



วารสาร กองการพยาบาล Journal of Nursing Division

ปีที่ 52 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2568

Vol 52 No.1 January-April 2025

ISSN XXXX-XXXX (online)

วารสารกองการพยาบาล

Journal of Nursing Division

ปีที่ 52 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2568 Vol. 52 No.1 January-April 2025 ISSN 2673-0316

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้และนวัตกรรมทางการพยาบาล
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัยของบุคลากรทางการพยาบาล ในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่น ๆ
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคลากรทางการพยาบาลและผู้ที่สนใจหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล

ชื่อวารสาร ภาษาไทย

: วารสารกองการพยาบาล

ภาษาอังกฤษ

: Journal of Nursing Division

ขอบเขต

วารสารกองการพยาบาลจะตีพิมพ์บทความที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลการผดุงครรภ์การสาธารณสุขหรือสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล ดังนี้

1. บทความวิจัยทุกประเภท ทั้งจากส่วนบริการ ส่วนการศึกษา และส่วนสนับสนุน
2. บทความวิชาการได้แก่ บทความด้านการศึกษา การบริหาร และบริการพยาบาล (ผลงานการพัฒนาคุณภาพนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีทางการพยาบาล)
3. ข่าวสาร สารน่ารู้ ที่มาจากองค์กรพยาบาล องค์กรสาธารณสุข และองค์กรที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ

กำหนดออก

ปีละ 3 ฉบับ คือ มกราคม -เมษายน พฤษภาคม -สิงหาคม กันยายน -ธันวาคม

บทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสารกองการพยาบาล ถือว่าเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ผู้เขียนต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง อย่างไรก็ตามกองการพยาบาล และกองบรรณาธิการมีสิทธิที่จะแก้ไขข้อความให้ถูกต้อง ตามหลักภาษา และความเหมาะสมได้

เจ้าของ

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
อาคาร 4 ชั้น 4 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 0-2590-6294 โทรสาร 0-2590-6295
Website: <https://www.don.go.th/>
อีเมล: ndjournal@gmail.com

Copyright

Nursing Division, Office of Permanent Secretary
Building 4, 4thFloor Department of Medical Services,
Ministry of Public Health โทรศัพท์ 0-2590-6294
Tiwanon Rd, Muang District, Nonthaburi 11000
Website: <https://www.don.go.th/>
Tel. 0-2590-6294 Fax 0-2590-6295
E-mail: ndjournal@gmail.com

กองบรรณาธิการ วารสารกองการพยาบาล

(EDITORIAL BOARD Journal of Nursing Division)

คณะที่ปรึกษา Advisory Board

- | | | | | |
|------------------|-------------|-----------|----------------|--------------|
| 1. ดร.ธีรพร | สถิธิอังกูร | Teeraporn | Sathira-angura | กองการพยาบาล |
| 2. อาจารย์ศิริมา | ลีลวงค์ | Sirima | Leelawong | สภาการพยาบาล |

บรรณาธิการ Editor

- | | | | |
|----------------------|----------------|-------------------------|--------------|
| 1. อาจารย์อัมราภัสร์ | อรรถชัยวัฒน์ | Amarapas Atthachaiwat | กองการพยาบาล |
| 2. ดร.กนกพร | แจ่มสมบุญ | Dr.Kanogporn Jamsomboon | กองการพยาบาล |
| 3. ดร.ศศมน | ศรีสุทธิศักดิ์ | Dr.Sasamon Srisuthisak | กองการพยาบาล |
| 4. นายวชิรา | โพธิ์ใส | Vachira Posai | กองการพยาบาล |

กองบรรณาธิการ Editorial Board

- | | | | |
|--|---------------|--|---------------------------------------|
| 1. ศาสตราจารย์ ดร.อุษาวดี | อัศดรวิเศษ | | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| (Professor Dr. Usavadee Asdornwised) | | | |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ | พุกาพิทักษ์ผล | | มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช |
| (Associate Professor Dr. Somjai Puttapitukpol) | | | |
| 3. รองศาสตราจารย์ ดร.ภูษิตา | อินทรประสงค์ | | สถาบันบรมราชชนก |
| (Associate Professor Dr. Bhusita Intaraprasong) | | | |
| 4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พวงผกา | กรีทอง | | มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช |
| (Assistant Professor Dr. Phuangphaka Krethong) | | | |
| 5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลรัตน์ | เทอร์เนอร์ | | สถาบันบรมราชชนก |
| (Assistant Professor Dr. Kamolrat Turner) | | | |
| 6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดนุลดดา | จามจรี | | มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร |
| (Assistant Professor Dr. Danulada Jamjuree) | | | |
| 7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร | โฟน โบร์แมนน์ | | มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| (Assistant Professor Dr. Suparpit (Maneesakorn) von Bormann) | | | |

ผู้ช่วยบรรณาธิการ Assistant Editor

- | | | | |
|------------------|---------|------------------|--------------|
| 1. นางวิภา | ตุนาค | Wipa Tunak | กองการพยาบาล |
| 2. นางสาวศุภิสรา | พลครุฑ | Supisara polkrut | กองการพยาบาล |
| 3. นางสาวสุพิชชา | อุดมไชย | Supicha Udomchai | กองการพยาบาล |

เจ้าหน้าที่บริหารจัดการ Management Staff

- | | | |
|-------------------|------------|--------------|
| 1. นายนิชฌาน | เทือกบุญโญ | กองการพยาบาล |
| 2. นางกนกอร | บุญมาก | กองการพยาบาล |
| 3. นางจารุวรรณ | จันทา | กองการพยาบาล |
| 4. นายภูวนาด | บ่อมเมือง | กองการพยาบาล |
| 5. นางสาวรสรินทร์ | บุญเหลี่ยม | กองการพยาบาล |

วารสารกองการพยาบาล (Journal of Nursing Division)
รายนามผู้พิจารณากลับกรองบทความวิจัย (Peer review)

1. ศาสตราจารย์ ดร.อุษาวดี อัครวิเศษ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ศาสตราจารย์ ดร. จงกลณี เรืองอัมพร โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
3. รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล มหาวิทยาลัยสุโขทัยนครราชสีมา
4. รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง มหาวิทยาลัยสุโขทัยนครราชสีมา
5. รองศาสตราจารย์ ดร.ภูษิตา อินทรประสงค์ สถาบันพระบรมราชชนก
6. รองศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
7. รองศาสตราจารย์ ดร.เวหา เกษมสุข มหาวิทยาลัยมหิดล
8. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พวงผกา กรีทอง มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
9. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ สถาบันพระบรมราชชนก
10. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา สถาบันพระบรมราชชนก
11. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพน โบร์แมนน์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
12. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดนุลดดา จามจรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
13. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรัชย์ มณีเนตร มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
14. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชวภณ สารข้าวคำ มหาวิทยาลัยมหิดล
15. ดร.กฤษดา แสงดี สภาการพยาบาล
16. นางศิริมา ลีละวงศ์ สภาการพยาบาล
17. ดร.นวรรตน์ สุทธิพงศ์ สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์
18. ดร.ชลิยา วามะลุน โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
19. ดร.จิราภรณ์ ศรีไชย ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์
20. ดร.ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล มหาวิทยาลัยมหิดล
21. นางสาวโคกิชฐ์ สุวรรณเกษาวงษ์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี
22. ดร. สุรีย์พร กุมภะคาม นักวิชาการอิสระ
23. นางสาวสมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ นักวิชาการอิสระ
24. ดร.ศศมน ศรีสุทธิศักดิ์ นักวิชาการอิสระ
25. ดร.ธีรพร สติธอังกูร กองการพยาบาล
26. ดร.อรรธยา อมรพรหมภักดี กองการพยาบาล

วารสารกองการพยาบาล (Journal of Nursing Division)
รายนามผู้พิจารณากลับนกรองบทความวิจัย (Peer review)

(ต่อ)

27. ดร.กนกพร	แจ่มสมบูรณ์	กองการพยาบาล
28. ดร.พัชรีย์	กัลดิจอมพงษ์	กองการพยาบาล
29. นางอัมราภัสร์	อรรธชัยวัฒน์	กองการพยาบาล
30. นางสาวอุไรพร	จันทะอุมเม้า	กองการพยาบาล
31. นางสาวขวัญนภา	ขวัญสถาพรกุล	กองการพยาบาล
32. ร.ต.อ.หญิง ยุรีพรรณ	วณิชโยบล	กองการพยาบาล
33. นางนันทรัตน์	ศรัวิธรางกูร	กองการพยาบาล
34. นายวชิรา	โพธิ์ไธ	กองการพยาบาล
35. นายภราดร	ยิ่งยวด	กองการพยาบาล

สารบัญ		Content
บรรณานุกรมแดง		Chief Editorial
บทความวิจัย		
การพัฒนาและประเมินผลแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล ในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูง โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต	1	The Development and Evaluation of Clinical Nursing Practice Guideline for Persistent Pulmonary Hypertension of the Newborn in Vachira Phuket Hospital Choo Sri Tewsakul Oranong Saratham
ชูศรี ตีวสกุล อรอนงค์ สาระท่า		
ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ปียเนตร ศิริทิชากร พันธุ์ศักดิ์ วงศ์คำแก้ว ปิยวรรณ กุมภีรัตน์	17	Effects of a health literacy promotion program on behavior to prevent urinary tract infection Piyamate Sirithichakorn Phansak Wongkhumkaew Piyaworn Kumphirat
การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ของผู้บริหาร ทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช เดชอุดม	29	The Development of nursing supervision models for the First-Level Nurse Executives at Detudom Crown Prince Hospital, Ubon Rathchathani Utaiwan Viboonkittanakorn Narisara Thongngam Waraporn Somdee Watcharaphan Wongkhamphan
อุทัยวรรณ วิบูลกิจธนากร นริศรา ทองงาม วรารณณ์ สมดี วัชรพันธ์ วงศ์คำพันธ์		
ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกัน โรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้รับบริการในคลินิกตรวจ สุขภาพ	43	Effects of a health promotion program on cardiovascular disease prevention behavior among clients in health check-up clinics Piyachat Tapana Rungrote Salab Wiwat Laochai
ปิยฉัตร ธารปนา รุ่งโรจน์ สลับ วิวัฒน์ เหล่าชัย		
การเปรียบเทียบทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของ นักศึกษาพยาบาล	56	Comparison of learning skills in the 21 st century of nursing students Tassanee Attharos Anchalee Jantapo
ทัศนีย์ อรรถารส อัญชลี จันทาโก		
ผลลัพธ์การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ที่มี ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย	68	Outcomes of the Quality of Life-Promoting Activities for Children with Cleft Lip and Palate in Northeastern Thailand Suteera Pradubwong Aporn Yimneum Yupin Paggasang Palakorn Surakunprapha Kamonwan Jenwitheesuk Bowornsilp Chowchuen
สุธีรา ประดับวงษ์ อภรณ์ ยิ้มเนียม ยุพิน ปักกะสังข์ พลากกร สุรกุลประภา กมลวรรณ เจนวิถีสุข บวรศิลป์ เขาวนชื่น		
การพัฒนาแบบการนิเทศทางการพยาบาลโรงพยาบาล ชุมแพ จังหวัดขอนแก่น	79	Development of Nursing Supervision Model at Chumphae Hospital, KhonKaen Province Lamom Chaisiri Chayanit Sriraksa Sittipong Siripratum
ละม่อม ไชยสิริ ชญานิศ ศรีรักษา สิทธิพงษ์ ศิริประทุม		

สารบัญ		Content
บทความวิจัย (ต่อ)		
สมรรถนะการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลตามขั้นตอนการคิดเชิงออกแบบ	96	Learning Competency of Nursing Students Based on Design Thinking Process
กาญจนา เจริญศิริวงศ์ อัญชลี จันทาโก		Kanjana Siricharoenwong Achalee Jantapo
ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบูรณ์	107	The Relationship between Social Media Usage Behavior and Depression among Lower Secondary School Students at a Private School in Phetchabun Province
ภัทรพิชชา ครุฑทางคะ พัดชา ไชยลำแดง กษิดิศ ครุฑทางคะ		Phatphitcha Kruthangka Patcha Chaisamdaeng Kasidis Kruthangka
ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดปทุมธานี	121	Factors Influencing Sarcopenia Among Older Adults in the Community, Pathum Thani Province
ยุภา โฟผา วัชรภรณ์ วงศ์สกุลกาญจน์ ทศพร ชูศักดิ์ พรรณี บุญชรหัตถกิจ		Yupa Phopa Watcharaporn Wongsakoonkan Thassaporn Chusak Pannee Banchonhattakit
การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลด้านการบริหารกลุ่มยาความเสี่ยงสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม	135	Development and evaluation of nursing practice guidelines for administering high-alert medications in patients with post open-heart surgery at surgical intensive care unit
สุติภรณ์ ณะช้อย มธุรส ณัฐฐารมณณ์ ประณีต ส่งวัฒนา		Sutiporn Nachoy Mathuros Nattharom Praneed Songwathana

บรรณาธิการแถลง

วารสารกองการพยาบาลฉบับนี้เป็นฉบับแรก ของปีพุทธศักราช 2568 อันเป็นปีที่ 52 ของวารสาร ซึ่งได้รับความสนใจจากสมาชิก นำบทความวิชาการและบทความวิจัย ส่งเข้ามาตีพิมพ์อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งทีมงานกองบรรณาธิการ ได้ช่วยกันดำเนินการด้วยความละเอียดรอบคอบ และทุ่มเท เป็นอย่างมากติดต่อกันมาอย่างต่อเนื่องเช่นกัน จึงหวังว่า สมาชิกทุกท่านจะติดตามผลงานของเราในฉบับต่อไป

วารสารกองการพยาบาลมีการปรับปรุงคุณภาพมาอย่างต่อเนื่อง เป็นวารสารที่เผยแพร่แบบออนไลน์ (Electronic journal) เพียงอย่างเดียว เพื่อเพิ่มการเข้าถึงของผู้อ่านได้อย่างกว้างขวาง และเป็นวารสารที่ตีพิมพ์บทความวิจัย และ บทความวิชาการทันทีที่บทความแต่ละเรื่องดำเนินการตามกระบวนการและขั้นตอนของวารสารเรียบร้อย (Real time) โดยไม่จำเป็นต้องรอรวมเล่ม และได้ปรับปรุงเนื้อหาให้มีคุณภาพและมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้เชี่ยวชาญทางด้านวิชาการและการวิจัยจากภายนอกเป็นผู้ประเมินบทความ (Peer review) ที่มีความหลากหลายทางด้านวิชาการ และเป็นการตรวจสอบและคัดสรรบทความวิชาการและงานวิจัยที่มีคุณภาพมีมาตรฐานเหมาะสมต่อการเผยแพร่

บรรณาธิการขอเชิญชวนนักวิชาการ สหวิชาชีพ พยาบาลประจำการ พยาบาลเฉพาะทาง พยาบาลผู้เชี่ยวชาญชั้นสูง ที่ให้การดูแลผู้ป่วย ประชาชนทั่วไปและชุมชน ส่งงานวิจัย นวัตกรรมและบทความวิชาการต่างๆ โดยไม่ต้องสมัครเป็นสมาชิกวารสาร ทั้งนี้กองการพยาบาลต้องการให้วารสารนี้เป็นสื่อและแหล่งความรู้ ให้กับมวลสมาชิกและผู้อ่านทุกท่าน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ความรู้ที่ทันสมัยในด้านวิชาการและการดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน โดยเนื้อหาสาระของวารสารฉบับนี้มีบทความที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์ทางด้านวิชาการและงานวิจัย ผู้อ่านสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้

ขอขอบคุณสมาชิกและท่านผู้อ่านที่เป็นทั้งพยาบาลและเพื่อนร่วมวิชาชีพสหสาขาต่างๆที่สนใจในการส่งบทความวิชาการและงานวิจัยลงเผยแพร่ในวารสารกองการพยาบาล และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านผู้อ่านทุกท่านจะสนใจเนื้อหา และส่งบทความวิจัยหรือบทความวิชาการมาเผยแพร่กันอย่างต่อเนื่องต่อไป

ดร.กนกพร แจ่มสมบุญ

บรรณาธิการ

เมษายน 2568

การพัฒนาและประเมินผลแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูง โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

ชูศรี ด้วงสกุล* พย.ม. (การพยาบาลแม่และเด็ก)

