public Health, Mahasarakham University, 2017. (in Thai)
11. Chokluechai, K. People Participation in Rabies Prevention at Najomtien, Na Chom Thian Sub-district Administration Organization Office, Chonburi. Thesis of Master Degree of Public Administration Program in Public Management Graduated School of Commerce, Burapha University, 2016. (in Thai)
12. Sripoo Wong, W., et al. The Operation of Rabies Free Zone of Both Human and Animal Rabies with Community Participation Approach in Kantharawichai District, Mahasarakham

- Province. Journal of Health Science, 2017; 26(2): 301-309. (in Thai)
13. Sontisirikrit, S., Leuwrak, J., Thantawiwatanaon, N., Boonnuam, T., Deangsriloy, P., and Aim-sirithaworn, S. Collaborative innovation and synergistic strategies for rabies free zone using One Health approach in Ladkrabang District, Bangkok, 2015. Disease Control Journal, 2016; 42(1): 25-35. (in Thai)
14. Thanaprasitpattana, M. The effect of a program to promote knowledge and awareness on Rabies Prevention of Village Health Volunteers, Nong Ta Khong Sub-district, Pong Nam Ron District, Chanthaburi Province, 2018. (in Thai)
15. Ragsakhom, B. and Chayaphong, A. Evaluation of information perception about diseases and health hazards, disease prevention and control behavior, and image of the Department of Disease Control on Thais in Local Disease Control Office at 6, Chonburi Province. Journal of Office of Disease Prevention and Control 10, 2018; 16(2): 38-57. (in Thai)



ประชาสัมพันธ์การส่งบทความวิจัย เพื่อตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาลและการศึกษา

ผู้ที่ส่งบทความตีพิมพ์ หากไม่ได้เป็นสมาชิกวารสาร ต้องสมัครเป็นสมาชิก อย่างน้อย 3 ปี (เฉพาะผู้เขียนชื่อแรก) ลักษณะของบทความที่ตีพิมพ์

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

การส่งต้นฉบับบทความวิจัย/วิชาการ เพื่อขอรับการตีพิมพ์

ผู้เขียนบทความต้องศึกษารายละเอียดและหลักเกณฑ์การจัดทำต้นฉบับตามที่วารสารกำหนด ทั้งนี้โปรดตรวจสอบการพิมพ์ และคำผิดแก้ไขให้ถูกต้อง และส่งบทความเข้าระบบ Thai Journals Online (Thai-UO) 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 และระยะเวลา การแก้ไขไม่ควรเกิน 2 สัปดาห์

หลักเกณฑ์และรูปแบบการจัดทำต้นฉบับบทความวิจัย เพื่อขอรับการตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาลและการศึกษา

ทั้งนี้เมื่อบทความได้รับการตีพิมพ์ ผู้เขียนบทความจะได้รับวารสารฉบับที่บทความนั้นตีพิมพ์จำนวน 3 ฉบับ โดยจะส่งให้ผู้เขียนที่เป็นชื่อแรก

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) เอกสารอ้างอิงที่เป็นภาษาไทยจะต้องแปลเป็นภาษาอังกฤษรายการ โดยผู้เขียนที่จะ ส่งบทความวิจัย/วิชาการ เพื่อขอตีพิมพ์ในวารสารฯ ต้องเขียนเอกสารอ้างอิงโดยจัดเรียงคู่กัน คือ เรียงเอกสารอ้างอิงภาษาอังกฤษที่แปลขึ้นก่อน และเติมคำว่า “(in Thai)” ต่อท้าย แล้วตามด้วยเอกสารอ้างอิงภาษาไทย

หมายเหตุ การให้ผู้เขียนจัดเรียงการเขียนเอกสารอ้างอิงลักษณะนี้ เพื่อให้กองบรรณาธิการ ใช้ในการตรวจสอบความถูกต้องของการอ้างอิง โดยสำหรับขั้นตอนการตีพิมพ์ ทางกองบรรณาธิการจะปรับใช้ เฉพาะรายการเอกสารอ้างอิงที่แปลเป็นภาษาอังกฤษแล้ว

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 ไปตามลำดับที่อ้างก่อนหลัง โดยใช้เลขอารบิก และทุกครั้งที่มีการอ้างซ้ำจะต้องใช้หมายเลขเดิมในการอ้างอิง

5) การอ้างอิงเอกสารมากกว่า 1 ฉบับต่อเนื่องกัน จะใช้เครื่องหมายติงศกัณฑ์ (hyphen หรือ -) เชื่อมระหว่างฉบับแรกถึงฉบับสุดท้าย เช่น 1-3 แต่ถ้าอ้างอิงถึงเอกสารที่มีลำดับไม่ต่อเนื่องกัน จะใช้เครื่องหมายจุลภาค (Comma หรือ ,) โดยไม่มีการเว้นช่วงตัวอักษร เช่น 4,6,10

○ **รูปแบบการพิมพ์เอกสารอ้างอิงท้ายบทความ** ให้พิมพ์ตามลำดับการอ้างอิงตามหมายเลขที่ได้ อ้างถึงในเนื้อหาของบทความ 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 ริงสรรค์ 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 จุฑามาต สนกกน. ปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองเพื่อการสร้างสรรค์ ผลงานทาง วิชาการของอาจารย์สถาบันอุดมศึกษาเอกชน 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) [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]; ปีที่/เล่มที่: หน้า/about screen. เข้าถึงได้จาก/Available from: <http://.....>

ตัวอย่าง วนิตา สติประเสริฐ, ยุวดี ลีลัคณาวิระ 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)



■ Academic Article

- Field Notes: Important Instrument for Qualitative Researcher
- New Public Management Concept : Trends of Nursing Professional in Ministry of Public Health

■ Research Article

- Factors Influencing Pain Management Behaviors of Work-Related Musculoskeletal Disorders among Fruits Farmers in Chanthaburi Province
- Factors Influencing for Falls of In-Patients at a Regional Hospital in Bangkok Metropolis
- Lifestyle and Related Factors that Prevention Diabetes Type 2 in the Pre-Diabetes Group of Phitsanulok Province
- Learning Styles and Teaching Methods in Adult Health Nursing Course of the 2nd Year Nursing Students at Khon Kaen University
- The Development of Instructional Design and Development System to Enhance the Humanized Care Behaviors for Students of Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health
- The Development of Community-based Rabies Implementation and Surveillance Model



**PRABOROMARAJCHANOK
INSTITUTE MINISTRY OF PUBLIC HEALTH**

E-mail: nursing2551@gmail.com