อรอนงค์ สารระท่า** พย.ม. การพยาบาลเด็ก

(รับ: 5 กุมภาพันธ์ 2568, แก้ไข: 28 กุมภาพันธ์ 2568, ตอรับ: 5 มีนาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อ (1) ออกแบบและพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูง (2) ประเมินประสิทธิผลการใช้แนวทางปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่าง คือ (1) พยาบาลวิชาชีพหออภิบาลทารกแรกเกิด 22 คน (2) กุมารแพทย์ 5 คน และ (3) ทารก 49 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันเลือดในปอดสูงเข้ารับการรักษาที่ NICU เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผ่านการตรวจคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน t-test และ Chi-square

ผลการศึกษาแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะ PPHN และการนำแนวปฏิบัติไปใช้ พบว่า ความเป็นไปได้ของการนำไปใช้ อยู่ในระดับมากที่สุด 4 แนวทาง คือ (1) การเตรียมความพร้อมรับและติดตามอาการทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง (2) การประเมินสภาพคัดกรองทารกกลุ่มเสี่ยงและช่วยเหลือเบื้องต้น (3) การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะ PPHN และ (4) การวางแผนส่งต่อจำหน่าย และพบ 2 แนวทางที่มีความเป็นไปได้ระดับมาก คือ (1) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะรักษาพยาบาล และ (2) การเตรียมความพร้อมของบิดามารดา พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวทางปฏิบัติ มากที่สุด (Mean 4.9, SD .21) การเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติ พบว่า (1) จำนวนวันนอน (Mean 14.90, SD 8.66) และ (2) ค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลง (Mean 335,786.95, SD 213,874.11) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 57.14 เป็น ร้อยละ 80 ดังนั้น ควรมีการใช้แนวทางปฏิบัติและพัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อไป

คำสำคัญ ทารกแรกเกิด ภาวะความดันเลือดในปอดสูง แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

Corresponding author E-mail: noipkt19@gmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

The Development and Evaluation of Clinical Nursing Practice Guideline for Persistent Pulmonary Hypertension of the Newborn in Vachira Phuket Hospital

Choosri Tewsakul* MS.N. (Maternal and Child Nursing)

Oranong Saratham** M.S.N. (Pediatric Nursing)

(Received: February 5, 2025, Revised: February 28, 2025, Accepted: March 5, 2025)

Abstract

This research and development aimed to: (1) design and develop a clinical nursing practice guideline for caring of newborns with persistent pulmonary hypertension; and (2) evaluate the effectiveness of the guideline after its implementation. The sample consisted of (1) 22 NICU nurses; (2) 5 pediatricians; and (3) 49 newborns diagnosed with PPHN who received treatment at the NICU. The research instruments were validated for content validity and reliability. Data were analyzed using frequency, percentages, means, standard deviations, t-tests, and Chi-square.

The results on the developed clinical nursing practice guideline for caring of newborns with PPHN after the implementation, revealed that the 4 highest feasibilities of the guidelines were (1) preparing and monitoring of at-risk newborns; (2) screening and providing initial assistance for at-risk newborns; (3) nursing care for newborns with PPHN; and (4) discharge planning. The 2 guidelines having a high feasibility included (1) preventing complications during treatment; and (2) preparing the parents. Nurses expressed the highest satisfaction with the guideline (Mean 4.95, SD .21). Comparing the clinical outcomes on pre- and post-implementation, revealed a significant reduction on (1) length of stay (Mean 14.90, SD 8.66); and (2) the medical expense (Mean 335,786.95, SD 213,874.11), yielding p-value of < .05. The survival rate increased from 57.14% to 80%. Thus, the findings suggest the guidelines should be continuously implemented and developed.

Keywords: Neonates, Persistent Pulmonary Hypertension, Nursing Practice Guideline

* Nurse Specialist, Vachira Phuket Hospital, Phuket Province, Thailand.

Corresponding author E-mail: noipkt19@gmail.com

* Nurse Specialist, Vachira Phuket Hospital, Phuket Province, Thailand.

บทนำ

ภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิด หรือ Persistent pulmonary hypertension of the newborn (PPHN) ปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุข¹ และภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรง ทำให้มีโอกาสเสียชีวิตสูง² จากการศึกษาในประเทศแถบเอเชียใน 6 ประเทศ³ พบอุบัติการณ์ทารกมีภาวะ PPHN ประมาณ 1.2 – 4.6 ต่อพันการเกิดมีชีพ อัตราการตายจากทุกสาเหตุอยู่ที่ร้อยละ 20.6⁴ สำหรับประเทศไทย พบประมาณ 1.8 - 2 ต่อพันการเกิดมีชีพ และอัตราการตายประมาณร้อยละ 40 - 80 ทารกแรกเกิดที่มีภาวะ PPHN เกิดจากการที่เส้นเลือดในปอดมีความต้านทานสูงขึ้น ไปขัดขวางให้เลือดที่ไหลไปปอดลดลง ก่อให้เกิดการลัดวงจรของเลือดดำจากหัวใจด้านขวา ไหลไปยังหัวใจด้านซ้าย เมื่อเกิดภาวะนี้ขึ้นจะมีการไหลผ่านทาง patent ductus arteriosus (PDA) และ foramen ovale ทำให้ทารกมีภาวะขาดออกซิเจน (hypoxemia) มีอาการหายใจลำบาก และมีอาการเขียว (central cyanosis) ซึ่งอาการแสดงนี้เกิดภายใน 12 ชั่วโมงหลังคลอด นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นที่ทำให้ทารกเสี่ยงที่จะเกิดภาวะ PPHN ในระยะก่อนคลอด และขณะคลอด คือ ภาวะขาดอากาศหายใจ (asphyxia) ภาวะมีขี้เทาปนในน้ำคร่ำ⁵ (meconium aspiration syndrome) ภาวะน้ำคร่ำน้อยกว่าปกติ (oligohydramnios) มารดามีภาวะความดันโลหิตสูง (pregnancy induce hypertension) แล้วมีภาวะครรภ์เป็นพิษ และมารดาตั้งครรภ์เกินกำหนด ส่วนปัจจัยหลังคลอด คือ กลุ่มอาการสุดสาหัสซิกซ์เทา ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) ภาวะปอดอักเสบ (congenital pneumonia) ภาวะเลือดข้น (polycythemia) ปัจจัยดังกล่าวทำให้ทารกเกิดภาวะขาดออกซิเจน ส่งผลให้แรงต้านในหลอดเลือดเพิ่มขึ้น และความดันในหลอดเลือดในปอดเพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งการวินิจฉัยที่เป็นมาตรฐานเพื่อแยกกับโรคหัวใจชนิดเขียว

คือ การตรวจ Echocardiogram การซักประวัติตรวจร่างกาย ร่วมกับการวัดค่า pre- and post ductal oxygen saturation และ ค่า partial pressure of oxygen in alveolar gas (PaO₂)⁷ หลักการรักษาที่สำคัญ คือ การลดความต้านทานและความดันเลือดในปอด การทำให้ออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกายอย่างเพียงพอ การปรับประคองการทำงานของระบบไหลเวียนเลือดและการฟื้นฟูปอดในปอด ซึ่งต้องได้รับการดูแลและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ปัจจุบันแนวทางการรักษา ประกอบด้วย การใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดความถี่สูง (high-frequency ventilation: HFV) การรักษาระดับความดันโลหิตโดยให้ยากระตุ้นความดัน และหรือให้สารน้ำทดแทนและเพิ่มปริมาตรการไหลเวียน การแก้ไขภาวะเลือดเป็นกรด การให้ยากล่อมประสาท ยาระงับความปวด และยาคลายกล้ามเนื้อ เพื่อให้ทารกสงบไม่เกิดอาการเจ็บปวด การให้ยาขยายหลอดเลือดในปอด และการใช้เครื่องพองการทำงานของหัวใจและปอด การรักษาด้วยการสูดดมก๊าซไนตริกออกไซด์ ซึ่งออกฤทธิ์ขยายเฉพาะหลอดเลือดแดงในปอด นำมาใช้รักษาภาวะความดันเลือดที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีดั้งเดิม และ ทารกยังมีค่าดัชนีออกซิเจน (oxygen index; OI) มากกว่า 15 ขึ้นไป อย่างไรก็ตาม การรักษามีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น ภาวะปอดแตก การติดเชื้อในปอดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เส้นเลือดขยายตัวมากเกินไปทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ทำให้ทารกกลุ่มนี้มีอัตราการเสียชีวิตสูง⁴⁻⁸ การพยาบาล ที่สำคัญ⁹⁻¹¹ ได้แก่ การประเมินและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบลดการรบกวนจากสิ่งรบกวนนอก ดูแลควบคุมอุณหภูมิของทารกให้ปกติหรือคงที่ ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษาและประเมินภาวะพร่องออกซิเจน ดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้

วารสารกองการพยาบาล

การพยาบาลขณะให้ก๊าซไนตริกออกไซด์⁸ การบริหารยากระตุ้นความดันโลหิต ยาแก้ลมประสาท ยาระงับปวดตามแผนการรักษา การพยาบาลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจความถี่สูง ดังนั้นการให้การพยาบาลที่ดีมีมาตรฐานจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ลดความรุนแรงของภาวะ PPHN ในทารกแรกเกิดได้ และช่วยส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีด้านการรักษาพยาบาลพยาบาลผู้ดูแลจึงต้องเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญเข้าใจในพยาธิสภาพของโรค รู้ถึงภาวะเสี่ยงของทารกต่อการเกิดภาวะการขาดออกซิเจน ตลอดจนต้องติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด เพราะหากทารกขาดออกซิเจนนานๆ เกิดภาวะเสี่ยงยากแก่การรักษา อัตราการเสียชีวิตยังสูง การพัฒนาความรู้และสมรรถนะของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลทารกกลุ่มนี้จึงมีความจำเป็น และการมีแนวทางปฏิบัติที่พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นสิ่งจำเป็นเช่นกัน เพื่อให้พยาบาลสามารถดูแลและให้การปฏิบัติไปในทางเดียวกัน¹²⁻¹³

โรงพยาบาลวชิระภูเก็ตเป็นโรงพยาบาลศูนย์ มีนโยบายเป็นองค์กรที่มีความเป็นเลิศด้านการดูแลทารกแรกเกิด โดยมีเป้าหมายลดอัตราการเสียชีวิตทารกเกิดมีชีพ จากสถิติหออภิบาลทารกแรกเกิดพบอุบัติการณ์ทารกที่มีภาวะ PPHN 15 - 20 รายต่อปี ปี 2563 - 2565 อัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 43, 47 และ 33 ตามลำดับ ถึงแม้ว่าอัตราการตายมีแนวโน้มลดลงแต่ทารกต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้นเฉลี่ย 27.3 วัน และกระทบค่าใช้จ่ายสูงเฉลี่ย 359,903 ต่อราย แม้ในปัจจุบันจะมีความก้าวหน้าทางการรักษามีแพทย์เฉพาะทางทารกแรกเกิด มีเครื่องมือที่ทันสมัย เช่น เครื่องช่วยหายใจความถี่สูง ก๊าซไนตริกออกไซด์ แต่ภาวะ PPHN ยังเป็นความเสี่ยงทางคลินิกเป็นภาวะวิกฤติที่ต้องการ การดูแลใกล้ชิด ต้องมีการเฝ้าระวังและให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ⁸⁻¹¹ ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะ

ความชำนาญ และสมรรถนะที่เกี่ยวข้องในการดูแลทารกกลุ่มนี้ รวมถึงการมีแนวทางปฏิบัติในการดูแลทารกกลุ่มนี้ เพราะจะช่วยส่งเสริมให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพและไปในทางเดียวกัน^{1, 12-13} ช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อการเสียชีวิตได้ ซึ่งจากการปฏิบัติงานใน NICU พบว่า มีการปฏิบัติทางการพยาบาลที่มีความหลากหลาย ขึ้นอยู่กับประสบการณ์และความรู้ของพยาบาลแต่ละคน ทั้งด้านการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การติดตามประเมินผล และการบันทึกที่มีความต่างกัน รวมถึงการให้ข้อมูลแก่บิดามารดา เพื่อให้ความร่วมมือในการรักษาช่วยการตัดสินใจรับการรักษาให้ทันต่ออาการที่เกิดขึ้นรวดเร็วและอาจเสียชีวิตได้ภายใน 72 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และอาจทำให้เกิดการร้องเรียนไม่พึงพอใจในการรักษาดูแลได้ ผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาแนวทางดังกล่าวเพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในให้การพยาบาล การพัฒนาศักยภาพของพยาบาล และทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ครอบครัว และโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. พัฒนาแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูง โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
2. ประเมินประสิทธิผลการใช้แนวทางปฏิบัติฯ

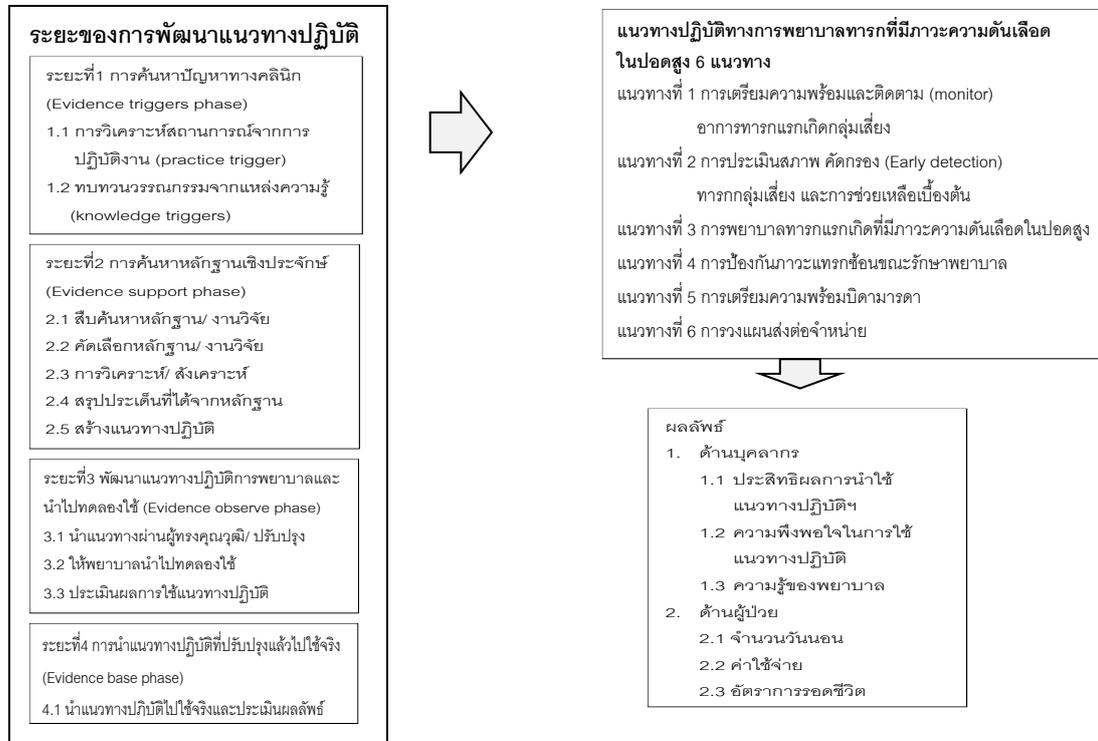
กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลนี้ ผู้วิจัยใช้แนวทางของซุกัพ (Soukup, 2000)¹⁴ เป็นกรอบแนวคิด ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence triggered phase) ระยะที่ 2 การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Evidence supported phase) ระยะที่ 3 การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลและนำไปทดลองใช้ (Evidence

วารสารกองการพยาบาล

observed phase) ระยะที่ 4 การนำแนวทางปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน โดยประเมินความเป็นไปได้ของการนำไปใช้ ความพึงพอใจและ

ความรู้ของพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ได้แก่ จำนวนวันนอน ค่าใช้จ่ายในการรักษา และอัตราการรอดชีวิต



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 และ 3 แยกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน NICU โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต อายุงานไม่น้อยกว่า 1 ปี 22 คน 2) กุมารแพทย์ที่ดูแลทารกที่มีภาวะ PPHN 5 คน 3) ทารกแรกเกิด คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ คือ เข้ารับการรักษาใน NICU โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะ PPHN เดือนมิถุนายน ถึง พฤศจิกายน 2567 และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือใช้ในการวิจัย คือ แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลทารกที่มีภาวะ PPHN ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในระยะที่ 2 ของการวิจัย

2. เครื่องมือใช้เก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

1) แบบบันทึกข้อมูลทารกแรกเกิดที่มีภาวะ PPHN สำหรับเก็บข้อมูลทั่วไปและข้อมูลที่ได้จากการทบทวนเวชระเบียน (ปี 2563 - 2565)

2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก สำหรับแพทย์เป็นคำถามเกี่ยวกับปัญหาหรืออุปสรรคต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ความต้องการการสนับสนุนและการพัฒนา

3) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก สำหรับพยาบาลเป็นคำถามเกี่ยวกับปัญหาหรืออุปสรรคต่างๆ ที่

วารสารกองการพยาบาล

เกี่ยวข้องกับ การดูแล ความต้องการการสนับสนุนและการพัฒนา

4) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาล

5) แบบวัดความรู้ของพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดกระบวนการดูแลผู้ป่วย มี 20 ข้อ โดยให้เลือกคำตอบถูกหรือผิด

6) แบบวัดความเป็นไปได้ในการใช้แนวทางปฏิบัติ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามตามขั้นตอนของแนวทางปฏิบัติ 6 แนวทาง คำตอบเป็นมาตราส่วน 5 ระดับ 5 คือ เห็นด้วยมากที่สุด 4 คือ เห็นด้วยมาก 3 คือ เห็นด้วยปานกลาง 2 คือ เห็นด้วยน้อย และ 1 คือ ไม่เห็นด้วย หากข้อความใดไม่เกี่ยวข้อง (not applicable, NA) ไม่คิดคะแนนในข้อนั้นๆ ประมวลผลเป็นคะแนนเฉลี่ยและแปลผล ดังนี้ 4.51 - 5.00 คือ เห็นด้วยมากที่สุด 3.51 - 4.50 คือ เห็นด้วยมาก 2.51 - 3.50 คือ เห็นด้วยปานกลาง 1.51 - 2.50 คือ เห็นด้วยน้อย และ 1.00 - 1.50 คือ ไม่เห็นด้วย

7) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม คำตอบเป็นมาตราส่วนประเมิน 5 ระดับ เช่นเดียวกัน

8) แบบบันทึกผลลัพธ์การใช้นโยบายปฏิบัติ ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อรวบรวม จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล (จำนวนวันที่ทารกเข้ารับการรักษ จนถึงวันจำหน่าย) ค่ารักษาพยาบาล (ค่าใช้จ่ายที่เข้ารับการรักษาจนถึงวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) และ การรอดชีวิต (ทารกมีชีวิตรอดและได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะ PPHN 5 ท่าน คือ กุมารแพทย์ วุฒิบัตรทารกแรกเกิด 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ

ปีที่ 52 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2568

ด้านการพยาบาลทารกแรกเกิด 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลและระเบียบวิจัย 1 ท่าน เพื่อพิจารณาความถูกต้อง ความครอบคลุม และความเหมาะสมของข้อคำถาม ผู้วิจัยปรับปรุงเครื่องมือตามข้อเสนอแนะ ได้ค่าความตรงของแบบสอบถามชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลของทารกแรกเกิดที่มีภาวะ PPHN และพยาบาลที่ดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะ PPHN ชุดที่ 5 แบบวัดความรู้พยาบาลในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะ PPHN ชุดที่ 6 แบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ และชุดที่ 7 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ เท่ากับ 1.0, 0.91, 0.97 และ 0.97 ตามลำดับ

2. ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) สำหรับเครื่องมือชุดที่ 5 ชุดที่ 6 และชุดที่ 7 โดยนำไปทดสอบกับพยาบาลใน NICU มีคุณสมบัติ เช่นเดียวกับประชากรที่ศึกษา จำนวน 10 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา เท่ากับ 0.93, 0.75 และ 0.80

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต เลขที่ VPH REC 023/2023 เมื่อวันที่ 16 พฤศจิกายน 2566 (ต่ออายุ 16 พฤศจิกายน 2567) ผู้วิจัยขอความร่วมมือชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นทารกแรกเกิดที่มีภาวะ PPHN โดยขออนุญาตจากบิดามารดา และลงนามความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร ด้วยความสมัครใจ สามารถปฏิเสธ หรือถอนตัวจากการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

ขั้นตอนการวิจัย

มี 4 ระยะ ตั้งแต่ เดือนพฤศจิกายน 2566 - ธันวาคม 2567 ดังนี้

วารสารกองการพยาบาล

ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence triggered phase) เดือนพฤศจิกายน - ธันวาคม 2566 (8 สัปดาห์) มีรายละเอียด ดังนี้

1.1 วิเคราะห์สถานการณ์จากการปฏิบัติงาน (Practice triggers) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกแพทย์ 5 คน และพยาบาล 5 คน ที่มีอายุงานมากกว่า 5 ปี ยินดีเข้าร่วมการวิจัย พบประเด็นปัญหาด้านการดูแลรักษาและการพยาบาล คือ มีการวินิจฉัยล่าช้า การพยาบาลทารกไม่เป็นไปตามการดำเนินของโรค ไม่มีแนวทางปฏิบัติที่จะช่วยให้การพยาบาลทารกกลุ่มนี้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

1.2 ศึกษาเวชระเบียนของทารกแรกเกิดที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะ PPHN 39 ราย พบอุบัติการณ์ทารกแรกเกิดที่มีภาวะ PPHN ในจังหวัดภูเก็ต ปี 2563 - 2565 คือ 1.9 - 3.7 ต่อพันการเกิดมีชีพ ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะ PPHN ใน 6 ชั่วโมง หลังคลอด 8 คน (ร้อยละ 20.5) และนานมากกว่า 24 ชั่วโมงหลังคลอด 17 คน (ร้อยละ 43.59) ได้รับการรักษาด้วย iNO 16 คน (ร้อยละ 38.09) พยาบาลใน NICU ให้การพยาบาลทารกที่มีภาวะ PPHN แตกต่างกันไปตามความรู้และประสบการณ์ของแต่ละคน การประเมินปัญหาและความต้องการไม่ครอบคลุม ข้อมูลที่ใช้กำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลไม่ครบถ้วน ทารกแรกเกิดที่มีภาวะ PPHN เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ได้แก่ ภาวะปอดอักเสบจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ 13 ราย (ร้อยละ 33.33) มีลมรั่วในปอดช่องเยื่อหุ้มปอด 10 ราย (ร้อยละ 25.64) มีเลือดออกในถุงลมปอด 4 ราย (ร้อยละ 10.25) เข้ารับการรักษาโดยใช้เครื่องช่วยหายใจมากกว่า 7 วัน 27 ราย (ร้อยละ 66.67) และต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 27.3 วัน ผลลัพธ์การรักษามีทารกเสียชีวิตจำนวน 14 ราย (ร้อยละ 35.89) รอดชีวิตจำนวน 25 ราย (ร้อยละ 64.1) ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 359,903 บาทต่อราย

ปีที่ 52 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2568

1.3 ทบทวนวรรณกรรม (Knowledge triggered) เกี่ยวข้องกับแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลการดูแลทารกที่มีภาวะ PPHN พบว่า ภาวะนี้ส่วนใหญ่เกิดจากทารกที่มีภาวะเสี่ยง เช่น มีการสูดสำลักขี้เทาเข้าปอด (meconium aspiration syndrome : MAS) ภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด (birth asphyxia) ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (hypothermia) ทารกมีน้ำหนักน้อยกว่าอายุครรภ์ (small for gestational age : SGA) ทารกที่มีภาวะหายใจลำบาก (respiratory distress syndrome : RDS) และทารกที่คลอดจากมารดาที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด (premature rupture of membranes: PROM) ในทารกที่มีภาวะเสี่ยงนี้ ถ้ามีการขาดออกซิเจนทำให้หลอดเลือดปอดหดเกร็งตัว แรงต้านทานของหลอดเลือดสูง ส่งผลให้ความดันในปอดสูงขึ้นด้วยเช่นกัน การติดตามดูแลทารกกลุ่มเสี่ยงอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะ PPHN รวมทั้งการนำก๊าซไนตริกออกไซด์มาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาอาจช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของทารกเพิ่มขึ้น^{4,10,13} ดังนั้นสิ่งสำคัญที่จะช่วยป้องกันการเกิดภาวะ PPHN พยาบาลที่ดูแลต้องมีความรู้^{12-13,15} ความชำนาญ ตระหนักถึงภาวะเสี่ยงของทารก ต้องมีการติดตาม (monitor) อย่างใกล้ชิด จำเป็นต้องมีแนวทางปฏิบัติที่มีมาตรฐานและให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันหรือลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้นได้^{4-5,13,24}

ระยะที่ 2 การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence supported phase) เดือนมกราคม 2567 (4 สัปดาห์) เป็นการค้นคว้าหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข นำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์และพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ โดยมีขั้นตอนการคัดเลือกและเกณฑ์ในการสืบค้น ตามกรอบของ PICO ดังนี้ P (Population) พยาบาลที่ดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะ

วารสารกองการพยาบาล

PPHN I (Intervention) แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ในการดูแลทารกที่มีภาวะ PPHN C (Comparisons) การพยาบาลก่อนการกรรนำใช้แนวทางปฏิบัติ (การพยาบาลปกติ) และ O (Outcome) ความพึงพอใจและความเป็นไปได้ของการนำแนวทางไปใช้ และผลลัพธ์ ในทารกแรกเกิด ได้แก่ จำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาล ค่ารักษาพยาบาล และการรอดชีวิต การสืบค้นโดยใช้ PICO กำหนดคำสำคัญ ดังนี้ Persistent Pulmonary Hypertension of the Newborn, PPHN, Clinical Nursing Guidelines กำหนดเกณฑ์คัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ (inclusion criteria) เข้าในการศึกษา ดังนี้ (1) เป็นหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิด (2) เป็นงานที่ตีพิมพ์เผยแพร่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 - 2567 (ค.ศ. 2014 - 2024) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (3) เป็น Full text และสามารถสืบค้นได้ในขณะนั้น ประเมินคุณค่า จัดระดับความน่าเชื่อถือ โดยใช้เกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์¹⁶ ผลการสืบค้นได้หลักฐานเชิงประจักษ์ 17 เรื่อง ประกอบด้วย หลักฐาน Level 1 จำนวน 1 เรื่อง²³ Level 2 จำนวน 5 เรื่อง^{1,4,13,19,24} Level 3 จำนวน 6 เรื่อง^{3,5,10,17-18,20} Level 4 จำนวน 5 เรื่อง^{2,6-8,15} แล้วนำมาพัฒนาสร้างเป็นแนวทางปฏิบัติ

ระยะที่ 3 การพัฒนาแนวทางปฏิบัติ การพยาบาลและนำไปทดลองใช้ (Evidence observed phase) ตั้งแต่ เดือนกุมภาพันธ์ - เมษายน 2567 (12 สัปดาห์) เป็นระยะของการสร้างแนวทางปฏิบัติ ตรวจสอบและทดลองใช้ ประเมินผลความเป็นไปได้ในการใช้แนวทางปฏิบัติ วิเคราะห์ จุดแข็ง จุดอ่อน ปัญหา อุปสรรคของแนวทางเดิม และแนวทางใหม่ ประชุมทีมพยาบาล NICU ชี้แจงการนำแนวทางไปใช้ ยกร่างแนวทาง จัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะ PPHN ซึ่งมี 6 แนวทาง ดังนี้ แนวทางที่ 1) การเตรียมความพร้อม ปีที่ 52 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2568

รับและติดตาม (monitor) อาการทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง ซึ่งเป็นขั้นตอนแรกเมื่อได้รับการติดต่อประสานงานให้รับทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ PPHN แนวทางที่ 2) การประเมินสภาพคัดกรอง (Early Detection) ทารกกลุ่มเสี่ยงและการช่วยเหลือเบื้องต้น แนวทางที่ 3) การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะ PPHN แนวทางที่ 4) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะรักษาพยาบาล แนวทางที่ 5) การเตรียมความพร้อมของบิดามารดา (1) ระยะแรกรับให้ข้อมูลแก่บิดามารดา สร้างความมั่นใจและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (2) ระยะต่อเนื่อง แนะนำการดูแลทารก ลดความวิตกกังวล (3) ระยะจำหน่าย ให้ข้อมูลหน่วยงานปลายทางที่จะย้ายทารกไปพักรักษาต่อ และแนวทางที่ 6) การวางแผนส่งต่อจำหน่าย เมื่อทารกพ้นภาวะวิกฤต ร่วมวางแผนการย้ายไปยังหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด

ระยะที่ 4 การนำแนวทางปฏิบัติ ที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงกับผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด ใน NICU และประเมินผลลัพธ์ความเป็นไปได้ในการใช้แนวทางปฏิบัติ ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม - พฤศจิกายน 2567 (32 สัปดาห์) ดำเนินการ 3 ช่วง ดังนี้ ช่วงที่ 1 เดือน พฤษภาคม 2567 เตรียมความพร้อมพยาบาล โดยผู้วิจัยประชุมกับพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง ทดสอบความรู้ ก่อนชี้แจงแนวทางปฏิบัติ ที่พัฒนาขึ้น สอน อธิบาย สาธิตเกี่ยวกับการใช้แนวทางปฏิบัติ และตรวจสอบการปฏิบัติ เทคนิคและวิธีการใช้แนวทางแนวปฏิบัติ จัดเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง สื่อสารให้ทุกคนรับทราบ เปิดโอกาสซักถามข้อสงสัย สร้างความรู้สึกร่วมกันมีส่วนร่วม ช่วงที่ 2 เดือนมิถุนายน - กันยายน 2567 ทดสอบความรู้ซ้ำ ก่อนให้พยาบาลตามแนวทางปฏิบัติ ใน NICU โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ช่วงที่ 3 เดือนตุลาคม - พฤศจิกายน 2567 ติดตามประเมินผลการใช้แนวทางปฏิบัติ และประเมินผลลัพธ์การใช้แนวทางปฏิบัติ และช่วงที่ 4 เดือน

วารสารกองการพยาบาล

ธันวาคม 2567 ปรับปรุงแนวทางและข้อเสนอแนะ โดยนำผลการศึกษาเสนอในการประชุมที่เกี่ยวข้อง และนำข้อคิดเห็นปรับปรุงแนวทางที่พัฒนาไปใช้ในหน่วยงานต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของประชากรโดยแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของพยาบาลต่อการป้องกันและดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะ PPHN ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ โดยใช้สถิติทดสอบที (t - test statistic) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05
3. ประเมินความเป็นไปได้ และความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติ โดยใช้ค่าเฉลี่ย

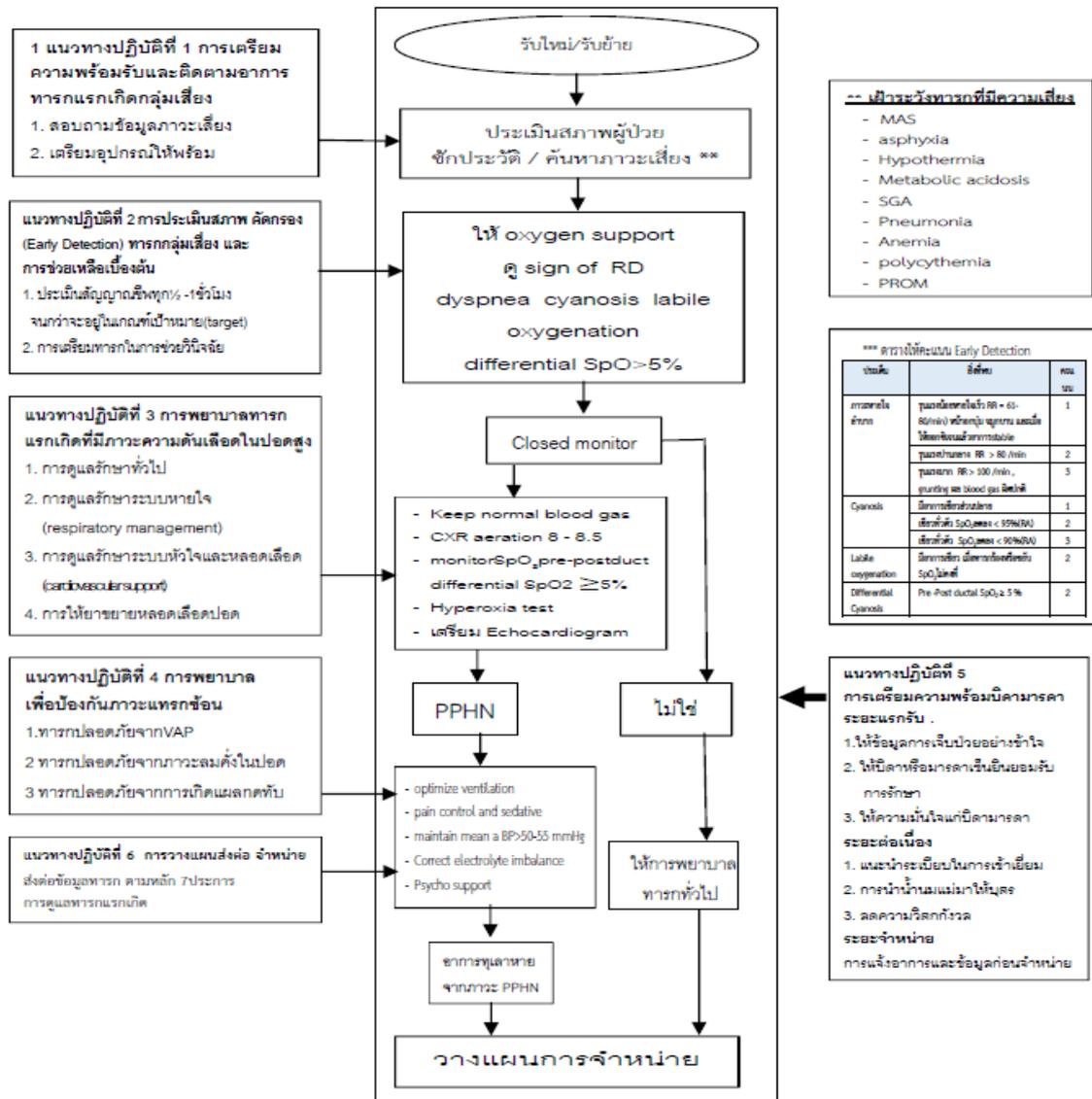
4. ประเมินการนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ โดยใช้ค่าเฉลี่ย

5. ผลลัพธ์ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดังนี้ 1) จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษา โดย เปรียบเทียบวันนอนโรงพยาบาล ระหว่างก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ โดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) อัตราการรอดชีวิต โดยเปรียบเทียบอัตราการรอดชีวิตของทารกแรกเกิดที่มีภาวะ PPHN ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ โดยใช้สถิติ Chi - square

ผลการวิจัย

นำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูง โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ดังนี้



ภาพที่ 2 แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูง

2. ประสิทธิภาพการใช้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลทารกที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูง โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ดังนี้

2.1 ด้านบุคลากร กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพจำนวน 22 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุเฉลี่ย 30.09 ปี (สูงสุด 39 ปี ต่ำสุด 23 ปี) ระยะเวลาในการ

ปฏิบัติงาน น้อยกว่า 2 ปี 1 คน (ร้อยละ 4.54) 2 - 5 ปี 4 คน (ร้อยละ 9.1) 5-10 ปี 11 คน (ร้อยละ 45.45) มากกว่า 10 ปี 6 คน (ร้อยละ 27.27) ผ่านการอบรมเฉพาะทาง (ทารกแรกเกิด) 12 คน (ร้อยละ 54.54) ผลการวัดความรู้หลังใช้แนวทางฯ พบว่า พยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)

ตารางที่ 1 ประสิทธิภาพผลความเป็นไปได้ของการนำแนวทางไปใช้และความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายฯ (n =22)

หัวข้อการประเมิน	Mean	SD	ระดับ
ประสิทธิผลผลความเป็นไปได้ของแนวทางฯ			
1. การเตรียมความพร้อมรับและติดตามอาการทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง	4.86	.35	มากที่สุด
2. การประเมินสภาพ คัดกรอง (Early Detection) ทารกกลุ่มเสี่ยง และการช่วยเหลือเบื้องต้น	4.95	.21	มากที่สุด
3. การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูง	4.91	.29	มากที่สุด
4. การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน	4.23	.43	มาก
5. การเตรียมความพร้อมบิดามารดา	4.09	.29	มาก
6. การวางแผนส่งต่อ จำหน่าย	4.86	.35	มากที่สุด
ความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายฯ			
1.ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลตามแนวทางฯ			
1) ท่านรู้สึกภูมิใจที่เป็นส่วนหนึ่งของที่ได้นำใช้นโยบายฯ	4.91	.29	มากที่สุด
2) ท่านคิดว่าการปฏิบัติงานตามแนวทางฯ ทำให้ภาระงานเพิ่มขึ้น	4.77	.43	มากที่สุด
2. ด้านการพัฒนาศักยภาพของตนเอง			
3) ทำให้มั่นใจในการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะ PPHN	4.82	.39	มากที่สุด
4) ทำให้สามารถให้การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะ PPHN ได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น	4.91	.29	มากที่สุด
3. ด้านการปฏิบัติตามแนวทางฯ			
5) ส่งผลต่อผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย	4.86	.35	มากที่สุด
6) ช่วยทำให้การทำงานสะดวกและง่ายขึ้น	4.91	.29	มากที่สุด
7) ความพึงพอใจในการใช้นโยบายฯ	4.95	.21	มากที่สุด

จากการประเมินประสิทธิภาพของการใช้นโยบายฯ พบว่า ความเป็นไปได้ของการใช้ อยู่ในระดับมากที่สุด ใน 4 แนวทาง คือ แนวทางปฏิบัติด้านการเตรียมความพร้อมรับและติดตามอาการทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง ($\bar{x} = 4.86$) ด้านการประเมินสภาพ คัดกรองทารกกลุ่มเสี่ยงและการช่วยเหลือเบื้องต้น ($\bar{x} = 4.95$) ด้านการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะ PPHN ($\bar{x} = 4.91$) และด้านการวางแผนส่งต่อ จำหน่าย ($\bar{x} = 4.86$) ส่วนแนวทางปฏิบัติที่นำไปปฏิบัติได้ในระดับมาก มี 2 แนวทาง คือ แนวทางปฏิบัติด้านการเตรียมความพร้อมของบิดามารดา ($\bar{x} = 4.09$) และด้านการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ($\bar{x} = 4.23$) ดังตารางที่ 1

ส่วนการประเมินผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายฯ ทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลตามแนวทางฯ ด้านการปฏิบัติ 52 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2568

พัฒนาศักยภาพของตนเอง ด้านการปฏิบัติงานตามแนวทางฯ อยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด ($\bar{x} > 4.51$) (ดังตารางที่ 1)

2.2 ด้านผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างทารกแรกเกิดที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะ PPHN เข้ารับการรักษาใน NICU เดือนมิถุนายน - พฤศจิกายน 2567 จำนวน 10 ราย เป็นเพศชาย 6 ราย (ร้อยละ 60) คลอดในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต 7 ราย (ร้อยละ 70) และส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน 3 ราย (ร้อยละ 30) อายุครรภ์ 37- 40 สัปดาห์ ทั้ง 10 ราย (ร้อยละ 100) ทารกที่คลอดจากมารดากลุ่มเสี่ยง 3 ราย (มารดาเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มารดาเบ่งคลอดยาวนานมากกว่า 2 ชั่วโมง และมารดามีภาวะรกเกาะต่ำ) ทารกได้รับการวินิจฉัยเป็น PPHN ภายใน 12 ชั่วโมงหลังคลอด 6 ราย (ร้อยละ 60) ภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด 4 ราย (ร้อยละ 40) ได้รับการรักษาด้วยไนตริก 4 ราย

วารสารกองการพยาบาล

(ร้อยละ 40) มีภาวะแทรกซ้อนเป็นปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 3 ราย (ร้อยละ 30) และ

ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยวันนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายของทารกแรกเกิดที่มีภาวะ PPHN ก่อนและหลังการใช้แนวทางฯ

ข้อมูล	Mean	SD	T	P value
วันนอนโรงพยาบาลของทารกแรกเกิด (วัน)				
ก่อนมีแนวทางปฏิบัติฯ	27.28	16.6	10.27	0.000
หลังมีแนวทางปฏิบัติฯ	14.90	8.7		
ค่าใช้จ่ายของทารกแรกเกิดที่อยู่โรงพยาบาล(บาท)				
ก่อนมีแนวทางปฏิบัติฯ /ราย	359,902.85	200,854.03	11.19	0.000
หลังมีแนวทางปฏิบัติฯ /ราย	209,614.87	89,534.68		

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยวันนอนโรงพยาบาล ก่อนและหลังการใช้แนวทางฯ เท่ากับ 27.28 วัน (SD = 16.6) และ 14.09 วัน (SD = 8.7) ส่วนค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายของทารกแรกเกิดต่อรายก่อนและหลังการใช้แนวทางฯ เท่ากับ 359,902.85 บาท

(SD = 200,854.03) และ 209,614.87 บาท (SD = 89,534.68) โดยพบว่าค่าเฉลี่ยวันนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายของทารกแรกเกิดต่อรายก่อนและหลังใช้แนวทางฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบอัตราการรอดชีวิตของทารกที่มีภาวะ PPHN ก่อนและหลังการใช้แนวทางฯ

	ก่อนใช้แนวทาง		หลังใช้แนวทาง		χ^2	P value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การรอดชีวิต	25	64.10	8	80	.915	.289
การตาย	14	35.89	2	20		

จากตารางที่ 3 พบว่า การรอดชีวิตของทารกแรกเกิดที่มีภาวะ PPHN เปรียบเทียบก่อนและหลังใช้แนวทางฯ พบว่า การรอดชีวิต จากร้อยละ 64.1 เป็นร้อยละ 80 ซึ่งมีแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะ PPHN ตามกรอบแนวคิดของ Soukup, 2000 ประกอบด้วย 6 แนวทาง ได้แก่ แนวทางที่ 1) การเตรียมความพร้อมรับและติดตาม (monitor) อาการทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยงซึ่งเป็นขั้นตอนแรกเมื่อได้รับการติดต่อประสานงาน ปีที่ 52 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2568

ให้รับทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ PPHN แนวทางที่ 2) การประเมินสภาพ คัดกรอง (Early Detection) ทารกกลุ่มเสี่ยง และการช่วยเหลือเบื้องต้น แนวทางที่ 3) การพยาบาลทารกแรกเกิด ที่มีภาวะ PPHN แนวทางที่ 4) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะรักษาพยาบาล แนวทางที่ 5) การเตรียมความพร้อมของบิดามารดา (1) ระยะแรกรับ ให้ข้อมูลแก่บิดามารดา สร้างความมั่นใจและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (2) ระยะต่อเนื่อง แนะนำการดูแลทารก ลดความวิตกกังวล (3) ระยะจำหน่าย ให้ข้อมูลหน่วยงานปลายทางที่จะย้ายทารกไปพักรักษาต่อ และแนวทาง

วารสารกองการพยาบาล

ที่ 6) การวางแผนส่งต่อจำหน่าย เมื่อทารกพ้นภาวะวิกฤต ร่วมวางแผนการย้ายไปยังหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด เมื่อติดตามการใช้แนวทางฯ พบว่า สามารถปฏิบัติได้ ทั้ง 6 แนวทาง ทั้งนี้เพราะพยาบาลเห็นถึงประโยชน์ด้านผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในการพยาบาลทารกแรกเกิด โดย 4 แนวทางที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ในระดับมากที่สุด คือ แนวทางที่ 1 แนวทาง ที่ 2 แนวทาง ที่ 3 และแนวทางที่ 6 ส่วนอีก 2 แนวทางสามารถนำไปปฏิบัติได้ในระดับมาก คือ แนวทางที่ 4 การป้องกันภาวะแทรกซ้อน พยาบาลมีการเฝ้าระวังแต่ยังไม่หลีกเลี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนไม่ได้ ด้วยสภาวะการเจ็บป่วยของทารกที่ต้องลดการรบกวน การจัดทำนอนจำกัดการเคลื่อนไหวเพื่อช่วยลดการใช้ออกซิเจนของทารกในขณะที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน ทำให้ทารกเกิดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 3 ราย (ร้อยละ 30) อัตราลดลงเมื่อเทียบกับก่อนใช้แนวทางฯ (ร้อยละ 33.3) ซึ่งจะเกิดหลังจากใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจเป็น ระยะเวลาเกิน 48 ชั่วโมง และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของผู้ป่วยถึงร้อยละ 60 ของการตายจากการติดเชื้อ ในโรงพยาบาลทั้งหมด²⁴ และแนวทางที่ 5 การเตรียมความพร้อมของบิดามารดา ยังปฏิบัติได้ไม่ครบ เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่มีมารดาอยู่ในช่วงพักฟื้นหลังคลอดไม่สามารถดูแลบุตร และมารดาบิดาบางรายยังอยู่ในช่วงการปฏิเสธไม่มาเยี่ยมบุตร ในระยะช่วงวันแรก สอดคล้องกับการศึกษาของพนมพร จุฬารัตน์ และอัจฉริยา²⁵ อย่างไรก็ตามพยาบาลได้รับโดยการให้ข้อมูลผ่านทางโทรศัพท์ให้บิดามารดาได้ทราบอาการและความก้าวหน้าของการรักษาพยาบาลเป็นระยะ

สำหรับความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้แนวทางฯ พบว่า มีความพึงพอใจมากที่สุดในด้าน คือ ด้านการมีส่วนร่วม ด้านการพัฒนาศักยภาพของตนเอง และด้านการปฏิบัติงานตามแนวทางปฏิบัติ

ปีที่ 52 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2568

พยาบาลรู้สึกภูมิใจที่เป็นส่วนหนึ่งของการใช้แนวทาง สอดคล้องกับทฤษฎี 2 ปัจจัยของเฮิร์เบิร์ก (Herzberg)²⁶ ที่กล่าวว่าเมื่อบุคคล มีโอกาสแสดงออกโดยนำความรู้ มาพัฒนางานที่ได้รับมอบหมายและสามารถกระทำ จนประสบความสำเร็จ ทำให้ผู้นั้นยอมรับ บุคคลจะให้ความร่วมมือมากขึ้น นอกจากนี้พยาบาลเห็นว่าการมีแนวทางนั้นช่วยให้มีการปฏิบัติงานได้สะดวกและง่ายขึ้น ทำให้มั่นใจและสามารถให้การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะ PPHN ได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลต่อผลลัพธ์ที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธมลวรรณ และคณะ²⁷ ได้ศึกษาการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจโตและทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้ แนวปฏิบัติในระดับมาก และทุกคนร่วมมือในการใช้แนวปฏิบัติฯ พยาบาลส่วนใหญ่รับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลมีความคิดเห็นต่อการใช้แนวปฏิบัติฯ คิดว่าได้ประโยชน์ มีความรู้เพิ่มมากขึ้น มั่นใจ และการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ นี้ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อองค์กร เช่นเดียวกับการศึกษาของเนาวรัตน์และสุชีวา¹³ พบว่าความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้มาตรฐานการพยาบาลเพื่อป้องกันและดูแลภาวะความดันเลือดในปอดสูง โดยรวมอยู่ในระดับดี นอกจากนี้เมื่อติดตามด้านความรู้ของพยาบาล โดยที่พยาบาลจะได้รับการประเมินความรู้ก่อนนำใช้แนวทางปฏิบัติฯ และเมื่อจะนำแนวทางปฏิบัติฯ ไปใช้จริง ผู้วิจัยได้จัดประชุมสื่อสารให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิสภาพ การเฝ้าระวัง การวินิจฉัยการพยาบาล และการดูแล อธิบายให้ทราบถึงแนวทางปฏิบัติฯ ที่ได้ร่วมพัฒนาขึ้นยิ่งทำให้พยาบาลมีความมั่นใจ²⁷ เช่นเดียวกับพัชรินทร์²³ อธิบายไว้ว่าการพัฒนาระบบการพยาบาลที่ให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมเสนอประเด็นปัญหาและความต้องการ จะทำให้ประสบความสำเร็จด้วยดี ทั้งนี้เพราะเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลเมื่อ

วารสารกองการพยาบาล

วัดความรู้หลังนำใช้แนวทางปฏิบัติ พบว่า พยาบาลมีความรู้เพิ่มมากกว่าก่อนการนำใช้แนวทางปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

แนวทางปฏิบัติ นี้ ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิดให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น โดยพบว่าหลังการนำใช้แนวทาง เปรียบเทียบจำนวนวันนอนโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายน้อยลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานาวาร์ตันและซูชีวา¹³ ที่พบว่าค่าเฉลี่ยวันนอนและค่าใช้จ่ายหลังใช้มาตรฐานการพยาบาล ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เช่นกัน ส่วนอัตราการรอดชีวิตของทารกแรกเกิดที่มีภาวะ PPHN ระหว่างก่อนและหลังการนำใช้แนวทาง พบว่า การรอดชีวิตของทารกแรกเกิดเพิ่มขึ้น แต่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ทั้งนี้อาจเนื่องจากมีปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับอัตราการรอดชีวิตของทารก ซึ่งการศึกษาของชนินษฐา⁵ พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดที่มีภาวะ PPHN ได้แก่ ทารกที่มีภาวะ Meconium aspiration

syndrome และทารกใช้เครื่องช่วยหายใจความถี่สูงที่มีค่า mean airway pressure (MAP) สูงสุดมากกว่าหรือเท่ากับ 20 cmH₂O และจากการวิจัยนี้ไม่มีทารกที่มีภาวะเสี่ยงจาก Meconium aspiration syndrome เลย

ข้อเสนอแนะ

1. นำเสนอรายงานผลการวิจัยต่อผู้บริหารเพื่อนำแนวทางไปใช้ในการดูแลทารกแรกเกิดตามนโยบายขององค์กรและเผยแพร่เพื่อให้เกิดการนำแนวทางอย่างต่อเนื่อง

2. ควรศึกษาเพิ่มเติมและพัฒนาแนวทางการปฏิบัติพยาบาลในรูปแบบทีมดูแลและพัฒนากระบวนการการดูแลทารกกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิด PPHN ทั้งเครือข่าย ตั้งแต่ระยะก่อนคลอด ระยะคลอด ระยะหลังคลอด

3. ควรมีการติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกในระยะยาวจากการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลที่พัฒนาควบคู่กับการนิเทศทางการพยาบาลและนำสู่การทำวิจัยต่อไป

References

1. Kumaran U, Sheno A. Management of Pulmonary Hypertension in Term Infants-A Review. *Journal of Neonatology*. 2021; 35(1): 29-37.
2. Pimon Wongsiridet. Burden of PPHN. In: Sunti Punnahitanont, Sopapun Ngengcham, Anchalee Limrangsikul, editors. *Highlights in Neonatal Problems*. Bangkok: Active Print Co., Ltd.; 2018. Thai.
3. Nakwan N, Jain S, Kumar K, Hosono S, Hammoud M, Elsayed YY, Ariff S, Hasan B, Khawaja W, Poon WB. An Asian multicenter retrospective study on persistent pulmonary hypertension of the newborn: incidence, etiology, diagnosis, treatment, and outcome. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2020 Jun;33(12):2032-2037.
4. Ali Ahmed Ali A, Salah Eldin Al-Rafay S, Mohamed Mohamed F, El-Sayed El-Gadban F. Performance of Nurses Caring for Neonates with Persistent Pulmonary Hypertension. *Egyptian Journal Health Care*. 2022; 13(3): 487-497.

วารสารทางการแพทย์

5. Kanitha Phiworn. Mortality Rate and Risk Factors Associated with Death in Newborns with Persistent Pulmonary Hypertension at Sisaket Hospital. *Sisaket Hospital Medical Journal*, Surin Province, Buriram, 2021; 36.1: 181-190. Thai.
6. Sunti Punnahitanont. Persistent Pulmonary Hypertension of the Newborn (PPHN): Pathophysiology and Diagnosis. In: Sunti Punnahitanont, editor. *Smart Practice in Neonatal Care*. Bangkok: Active Print Co., Ltd.; 2020. Thai.
7. Namtip Tongawang. Nursing Care for Persistent Pulmonary Hypertension of Newborn. In: Sunti Punnahitanont, editor. *Smart Practice in Neonatal Care*. Bangkok: Active Print Co., Ltd.; 2020. Thai.
8. Nisanat Cherapun. Nursing Care of Neonates with Persistent Pulmonary Hypertension and Treated with Inhaled Nitric Oxide: A Case Study. *Maharaj Hospital Journal of Medicine*. 2020; 17(3): 100–111. Thai.
9. Charinporn Phanarunwong. Pulmonary Hypertension in Newborns at Nakhon Phanom Hospital. *Nakhon Phanom Hospital Journal*. 2018; 4(2): 5-18. Thai.
10. Noppawan Pongsopa. Pulmonary Hypertension in Newborns at Surat Thani Hospital. *Medical Journal of Medical Area* 11. 2017; 31(1): 49-59. Thai.
11. Pornpimol Rojanakrinthorn. Treatment Outcomes and Factors Associated with Mortality in Persistent Pulmonary Hypertension of Newborns at Sapphasit Hospital. *Pediatric Journal*. 2021; 60(4): 294-305. Thai.
12. Marasri Sirisawat, Apisit Sakunsin, Pailin Nudsuntae, and Youwaluck Kanapol. Effect of Using Clinical Nursing Practice Guidelines to Prevent Persistent Pulmonary Hypertension in High-Risk Neonates in the Neonatal Intensive Care Unit at Sakon Nakhon Hospital. *Naval Medical Journal*. 2025; 51(1): 62-82. Thai.
13. Naowarat Sattalai, Suchiwa Wichakul. Establishment of Nursing Standards for Prevention and Care of Persistent Pulmonary Hypertension of the Newborn at Nopparat Rajathanee Hospital. *Journal of the Department of Medical Services*. 2017; 42(2): 76-85. Thai.
14. Soukup M. The Center for Advanced Nursing Practice Evidence-Based Practice Model. *Nurs Clin North Am*. 2000; 35(2): 301-309.
15. Usanee Jintrawet, Pimpaporn Klunklin, Achraporn Sripusanapan. Nursing Care in Children with Pulmonary Hypertension. *Nursing Journal*. 2020; 47(3): 460-468. Thai.
16. Joanna Briggs Institute. JBI Critical Appraisal Tools. [Internet]. [cited 2024 December 7]. Available from: <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>.
17. Monanya Aphiwatanaporn. Pulmonary Hypertension in Newborns at Udonthani Center Hospital. *Udonthani Hospital Medical Journal*. 2022; 29(1): 30-37. Thai.

วารสารกองการพยาบาล

18. Usakorn Taesiri. Pulmonary Hypertension in Newborns: Factors Related to Mortality and Prognostic Factors. *Pediatric Journal*. 2022; 60(3): 227-237. Thai.
19. Zhou R, et al. A Meta-Analysis of the Risk Factors of Persistent Pulmonary Hypertension in Newborns. *Front Pediatr*. 2021; 9: 659137.
20. Phathomphan Chaithirakit. Pulmonary Hypertension in Newborns at Krathumban Hospital, Samut Sakhon Province. *Medical Journal Region 4-5*. 2021; 39(3): 304-315. Thai.
21. Coletti K, et al. Randomized Controlled Trials of Pulmonary Vasodilator Therapy Adjunctive to Inhaled Nitric Oxide for Persistent Pulmonary Hypertension of the Newborn: A Systematic Review. *Clin Perinatal*. 2024; 51(1): 253-269.
22. Preeda Unsiam, Khanitta Songnuy and Wonnee Keawkongthum. Quality Improvement of Preventing Chronic Lung Disease in Neonates. *Journal of Health Science and Education*. 2022; 2(2): 1-17. Thai.
23. Piyamas Phasook, Navapun Papana. Development of a Clinical Nursing Practice Guideline for the Care of Neonates with Congenital Heart Disease Undergoing Arterial Switch Surgery in the NICU at Maharaj Chiang Mai Hospital. *Journal of Nursing and Public Health Research*. 2024; 3(3): 16-31. Thai.
24. Klavs I, Bufon Lužnik T, Skerl M, Grgič-Vitek M, Lejko-Zupanc T, Dolinsek M, et al. Prevalence of and risk factors for hospital-acquired infections in Slovenia: Results of the first national survey. *J Hosp Infect*. 2018;54: 149-157.
25. Panomporn Chaiyain, Juraporn Tangpukdee, Atchariya Wonginchan. Stress in Parents of Neonates Hospitalized in Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Nursing and Health Care*. 2021.39(3): 42-51. Thai.
26. Herzberg F. *Work and the nature of man*. ed, editor. London: Crosby Lockwook Staples; 1968.
27. Thamonwan Yodkolkij, Nirobol Kanogsunthornrat, Rangsimma Thiengthiantham. Clinical Practice Guideline Implementation in Colorectal Disease Patients undergoing Abdominal Surgery. *Journal of Nursing and Midwifery Practice*. 2018; 5(1): 94-111. Thai.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

ปิยนตร ศิริพิชชากร*	พย.บ.
พันธ์ศักดิ์ วงศ์คำแก้ว**	พบ., วว.เวชศาสตร์ป้องกัน
ปิยวรรณ กุมภีรัตน์***	ศษ.ม.

(รับ: 25 มกราคม 2568, แก้ไข: 19 กุมภาพันธ์ 2568, ตอรับ: 4 มีนาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่นอนรักษาในแผนกผู้ป่วยใน มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือการวิจัยคือ โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ มีค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.96 และ 0.94 ตามลำดับ และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.92 และ 0.89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test และสถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t 13.08, $p < .05$ และ t 8.55, $p < .05$ ตามลำดับ) กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t 10.26, $p < .05$ และ t 3.02, $p < .05$ ตามลำดับ) ดังนั้น ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ควรได้รับการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะซ้ำ และสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้อง

คำสำคัญ: การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่

** นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่

Corresponding author E-mail: milk-t@hotmail.com

Effects of a health literacy promotion program on behavior to prevent urinary tract infection

Piyanate sirithichakorn* B.S.N.

Phansak Wongkhumkaew** MD., Diploma of the Thai Board of Preventive Medicine

Piyaworn Kumphirat*** M.Ed.

(Received: January 25, 2025, Revised: February 19, 2025, Accepted: March 4, 2025)

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of a health literacy promotion program on urinary tract infection (UTI) prevention behaviors. The sample consisted of 60 inpatients aged 18 years and older diagnosed with urinary tract infections and was divided into an experimental group and a control group, with 30 patients in each group. The research instruments was a health literacy promotion program. Data were collected using a demographic questionnaire, a health literacy assessment, and a UTI prevention behavior questionnaire. The content validities were 0.96 and 0.94, respectively, and Cronbach's alpha reliability coefficients were 0.92. and 0.89 respectively. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Paired t-test, and independent t-test.

The results revealed that the mean scores of health literacy and UTI prevention behaviors of the experimental group significantly increased after participating in the health literacy promotion program (t 13.08, $p < .05$ and t 8.55, $p < .05$, respectively). The experimental group showed significantly higher mean scores of health literacy and UTI prevention behaviors than the control group (t 10.26, $p < .05$ and t 3.02, $p < .05$, respectively). Therefore, patients diagnosed with UTIs should be promoted on health literacy to prevent recurrent UTI and enable accurate self-care.

Keywords: Urinary tract infections, health literacy, infection prevention behaviors

* Professional Nurse, Sung Men Hospital, Phrae Province

** Preventive Medicine Specialist, Sung Men Hospital, Phrae Province

*** Professional Nurse, Sung Men Hospital, Phrae Province

Corresponding author, E-mail: milk-t@hotmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคติดเชื้อทางระบบทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection) เป็นปัญหาในระบบสุขภาพของประเทศไทย ทำให้เกิดการเจ็บป่วยที่สามารถเป็นซ้ำได้ มีอัตราการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น¹ และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย² การป้องกันการติดเชื้อซ้ำเป็นสิ่งจำเป็นที่ประชาชนต้องให้ความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากการติดเชื้อซ้ำสามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและความรุนแรงของโรค ข้อมูลจากสถาบันสุขภาพแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (National Institutes of Health, NIH) พบว่า ในแต่ละปีมีผู้ป่วยมากกว่า 11 ล้านรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อในกระแสเลือด โดยในกลุ่มนี้ประมาณ ร้อยละ 30 เป็นผู้ที่มีการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ³ ในประเทศไทย มีการศึกษาระบุว่า อัตราการเกิดโรคติดเชื้อในกระแสเลือดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะสูงถึงร้อยละ 30 และผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อซ้ำมากกว่า ร้อยละ 60⁴ นอกจากนี้ ข้อมูลจากกรมควบคุมโรคยังรายงานไว้ในแต่ละปีประเทศไทยมีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเนื่องจากการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะมากกว่า 100,000 ราย⁵ และจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของมนุษย์ ส่งผลให้เกิดทักษะความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันและจัดการกับภาวะเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁶ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพช่วยเพิ่มความสามารถในการป้องกันการติดเชื้อและลดความเสี่ยงในการเกิดโรคซ้ำ⁷ สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำ

ของบุคลากรทางการแพทย์ได้ดีขึ้น มีการใช้ยาที่เหมาะสม และสามารถปรับพฤติกรรมการใช้ชีวิตเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซ้ำ⁸ การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลวิชาชีพในการประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วย และส่งเสริมผู้ป่วยให้มีความรู้ด้านสุขภาพ^{9,10} และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพ สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซ้ำได้ สูงถึงร้อยละ 85¹¹

นอกจากนี้ พบว่า ยังไม่มีการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในบริบทหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งทำให้เกิดช่องว่างทางความรู้ในการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ จากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะรายใหม่ โดยโปรแกรมที่ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพควรได้รับการพัฒนาให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน และผู้วิจัยจึงทำการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อสามารถดูแลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการเสียชีวิตของผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

วารสารกองการพยาบาล

3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย

1. โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นอย่างไร

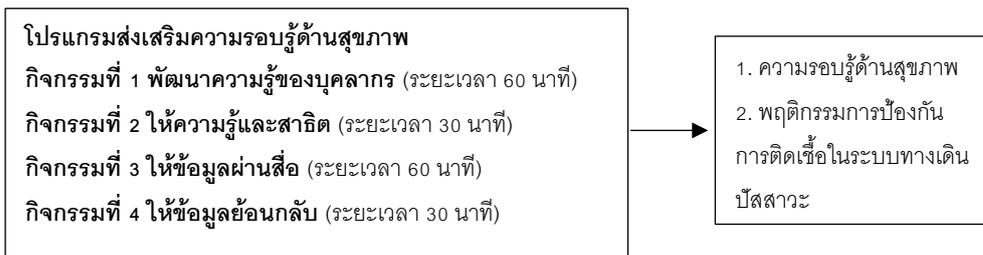
2. ภายหลังจากกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ และคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

3. ภายหลังจากกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจะมีคะแนน

4. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ⁶ เป็นกรอบในการวิจัย แนวคิดนี้รวมถึงความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อทำการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของตนเอง การเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถนำไปสู่การปรับปรุงพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้ โดยออกแบบเป็นกิจกรรม โดยสรุปดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) นี้เป็นแบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อน และหลังการทดลอง (Two group pretest posttest design) ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตัวแปรตาม ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่นอนรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่ตั้งแต่วันที่ 9 ตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 10 มกราคม พ.ศ. 2568

ปีที่ 52 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2568

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ 60 คน กลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยคำนวณจากโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power กำหนดให้ขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .32 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และ Power $(1-\beta) = .80$ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 48 คน¹² และเพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือก คือ 1) ผู้ป่วยจะต้องได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะโดยแพทย์ผู้ทำการรักษา 2) อายุ

วารสารกองการพยาบาล

- 18 ปีขึ้นไป 3) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้
- 4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วมที่รุนแรง และ
- 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยตลอดโปรแกรม **เกณฑ์การคัดออก** คือ 1) มีอาการวิกฤตเกิดในระหว่างการเข้าร่วมการวิจัยและมีความรุนแรงด่วนของการรักษา และ 2) มีความประสงค์ต้องการออกจากการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นเครื่องมือที่พัฒนาตามกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้ข้อมูลความรู้ และทักษะแก่ผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและวิธีการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ โดยโปรแกรมนี้ประกอบด้วย การให้คำปรึกษา การอบรม และการติดตามผลจากทีมสุขภาพ ผ่านการตรวจสอบการผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านระบบทางเดินปัสสาวะ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมทั้งนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 5 คน โดยมีรายละเอียดกิจกรรมในโปรแกรมหาดังนี้

กิจกรรมที่ 1 พัฒนาความรู้ของบุคลากร (ระยะเวลา 60 นาที) โดยจัดอบรมให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะตามมาตรฐานวิชาชีพแก่พยาบาล 15 คน ทั้งหมด 2 ครั้ง

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้และสาธิต (ระยะเวลา 30 นาที) ให้ความรู้และสาธิตวิธีการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะแก่ผู้ป่วย ได้แก่ การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ พฤติกรรมเสี่ยง การได้รับสารอาหาร และน้ำอย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 3 ให้ข้อมูลผ่านสื่อ (ระยะเวลา 60 นาที) มอบคู่มือส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ให้คำแนะนำผ่านวีดิทัศน์ที่อธิบายวิธีการดูแลสุขภาพ

และป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และแนะนำแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะแก่ผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 4 ให้ข้อมูลย้อนกลับ (ระยะเวลา 30 นาที) ให้ผู้ป่วยให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ จัดกลุ่มผู้ป่วยเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และให้คำแนะนำตามหลัก D-METHOD ก่อนกลับบ้าน

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพทางการสมรส และอาชีพของผู้ป่วย

3. แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นเครื่องมือวัดและประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย¹³ มีข้อคำถาม 47 ข้อ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 8 ข้อ การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ 5 ข้อ การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ 6 ข้อ การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม 17 ข้อ การจัดการสุขภาพตนเอง 11 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า แปลผลความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวมเป็น 3 ระดับ คือ คะแนน 47-109 หมายถึง ระดับต่ำ คะแนน 110-175 หมายถึง ระดับปานกลาง และคะแนน 176-235 หมายถึง ระดับสูง

4. แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ พัฒนาโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม 15 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า แปลผลพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะภาพรวมเป็น 4 ระดับ คือ คะแนน 60-75 หมายถึง ระดับดีมาก คะแนน 45-59 หมายถึง ระดับดี คะแนน 30-44 หมายถึง ระดับปานกลาง และคะแนน 15-29 หมายถึง ระดับต่ำ

วารสารกองการพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประกอบด้วย ผู้ความเชี่ยวชาญด้านระบบทางเดินปัสสาวะ และความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาให้ครอบคลุมความถูกต้อง ความชัดเจน และเหมาะสมของเนื้อหา ส่วนโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพได้ผ่านการตรวจสอบการใช้ภาษา รูปแบบของกิจกรรม ระยะเวลา และนำเครื่องมือมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .96 และ .94 ตามลำดับ

2. ความน่าเชื่อถือ นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.92 และ 0.89 ตามลำดับ ก่อนนำเครื่องมือไปใช้จริง

วิธีการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

ขั้นเตรียมการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดแพร่

ขั้นดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลสูงเม่น เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขออนุญาตเก็บข้อมูลและขอความร่วมมือในการทำวิจัย

2. เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสูงเม่น ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการวิจัย และขอความร่วมมือ พร้อมทั้งชี้แจงถึงภารกิจสิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย

3. หลังจากผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย

ขั้นดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยจะดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการ ดังนี้

1. กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1.1 พบกลุ่มควบคุมครั้งแรกที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่ ทีมผู้ร่วมผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย

1.2 ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถาม 3 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ โดยผู้วิจัยเป็นผู้อ่านให้ข้อคำถามให้ฟัง

1.3 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ กิจกรรมการพยาบาลในหอผู้ป่วยในที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามที่ปฏิบัติเป็นประจำ

1.4 นัดติดตามผล 1 เดือนทางโทรศัพท์ ขอให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม 2 ชุด ได้แก่ 1) แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะโดยผู้วิจัยเป็นผู้อ่านให้ข้อคำถามให้ฟัง

2. กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

2.1 พบกลุ่มทดลองที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่ ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย

2.2 ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถาม 3 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ

วารสารกองการพยาบาล

และ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ โดยมีผู้วิจัยอยู่บริเวณใกล้เคียงเพื่อให้ข้อมูลเพิ่มเติม หากกลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจข้อความ

2.3 กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยจัดให้

2.4 นัดติดตามผล 1 เดือนทางโทรศัพท์ขอให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม 2 ชุด ได้แก่ 1) แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะโดยผู้วิจัยเป็นผู้อ่านให้ข้อความให้ฟัง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2567 No. 071/2567 กลุ่มทดลองเข้าร่วมการวิจัยโดยความสมัครใจ สามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมงานวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อ การเข้ารับบริการ ข้อมูลของกลุ่มทดลองถูกจัดเก็บ ในคอมพิวเตอร์ที่ต้องใส่รหัส และนำเสนอผลการวิเคราะห์ในภาพรวมการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ Paired

t-test และ Independent t-test สำหรับคะแนนความรู้ และพฤติกรรม

ผลการวิจัย

กลุ่มควบคุม ร้อยละ 53.30 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 63.67 ปี (SD=1.55) ร้อยละ 46.60 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.70 มีสถานภาพสมรส และร้อยละ 50.00 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ส่วนกลุ่มทดลอง ร้อยละ 56.70 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 64.16 ปี (SD=1.52) ร้อยละ 50.00 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 50.00 มีสถานภาพสมรส และ ร้อยละ 63.40 ไม่ได้ประกอบอาชีพ

จากการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง เมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะของกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -13.08, p < 0.05$) และเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะโดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -8.55, p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้โปรแกรม (n=30)

หัวข้อ	ก่อนทดลอง		ระดับ	หลังทดลอง		t	p-value	
	\bar{X}	SD		\bar{X}	SD			
ความรู้ด้านสุขภาพ	108.57	20.32	ต่ำ	183.90	16.70	สูง	13.08	0.00*
พฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ	54.43	7.77	ดี	69.51	5.87	ดีมาก	8.55	0.00*

*p-value < .05

วารสารกองการพยาบาล

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มควบคุมและ

กลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังจากได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -10.26, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n=60)

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง			t	p-value
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ		
ก่อนทดลอง	109.97	14.83	ต่ำ	108.57	20.32	ต่ำ	1.51	0.138
หลังทดลอง	135.30	19.82	ปานกลาง	183.90	16.70	สูง	10.26	0.000*

*p-value < .05

การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะของกลุ่มควบคุม

และกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังจากได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.02, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n=60)

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง			t	p-value
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ		
ก่อนทดลอง	54.03	8.28	ดี	54.43	7.77	ดี	-0.19	0.848
หลังทดลอง	54.43	7.81	ดี	69.51	5.87	ดีมาก	-3.02	0.004*

*p-value < .05

อภิปรายผล

โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพในการเพิ่มคะแนนของกลุ่มทดลอง โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับสูง (183.90 คะแนน) และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ

ในระบบทางเดินปัสสาวะอยู่ในระดับดีมาก (69.51 คะแนน) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam⁶ ที่ระบุว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นส่วนสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพ เพราะช่วยให้บุคคลมีทักษะในการเข้าถึงข้อมูล วิเคราะห์ และนำไปสู่การตัดสินใจที่

วารสารกองการพยาบาล

ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าโปรแกรมเสริมความรู้ด้านสุขภาพสามารถเพิ่มพฤติกรรมป้องกันโรคในกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงสูง นอกจากนี้ การที่กลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องมาจากการออกแบบโปรแกรมที่มุ่งเน้นการปฏิบัติจริง อาทิ ให้ความรู้และสาธิตวิธีการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะช่วยเพิ่มความเข้าใจและการตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง¹⁴ ซึ่งให้เห็นว่าความรู้พื้นฐานเป็นกุญแจสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีการสาธิตวิธีการป้องกันการติดเชื้อ โดยสาธิตวิธีการทำความสะอาดอวัยวะเพศ การรับประทาน อาหารที่ดี และการดื่มน้ำให้เพียงพอ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับการศึกษาที่ระบุว่า การแสดงวิธีปฏิบัติจริงช่วยลดช่องว่างระหว่างความรู้และการลงมือทำ อีกทั้งยังมีการให้ข้อมูลผ่านสื่อการศึกษา การมอบคู่มือและใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยเสริมสร้างความเข้าใจในแนวทางการป้องกันโรคติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การใช้สื่อเหล่านี้ยังเพิ่มความสะดวกในการทบทวนข้อมูลเมื่อจำเป็น⁷ สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า การเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพผ่านการอบรมในกลุ่มผู้ป่วยสามารถลดอัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะและโรคติดเชื้ออื่น ๆ ได้¹⁵ และการให้ข้อมูลผ่านสื่อการศึกษาที่เข้าใจง่ายช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ และการฝึกปฏิบัติจริง เช่น การทำความสะอาดอวัยวะเพศ การใส่ยา และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มสนับสนุน ช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะที่จำเป็นและมีความเข้าใจลึกซึ้งถึงเหตุผลของการปฏิบัติ ซึ่งการเรียนรู้ที่มีการมีส่วนร่วม จะช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจและนำความรู้ไปใช้ได้มากขึ้น¹⁶ โปรแกรมนี้ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพอย่างครบถ้วน โดยเฉพาะในมิติการเพิ่มศักยภาพบุคคลในการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพและการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษานี้ยืนยันว่าความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงแต่ช่วยเพิ่มความรู้ แต่ยังส่งเสริมให้บุคคลสามารถเปลี่ยนความรู้นั้นไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสม

จากผลการวิจัยพบว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทั้งด้านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง ($\bar{X}=183.90$ SD=16.70) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}=135.30$ SD=19.82) เช่นเดียวกับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของกลุ่มทดลอง ($\bar{X}=69.51$ SD=5.87) ที่สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}=54.43$ SD=7.81) อย่างชัดเจน การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในกลุ่มทดลองสะท้อนถึงความสำเร็จของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่ออกแบบมาเพื่อเพิ่มทั้งความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ โปรแกรมนี้ประกอบด้วยกิจกรรมที่ช่วยเพิ่มการตระหนักรู้และสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วย เช่น การอบรมให้ข้อมูลที่ครอบคลุม การสาธิตวิธีการดูแลสุขภาพ และการฝึกปฏิบัติจริง กิจกรรมเหล่านี้ช่วยให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการรายงานว่าการโปรแกรมสุขภาพที่มีการใช้กิจกรรมแบบกลุ่มสนับสนุนในชุมชนช่วยให้กลุ่มผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นและมีความสามารถในการดูแลตนเองสูงขึ้นอย่างชัดเจน ในขณะที่เดียวกัน กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการสนับสนุนผ่านโปรแกรมยังคงมีคะแนนที่ไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ¹⁷ สะท้อนถึงความจำเป็นของการออกแบบโปรแกรมที่มีการบูรณาการ

วารสารกองการพยาบาล

ระหว่างการให้ข้อมูลและการฝึกปฏิบัติจริง ซึ่งช่วยกระตุ้นให้เกิดการตระหนักรู้และสร้างพฤติกรรม สุขภาพที่ยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษา ที่ชี้ให้เห็นว่าการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมแสดงให้เห็นความแตกต่างอย่างชัดเจนในด้านความรู้และพฤติกรรม โดยกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนเชิงโครงสร้างมีแนวโน้มที่จะพัฒนาในด้านสุขภาพได้ดีกว่า¹⁸ ดังนั้นการที่กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม แสดงถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและป้องกันโรคติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การวิจัยนี้ยังเน้นย้ำถึงความสำคัญของการใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การฝึกปฏิบัติจริง และการสนับสนุนด้านจิตสังคมเพื่อเสริมสร้างสุขภาพในระดับบุคคลและชุมชน

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{X}=183.90$ $SD=16.70$ เทียบกับ $\bar{X}=135.30$ $SD=19.82$) สะท้อนถึงความสำเร็จของโปรแกรมที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และการพัฒนาทักษะด้านสุขภาพโดยตรง การเปลี่ยนแปลงนี้ไม่เพียงแสดงถึงผลลัพธ์ในเชิงปริมาณ แต่ยังชี้ให้เห็นถึงความสามารถในการนำความรู้ไปปรับใช้เพื่อการปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับงานวิจัยที่ระบุว่า การเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่งผลโดยตรงต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะเมื่อมีการเรียนรู้ผ่านกระบวนการที่เน้นความเข้าใจและการลงมือทำ¹⁹ นอกจากนี้ คะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของกลุ่มทดลองที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังได้รับโปรแกรม ($\bar{X}=69.51$ $SD=5.87$ เทียบกับ $\bar{X}=54.43$ $SD=7.81$ ในกลุ่มควบคุม) แสดงให้เห็นถึงผลของกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การฝึกปฏิบัติ การ

จัดกลุ่มสนับสนุน และการให้คำปรึกษาแบบเจาะจงกับแต่ละบุคคล การเสริมสร้างพฤติกรรมผ่านกระบวนการเหล่านี้ช่วยให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันโรคและกระตุ้นให้พวกเขาปฏิบัติตามแนวทางสุขภาพที่เหมาะสม ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาซึ่งระบุว่าโปรแกรมที่ออกแบบให้ผู้เข้าร่วมได้เรียนรู้ผ่านการลงมือปฏิบัติจริงและมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกลุ่มผู้ป่วย²⁰ การเปลี่ยนแปลงนี้ยังสามารถอธิบายได้โดยชี้ว่าโปรแกรมสุขภาพที่มีการบูรณาการระหว่างการให้ความรู้และการปฏิบัติช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในตัวผู้ป่วยเอง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ²¹ นอกจากนี้ ยังมีรายงานว่า การจัดโปรแกรมสุขภาพที่มีการสอนแบบปฏิบัติจริงในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและลดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ²² ซึ่งสนับสนุนผลการศึกษาที่ระบุว่า สื่อการศึกษาที่เข้าใจง่ายและครอบคลุมสามารถเพิ่มการจดจำและการนำความรู้ไปใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคติดเชื้อ²³ ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถสร้างผลลัพธ์เชิงบวกทั้งในด้านความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของผู้เข้าร่วมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเน้นย้ำถึงความสำคัญของการออกแบบกิจกรรมที่เชื่อมโยงความรู้เชิงทฤษฎีและการลงมือปฏิบัติจริงเพื่อสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการติดตามผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

วารสารกองการพยาบาล

2. ควรมีการศึกษาการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

3. การติดตามกลุ่มตัวอย่าง เป็นการติดตามทางโทรศัพท์ จึงทำให้เกิดการหายไปของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้ติดตามกลุ่มตัวอย่างได้ยาก

Reference

1. Laupland KB. Incidence, risk factors, and outcomes of catheter-associated urinary tract infections. *Clin Infect Dis*. 2013;57(2):185–92.
2. Li S, Cui L, Zhang L, Wang X, Fan Y. Prevalence and factors associated with recurrent urinary tract infection among the elderly in long-term care facilities. *BMC Geriatr*. 2020;20(1):425.
3. National Institutes of Health. Sepsis and urinary tract infections: Global statistics. *NIH J Glob Health*. 2022;24(3):32–40.
4. Kanyarath K. Bloodstream infections from urinary tract infections in elderly patients. *nurs sci j*. 2020;38(2):145–53. Thai.
5. Department of Disease Control. Urinary tract infection situation in Thailand. Annual Health Report. 2021. Thai.
6. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int*. 2000;15(3):259–67.
7. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12(1):80.
8. Sasithorn J. Health literacy and self-care behavior among elderly patients in urban areas. *J Nurs Acad*. 2018;36(1):59–67.
9. Wannisa P. Developing health literacy in chronic disease patients: A case study in secondary hospitals. *J Public Health Nurs*. 2019;39(3):12–20.
10. Sommai C. Evaluation of health promotion programs in urinary tract infection patients. *J Community Health*. 2019;43(4):87–96.
11. Gebretsadik T, Berhe S, Gebregergs GB. Health literacy and its role in reducing urinary tract infection recurrence: A systematic review. *Int J Health Sci*. 2018;12(4):123–30.
12. Nipitphon Sanitluea, Watcharaporn Satpetch, Yada Napha-aruk. Sample size calculation using G*Power software. *J Acad Sci*. 2018;12(4):123–30. Thai.
13. Angsanon I. Development of a health literacy assessment tool for Thais. *J Health Educ*. 2019;43(2):45–58.

วารสารกองการพยาบาล

14. Guzys D, Arnolda G, Gartland D, Brownie S, Kennedy M. The impact of health literacy programs on health behavior in high-risk populations: A systematic review. *J Health Promot Pract.* 2021;22(3):456–72.
15. Kwanmuang Kaewdamkeng, Jamnearn L. The effect of health literacy promotion programs on disease prevention among elderly communities. *J Community Health.* 2021;30(2):123–35.
16. Lee YK, Choi JH, Park SY. Enhancing health literacy through multimedia educational tools: Implications for older adults. *Educ Gerontol.* 2022;48(2):85–99.
17. Supawadee R. Effects of group support activities on health behavior in elderly communities. *J Health Res Dev.* 2019;42(4):245–58.
18. Paasche-Orlow MK, Wolf MS. Promoting health literacy to achieve sustainable behavior changes: A review of strategies and outcomes. *Annu Rev Public Health.* 2021;42(1):227–45.
19. Wang Y, Zhang X, Li Y. Training older adults in health literacy and behavior change: The importance of interactive programs. *Aging Ment Health.* 2021;25(4):663–72.
20. Nguyen TH, Vo NH, Phan KT. Hands-on learning and follow-up strategies in community-based health education programs for the elderly: Evidence from Vietnam. *Glob Health Action.* 2022;15(1):1-10.
21. Hoffmann T, Glasziou P, Boutron I. Integration of theoretical and practical approaches in health education programs: Long-term effectiveness on health behavior change. *Patient Educ Couns.* 2022;105(6):1131–40.
22. Wiphaphan Prachuaphot,. Designing practical health programs to develop self-care abilities in older adults. *Nurs Sci J.* 2020;38(1):89–102.
23. Jiang Y, Xu H, Li S. Effectiveness of educational interventions using simplified materials on health literacy in older adults: A randomized controlled trial. *BMC Geriatr.* 2020;20(1):231.

การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

อุทัยวรรณ วิบูลกิจธนกร*	วท.ม. (การบริหารบริการสุขภาพ)
นริศรา ทองงาม*	พย.ม. (การบริหารการพยาบาล)
วราภรณ์ สมดี*	พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)
วัชรพันธ์ วงศ์คำพันธ์**	พย.ม. (การบริหารการพยาบาล)

(รับ: 30 ตุลาคม 2567, แก้ไข: 25 กุมภาพันธ์ 2568, ตอรับ: 1 มีนาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อ (1) พัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล และ (2) ประเมินผลการใช้รูปแบบ ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ คือ (1) การสำรวจสภาพปัญหา (2) การออกแบบและพัฒนารูปแบบ และ (3) การใช้และประเมินผลรูปแบบ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น 32 คน และพยาบาลวิชาชีพ 96 คน เครื่องมือวิจัย คือ รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ (1) ประเด็นแนวคำถามการสนทนากลุ่ม (2) แบบประเมินความรู้ และทักษะการนิเทศ (3) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้นิเทศ และ (4) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับการนิเทศ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .90 - 1.00 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบประเมินทักษะการนิเทศ และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ เท่ากับ .85, .88 และ 86 ตามลำดับ และ ค่าคูเดอริชาร์ดสัน 20 (KR-20) coefficient ของแบบประเมินความรู้การนิเทศ เท่ากับ .86 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และ Dependent t-test

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล P-CLEAR Model ประกอบด้วย (1) การเตรียมผู้นิเทศ (2) การกำหนดข้อตกลง (3) การรับฟังปัญหา (4) การตรวจสอบความเข้าใจและวางแผน (5) การนำไปปฏิบัติ และ (6) การทบทวนประเมินผลและสะท้อนกลับข้อมูล หลังใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล พบว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นมีความรู้ และทักษะการนิเทศทางการพยาบาล สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.18$ และ $t = 13.94$, $p < .001$ ตามลำดับ) ความพึงพอใจของผู้นิเทศทางการพยาบาล และของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลในภาพรวมหลังการใช้รูปแบบอยู่ในระดับมาก (Mean 4.45, SD .35 และ Mean 4.34, SD .26 ตามลำดับ)

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ การนิเทศทางการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

Corresponding author; E-mail: utaiwanviboonkittanakorn@gmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

The Development of nursing supervision models for the First-Level Nurse Executives at Detudom Crown Prince Hospital, Ubon Rathchathani

Utaiwan Viboonkittanakorn* M.Sc. (Health Care Management)

Narisara Thongngam* M.N.S. (Nursing Administration)

Waraporn Somdee* M.N.S. (Pediatric Nursing)

Watcharaphan Wongkhamphan** M.N.S. (Nursing Administration)

(Received: October 30, 2024, Revised: February 25, 2025, Accepted: March 1, 2025)

Abstract

This research and development study aimed to (1) develop a nursing supervision model and (2) evaluate its effectiveness. The 3 phases of this study was conducted: (1) analysis of existing problems; (2) designing and developing the supervision model; (3) implementation and evaluation the model. The sample consisted of 32 first level nurse executives and 96 professional nurses. The research instrument was the developed nursing supervision model. Data collecting tools consisted of (1) focus group discussion questions; (2) supervision knowledge and skills assessment; (3) supervisor satisfaction questionnaire; and (4) supervisee supervisor satisfaction questionnaire. The instrument was checked by the experts, yielding content validity index (CVI) of .90 to 1.00. Cronbach's alpha coefficients of supervision skills assessment, supervisor and supervisee satisfaction questionnaires were .85, .88, and .86 respectively. Kuder-Richardson 20 (KR-20) coefficient of supervision knowledge assessment was .86. Data were analyzed using descriptive statistics and Dependent t-test.

The resulted revealed that the developed P-CLEAR nursing supervision model consisted of 6 key components: (1) preparing the supervisor; (2) establishing agreements; (3) listening to the problems, (4) ensuring of understanding and planning, (5) implementing, and (6) reviewing, evaluating, and feedbacking information. After implementing the model, first level nurse executives demonstrated significantly higher supervision knowledge and skills than before implementing the model (t 14.18 and t 13.94, $p < .001$ respectively). The overall satisfaction of the nursing supervisors and the professional nurses with the nursing supervision model were at a high level (Mean 4.45, SD .35 and Mean 4.34, SD .26 respectively).

Keywords: Model development, Nursing supervision, First-Level Nurse Executives

* Senior Professional nurse, Detudom Crown Prince Hospital

Corresponding author; E-mail: utaiwanviboonkittanakorn@gmail.com

** Professional nurse, Detudom Crown Prince Hospital

วารสารกองการพยาบาล

บทนำ

การนิเทศทางการพยาบาล คือ หัวใจสำคัญของการบริหารการพยาบาล และเป็นบทบาทสำคัญของการพยาบาลระดับผู้บริหารในองค์กร เพื่อติดตามความก้าวหน้า การดำเนินงานตามเป้าหมาย นโยบายขององค์กร สร้างขวัญและกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน สนับสนุนช่วยเหลือแก้ไขปัญหา และนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ให้เป็นไปตามมาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพ¹ นอกจากนี้การนิเทศทางการพยาบาล ยังเป็นการช่วยหาวิธีให้บุคลากรพยาบาลทำงานได้ดีขึ้น โดยผู้นิเทศจะเป็นผู้ให้ความรู้ คำแนะนำ กำลังลังใจ และให้การสนับสนุนช่วยเหลือบุคลากรพยาบาลให้ปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพ การนิเทศทางการพยาบาลจึงเป็นบทบาทหน้าที่ของผู้บริหารทางการพยาบาลในทุกกระดับ² ซึ่งผู้นิเทศต้องมีความรู้ด้านการนิเทศ ทักษะจำเป็นที่ใช้ในการนิเทศ และมีทัศนคติที่ดีต่อการนิเทศงาน ซึ่งช่วยให้เกิดสัมพันธภาพอันดีกับผู้รับการนิเทศ ช่วยสร้างกำลังใจในการพัฒนาศักยภาพการทำงานให้แก่ผู้รับการนิเทศ และทำให้พยาบาลผู้รับการนิเทศเกิดความสบายใจเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ³ จึงเชื่อได้ว่าการนิเทศการพยาบาลเป็นกระบวนการสร้างคนให้ทำงาน สามารถนำเอาความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างอัตโนมัติ และเป็นการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนการปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพปราศจากความผิดพลาด นำมาซึ่งความพึงพอใจในงานและมีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาล⁴

จากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับ ปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้กระบวนการนิเทศ ไม่ประสบความสำเร็จ พบว่า 1) ด้านนโยบาย คือ นโยบายการนิเทศไม่ชัดเจน ไม่มีรูปแบบการนิเทศ 2) ด้านผู้นิเทศ

คือ ผู้นิเทศขาดความรู้เรื่องการนิเทศและความรู้ในเรื่องที่จะนิเทศ ขาดทักษะปฏิบัติการนิเทศ 3) ด้านกระบวนการนิเทศ คือ ขาดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ 4) ด้านผู้รับการนิเทศ คือ ขาดทัศนคติที่ดีต่อการนิเทศ ไม่เห็นประโยชน์และความสำคัญของการนิเทศ ทั้งหมดนี้เป็นปัญหาและอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ การนิเทศไม่ประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับหลายรายงานวิจัย⁵⁻⁹ การแก้ไขปัญหาเหล่านี้จำเป็นต้องอาศัยการวิจัยที่มีการพัฒนารูปแบบการนิเทศเพื่อแก้ไขปัญหา ซึ่งมีการรายงานวิจัยนำมาแก้ไขปัญหาลักษณะเหล่านี้ได้สำเร็จ⁷⁻⁹

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม เป็นโรงพยาบาลระดับ S ขนาด 350 เตียง ของเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 10 เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายของอุบลราชธานี มีโรงพยาบาลชุมชน ในเครือข่ายทั้งหมด 5 แห่ง รับผิดชอบดูแลสุขภาพประชาชนในอำเภอเดชอุดม 175,247 คน และรองรับประชาชนอำเภอใกล้เคียงอีก 5 แห่ง รวมประชากรในความรับผิดชอบ 6 อำเภอ ประชากร 455,294 คน ให้บริการตามพันธกิจของโรงพยาบาลทั่วไประดับ S และจัดบริการตามนโยบาย Service plan¹⁰ โดยมีผู้บริหารทางการพยาบาลเป็นบุคลากรหรือเป็นกลไกสำคัญในการนำนโยบายการบริหารและการพัฒนาคุณภาพจากผู้บริหารระดับสูงลงสู่ระดับปฏิบัติการ วางแผนออกแบบระบบบริการพยาบาล ให้ผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการเข้าถึงบริการอย่างเป็นธรรม มีความพึงพอใจ¹¹ และบริหารจัดการบริการพยาบาลให้บรรลุเป้าหมายนโยบายขององค์กร¹² จากการสำรวจสภาพการณ์นิเทศปัจจุบันโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ในด้านผู้นิเทศที่เป็นผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น พบว่า การนิเทศทางการพยาบาลปฏิบัติไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ รูปแบบการ

วารสารกองการพยาบาล

นิเทศไม่ชัดเจนทั้งด้านการวางแผนการนิเทศ การดำเนินการนิเทศและการประเมินผลการนิเทศ มีคู่มือการนิเทศทางการพยาบาลแต่ไม่มีความเข้าใจวิธีการใช้คู่มือ จึงไม่สามารถปฏิบัติได้ ผู้นิเทศทางการพยาบาลขาดความรู้ ทักษะ จึงทำให้ไม่มั่นใจที่จะปฏิบัติการนิเทศ และในด้านผู้รับการนิเทศ พบว่า การนิเทศส่วนใหญ่มุ่งเน้นการตรวจตรา การปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่เป็นไปตามวิธีปฏิบัติ พยาบาลวิชาชีพผู้รับการนิเทศไม่สนใจที่จะรับการนิเทศเพราะรู้สึกว่าการนิเทศเป็นรูปแบบการจับผิดข้อบกพร่องมากกว่าการสร้างเสริมกำลังใจ ไม่เห็นประโยชน์และความสำคัญของการนิเทศ

จากปัญหาที่กล่าวมา ผู้วิจัยซึ่งเป็นหัวหน้าพยาบาล เป็นผู้บริหารสูงสุดขององค์กรพยาบาล มีหน้าที่ความรับผิดชอบโดยตรงในด้านการบริหารงาน การพัฒนาบุคลากร การพัฒนาบริการพยาบาลให้มีคุณภาพ เพื่อให้ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ¹³ จึงให้ความสำคัญของการนิเทศทางการพยาบาล ซึ่งเป็นบทบาทอิสระในความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพ มีความสำคัญในการควบคุมกำกับดูแลคุณภาพบริการพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพ¹⁴ ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมขึ้น โดยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการสนทนากลุ่ม (Focus group) เพื่อนำข้อมูลมาประกอบการสร้างรูปแบบโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของเคลียร์ (CLEAR Supervision model) ที่พัฒนาขึ้นโดย Peter Hawkins & Robin Shohet (2006)¹⁵ ซึ่งเป็นแนวคิดการนิเทศที่เน้นการสร้างบรรยากาศ และสัมพันธภาพให้เกิดการยอมรับ จากกรรร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การรับรู้ทางเลือกใหม่หรือประเด็นสำคัญ

ที่ควรนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานให้มีคุณภาพระหว่างผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ โดยคาดหวังว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ จะช่วยให้ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น มีรูปแบบการนิเทศที่ชัดเจนเหมาะสมกับบริบทขององค์กรและความต้องการของผู้นิเทศ และภายหลังการใช้รูปแบบ ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น มีความรู้ ทักษะการนิเทศทางการพยาบาล และความพึงพอใจที่เพิ่มขึ้น ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล และเพื่อทำให้การบริหารการพยาบาลขององค์กรประสบความสำเร็จบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้

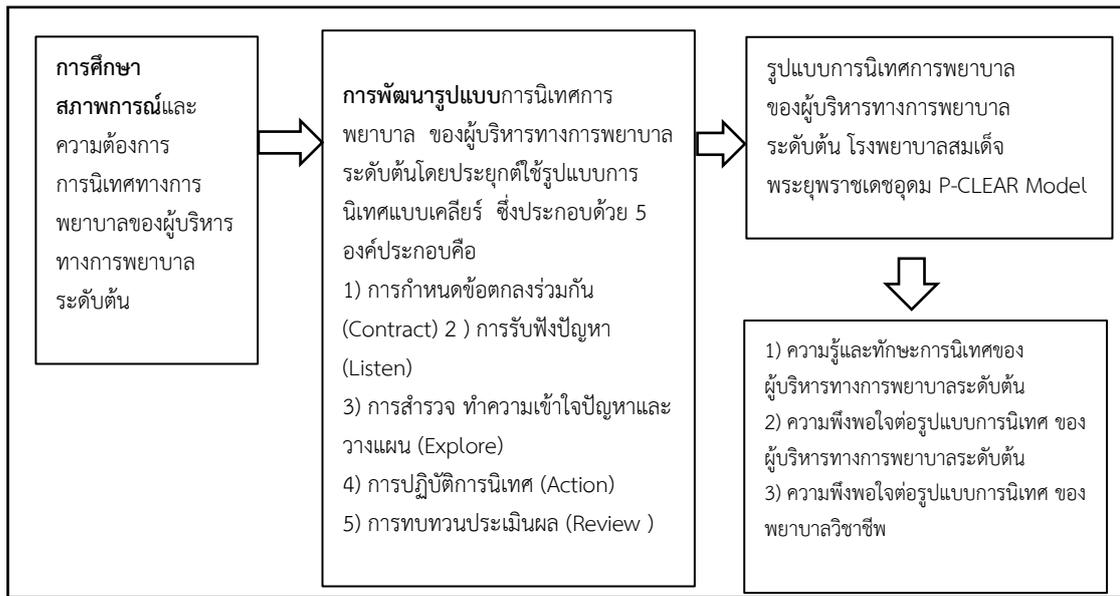
วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

2. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบฯ ได้แก่ 1) เปรียบเทียบความรู้และทักษะการนิเทศทางการพยาบาล ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ 2) ความพึงพอใจของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นหลังการใช้รูปแบบฯ 3) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพผู้รับการนิเทศหลังการใช้รูปแบบฯ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการศึกษาสภาพการณ์การนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น จากการสนทนากลุ่ม ร่วมกับการศึกษาแนวคิด หลักการ และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการนิเทศทางการพยาบาล และประยุกต์ใช้แนวคิดรูปแบบการนิเทศของเคลียร์ (CLEAR Supervision model) (Peter Hawkins & Robin Shohet, 2006)¹⁵ ดังภาพที่ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยและพัฒนานี้ ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนาแบบแผนการนิเทศทางการพยาบาล ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร ได้แก่ ผู้บริหารทางการพยาบาล ที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม 40 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับสูง (หัวหน้าพยาบาล) 1 คน ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับกลาง (รองหัวหน้าพยาบาล) 2 คน ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น (หัวหน้างาน) 3 คน เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง มีประสบการณ์การบริหารการพยาบาล 5 ปี และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ประเด็นแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม สำหรับผู้บริหารทางการพยาบาล ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวน

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 6 ข้อ ประเด็นการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับ การนิเทศทางการพยาบาลโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ในปัจจุบัน สิ่งที่ได้ดี ปัญหาอุปสรรค และความต้องการการพัฒนาแบบแผนการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำประเด็นแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1 **เก็บรวบรวมข้อมูล** โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group) มีผู้จัดบันทึกหลังจากนั้นผู้วิจัยถอดบทสนทนาจากเทป

การวิเคราะห์ข้อมูล 1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย 2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

วารสารกองการพยาบาล

ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนา รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหาร ทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม มีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม จากระยะที่ 1 มายกร่างรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ในการกำหนดกรอบแนวคิดของการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ร่วมกับประยุกต์ใช้แนวคิดของ เคลียร์ (CLEAR Supervision model)

2. ตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการนิเทศ ทางการพยาบาลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อหาความครอบคลุมและเหมาะสม ปรับปรุงรูปแบบตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดลองใช้ โดย **เพิ่มกิจกรรมการฝึกทักษะปฏิบัติการนิเทศ** ให้ผู้บริหารทางการพยาบาล ได้มีกิจกรรมร่วมกันฝึกทักษะปฏิบัติการนิเทศในสถานการณ์ต่างๆ

3. ทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยทดลอง ในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ได้แก่ ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น 5 คน พยาบาลวิชาชีพ 15 คน เป็นเวลา 7 สัปดาห์

ระยะที่ 3 การใช้และการประเมินผล รูปแบบ ใช้การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pre-Test Post-Test Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรแบ่งเป็น 2 กลุ่ม 1) ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม 36 คน 2) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่เดียวกับผู้บริหารระดับต้น 336 คน กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น

ปีที่ 52 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2568

2 กลุ่ม 1) ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น 32 คน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power Test Family คือ t Tests Statistical คือ Means: Difference between two dependent means (matched pairs) กำหนดการทดสอบแบบ one-tail ใช้ผลการศึกษาจากงานวิจัยของวัชรีย์ และคณะ⁴ วิเคราะห์หาค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) ได้เท่ากับ 0.50 และอำนาจในการทดสอบ (Power) ได้เท่ากับ 0.80 และระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 29 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างทำการทดลองของกลุ่มตัวอย่างที่อาจเกิดขึ้น ระหว่างการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 32 คน เลือกลักษณะตัวอย่าง โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ด้วยวิธีการจับฉลากรายชื่อ แบบไม่แทนที่

2) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่เดียวกับผู้บริหารระดับต้น ที่มีประสบการณ์มากกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี หน่วยงานละ 3 คน ที่ผ่านการประเมินผลการปฏิบัติงานแล้ว (ผู้มีประสบการณ์น้อยกว่า 3 ปี 3-6 ปี และมากกว่า 6 ปี) คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง 96 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ของผู้บริหาร ทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม P-CLEAR Model

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามที่ใช้ในการประเมินรูปแบบการนิเทศสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป 6 ข้อ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ประสบการณ์เป็นผู้บริหาร ประสบการณ์ในการเป็นผู้นิเทศการพยาบาลในฐานะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น และการได้รับการอบรมเรื่องการ

วารสารกองการพยาบาล

นิเทศทางการพยาบาล ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ และทักษะการนิเทศทางการพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- 1) **แบบประเมินความรู้** ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ มี 4 ตัวเลือก เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน มี 20 ข้อ
- 2) **แบบประเมินทักษะ** คำตอบเป็นแบบมาตราประเมินค่า 5 ระดับ คือ ดีมาก ค่อนข้างดี ปานกลาง ควรปรับปรุง ไม่ดีเลย 15 ข้อ ส่วนที่ 3 **แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้นิเทศ**ต่อการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มี 6 ข้อ คำตอบเป็นมาตราประเมินค่า 5 ระดับ ดังนี้ น้อยที่สุด (1 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) มาก (4 คะแนน) และมากที่สุด (5 คะแนน) การแปลผลคะแนนความพึงพอใจ โดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมาหาค่าเฉลี่ย ใช้เกณฑ์การแปลผลดังนี้ คะแนน 1.00 - 1.50, 1.51 - 2.50, 2.51 - 3.50, 3.51-4.50, และ 4.51 - 5.00 หมายถึง ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นมีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุดตามลำดับ

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพผู้รับการนิเทศต่อรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป 4 ข้อ ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพผู้รับการนิเทศ ต่อรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 6 ข้อ คำตอบเป็นมาตราประเมินค่า 5 ระดับ ดังนี้ น้อยที่สุด (1 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) ปานกลาง

(3 คะแนน) มาก (4 คะแนน) และมากที่สุด (5 คะแนน) การแปลผลคะแนนความพึงพอใจ โดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมาหาค่าเฉลี่ย ใช้เกณฑ์การแปลผลดังนี้ คะแนน 1.00 - 1.50, 1.51 - 2.50, 2.51 - 3.50, 3.51-4.50, และ 4.51 - 5.00 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพผู้รับการนิเทศมีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุดตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ด้านการนิเทศและวิจัยทางการพยาบาล 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของ

- 1) รูปแบบการนิเทศฯ 2) แบบประเมินความรู้การนิเทศ 3) แบบประเมินทักษะการนิเทศ 4) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้นิเทศต่อการใช้รูปแบบการนิเทศ 5) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพผู้รับการนิเทศต่อรูปแบบการนิเทศ

มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.90, 0.94, 0.92, 0.90, 0.96 ตามลำดับ ความเที่ยงของเครื่องมือผู้วิจัยนำแบบเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบประเมินความรู้การนิเทศ แบบประเมินทักษะการนิเทศ แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้นิเทศต่อการใช้รูปแบบการนิเทศ แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพผู้รับการนิเทศต่อรูปแบบการนิเทศ ไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้บริหารทางการพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา 10 คน พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.88, 0.85, 0.88, 0.86 และ แบบประเมินความรู้การนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารทางการพยาบาล มีค่าคูเดอริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล ในระยะที่ 3 การใช้และการประเมินผลรูปแบบ

วารสารกองการพยาบาล

ขั้นก่อนการทดลอง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ชี้แจงรายละเอียดการวิจัย ขอความร่วมมือการเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง (ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น) ทำแบบประเมินความรู้และทักษะการนิเทศทางการพยาบาล

ขั้นทดลอง กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม 7 สัปดาห์ ได้แก่ สัปดาห์ที่ 1 ขั้นการเตรียมผู้นิเทศทางการพยาบาล โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการผู้นิเทศ เพื่อเสริมความรู้การนิเทศทางการพยาบาลและฝึกทักษะการปฏิบัติการนิเทศ สัปดาห์ที่ 2-6 ผู้นิเทศนำรูปแบบการนิเทศการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปปฏิบัติในหน่วยงาน สัปดาห์ที่ 7 อภิปรายกลุ่ม ประเมินหลังการนิเทศตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

ขั้นหลังการทดลอง ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมิน ดังนี้ ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ทำแบบประเมินความรู้และทักษะการนิเทศทางการพยาบาล และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้นิเทศต่อการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพผู้รับการนิเทศทำแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพผู้รับการนิเทศต่อรูปแบบการนิเทศ

ตาราง 1 รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลสมเด็จพระ

พระยุพราชเดชอุดม P-CLEAR Model

กรอบแนวคิดการนิเทศแบบเคลียร์	ขั้นตอน
สัปดาห์ที่ 1 การเตรียมผู้นิเทศทางการพยาบาล (ขั้นตอนที่ 1)	
1. Preparing Supervisors: (P)	ขั้นตอนที่ 1. การเตรียมผู้นิเทศทางการพยาบาล (Preparing Supervisors)
1.1 การฝึกอบรมเสริมความรู้ ทักษะ ประสพการณ์ผู้นิเทศ	เป็นขั้นตอนในการเสริมความรู้ ทักษะ และประสพการณ์ให้กับผู้นิเทศทางการพยาบาล เป็นการอบรมเชิงปฏิบัติการ ตามรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น และจัดตารางเวลา ในการนิเทศให้เหมาะสมกับเวลาการปฏิบัติงานของผู้รับการนิเทศ
1.2 จัดเวลาที่เหมาะสม	

ปีที่ 52 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และความพึงพอใจด้วยสถิติเชิงพรรณนา ด้วยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้และทักษะการนิเทศทางการพยาบาล ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นก่อนและหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยใช้สถิติ Dependent t-test และข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ ซึ่งทดสอบด้วยสถิติ Shapiro-wilk test ได้ค่า p-value เท่ากับ .08

จริยธรรมวิจัย ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เอกสารเลขที่ SSJ.UB 2567-83 วันที่ 9 เมษายน 2567 ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม P-CLEAR Model ที่พัฒนาขึ้นจากการประยุกต์ใช้แนวคิด CLEAR supervision model ดังตาราง 1

วารสารกองการพยาบาล

ตาราง 1 รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

พระยุพราชเดชอุดม P-CLEAR Model (ต่อ)

สัปดาห์ที่ 2-6 ผู้นิเทศนำรูปแบบการนิเทศการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปปฏิบัติในหน่วยงาน (ขั้นตอนที่ 2-6)	
2. Contract: (C)	ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดข้อตกลงของการนิเทศ (Contract)
2.1 การสร้างสัมพันธภาพ	เป็นขั้นตอนการสร้างบรรยากาศ และ สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นิเทศ และผู้รับการ
2.2 การกำหนดหลักการพื้นฐานร่วมกัน	นิเทศ สร้างความเข้าใจประโยชน์ของกระบวนการนิเทศทำให้เกิดการยอมรับบทบาท
2.3 การกำหนดขอบเขตการนิเทศ	หน้าที่ของแต่ละฝ่าย
2.4 การกำหนดสิ่งที่คาดหวังร่วมกัน	
3. Listen: (L)	ขั้นตอนที่ 3 การรับฟังปัญหาและการกำหนดหัวข้อการนิเทศ (Listen)
3.1 กำหนดหัวข้อการนิเทศ	เป็นขั้นตอนที่ผู้นิเทศจะเปิดโอกาสให้ผู้รับการนิเทศได้แสดงความรู้สึก หรือเล่า
3.2 ระบุเป้าหมายการนิเทศ	สถานการณ์ต่างๆอย่างเสรี ในขั้นตอนนี้จึงเป็นการรับฟังปัญหา และพยายามระบุ
3.3 กำหนดวัตถุประสงค์การนิเทศ	ปัญหาที่เกิดขึ้น
4. Explore: (E)	ขั้นตอนที่ 4 การสำรวจ ทำความเข้าใจปัญหาและวางแผน (explore)
4.1 ทำความเข้าใจปัญหา	เป็นขั้นตอนการพิจารณาอย่างรอบคอบ สร้างความเข้าใจปัญหาเพื่อวางแผนการ
4.2 วางแผนการนิเทศ	นิเทศทางการพยาบาลให้เหมาะสมกับหัวข้อและ วัตถุประสงค์ของการนิเทศ ซึ่งเป็น
	การกำหนดแนวทางการดำเนินงานไว้ล่วงหน้าว่า ใครเป็นผู้ทำ จะทำอะไร เมื่อใด
	ที่ไหน ก่อนที่จะลงมือปฏิบัติจริง
5. Action: (A)	ขั้นตอนที่ 5 การปฏิบัติการนิเทศ (action)
5.1 การเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล	เป็นขั้นตอนในการนำแผนการนิเทศมาสู่การปฏิบัติโดยใช้กิจกรรมการนิเทศทางการ
5.2 การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล	พยาบาลที่เหมาะสมกับหัวข้อการนิเทศทางการพยาบาล ช่วยให้ผู้รับการนิเทศเลือก
5.3 การสอน	แนวทางในการดำเนินงานที่เป็นสิ่งสำคัญในการปฏิบัติงาน
5.4 การแก้ปัญหา ให้คำปรึกษาแนะนำ	
5.5 การสังเกต การมีส่วนร่วม	
6: Review (R)	ขั้นตอนที่ 6. การทบทวนประเมินผลและสะท้อนกลับข้อมูล (review)
6.1 ทบทวนข้อมูลและประเมินผล	เป็นขั้นตอนการทบทวนประเมินผลการนิเทศและสะท้อนกลับข้อมูลที่ได้จากการ
6.2 สะท้อนกลับข้อมูล	ปฏิบัติการนิเทศ จะช่วยให้ผู้รับการนิเทศรับรู้ประเด็นสำคัญ หรือทางเลือกที่ควรนำไป
6.3 กำหนดประเด็นการเยี่ยมตรวจ	เป็นแนวทางในการปรับปรุงการปฏิบัติงานให้มีคุณภาพ
	ครั้งต่อไป
สัปดาห์ที่ 7 ประเมินผลการนิเทศ	

2. ประเมินผลรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม พบว่า

1) การเปรียบเทียบความรู้และทักษะการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นก่อนและหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศ

หญิง ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 65.62 ($M=46.09, SD=4.44, Min=39, Max=54$) ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 84.37 มีประสบการณ์เป็นผู้บริหาร 1-5 ปี มากที่สุด ร้อยละ 65.62 มีประสบการณ์การเป็น ผู้นิเทศทางการพยาบาลในฐานะผู้บริหารระดับต้นน้อยกว่า 6 ปี ร้อยละ 71.87 และ มากกว่า 12 ปี ร้อยละ 18.75

วารสารกองการพยาบาล

เคยได้รับการอบรมเรื่องการนิเทศทางการพยาบาล ร้อยละ 68.75 และความรู้และทักษะการนิเทศทางการพยาบาล ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นหลัง การใช้รูปแบบ ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นมี

ความรู้และทักษะการนิเทศทางการพยาบาลสูงกว่า ก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ ดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบความรู้และทักษะการนิเทศทางการพยาบาล ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นก่อน และหลังการใช้รูปแบบ (n= 32)

ตัวแปร	M	SD	t	df	p-value (1-tailed)
ความรู้การนิเทศทางการพยาบาล					
ก่อนใช้รูปแบบ	11.12	1.73	14.18	31	<.001*
หลังการทดลอง	17.40	1.29			
ทักษะการนิเทศทางการพยาบาล					
ก่อนใช้รูปแบบ	2.87	0.65	13.94	31	<.001*
หลังการทดลอง	4.40	0.49			

* $p < .001$

2) ความพึงพอใจของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นต่อการใช้รูปแบบการนิเทศทางการ

พยาบาลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น หลังการใช้รูปแบบ (n=32)

ความพึงพอใจต่อรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล	M	SD	ระดับ
1. การเตรียมความพร้อมเพื่อการนิเทศ	4.34	0.48	มาก
2. ความชัดเจนของ แนวทางในการปฏิบัติการนิเทศทางการพยาบาล	4.41	0.50	มาก
3. การใช้ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการนิเทศ	4.28	0.46	มาก
4. การบรรลุวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติการนิเทศ	4.44	0.50	มาก
5. ความมั่นใจและมีความกล้าในการปฏิบัติการนิเทศ	4.41	0.50	มาก
ความพึงพอใจโดยรวม	4.45	0.35	มาก

3) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพผู้รับการนิเทศ ต่อการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น พบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่อายุ 20-30 ปี ร้อยละ 65.59 ($M=28.47$, $SD=5.45$, $Min=20$, $Max=40$) ส่วนใหญ่ระดับ

การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 97.84 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลมากกว่า 6 ปี ร้อยละ 33.33 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพผู้รับการนิเทศ ต่อการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ดังตาราง 4

วารสารกองการพยาบาล

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพผู้รับการนิเทศหลังการใช้รูปแบบ (n=96)

ความพึงพอใจต่อรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล	M	SD	ระดับ
1. การสนับสนุนช่วยเหลือในการปฏิบัติการพยาบาลเป็นอย่างดี	4.27	0.61	มาก
2. การได้รับความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาล	4.24	0.52	มาก
3. การส่งเสริมให้เกิดทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล	4.35	0.62	มาก
4. การส่งเสริมให้เกิดกำลังใจในการปฏิบัติการพยาบาล	4.39	0.63	มาก
5. เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ	4.43	0.54	มาก
ความพึงพอใจโดยรวม	4.34	0.26	มาก

อภิปรายผล

1. สภาพการณ์รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม P-CLEAR Model ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา โดยการสนทนากลุ่ม ทำให้ได้ปัญหา อุปสรรค และความต้องการที่แท้จริงในการนิเทศทางการพยาบาล ก่อนนำมาประยุกต์และพัฒนาตามแนวคิด CLEAR supervision model ซึ่งรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นเหมาะสมกับความต้องการของผู้นิเทศ คือ การวางแผนการนิเทศ การกำหนดข้อตกลงการนิเทศ การเลือกใช้กิจกรรมการนิเทศที่เหมาะสม การบันทึกผล และการกำหนดระยะเวลาในการติดตามผล ซึ่งเป็นรูปแบบการนิเทศ ที่เน้นการสร้างบรรยากาศและสัมพันธภาพให้เกิดการยอมรับจากการร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันระหว่างผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศเกือบทุกขั้นตอน และก่อนที่ผู้นิเทศนำรูปแบบการนิเทศลงไปใช้ ผู้วิจัยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการผู้นิเทศ เพื่อเสริมความรู้การนิเทศทางการพยาบาลและฝึกทักษะการปฏิบัติการนิเทศตามรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น และคู่มือการนิเทศทางการพยาบาล ที่พัฒนาขึ้น ส่งผลให้ผู้นิเทศมีความรู้ ทักษะการนิเทศที่เพิ่มขึ้นและมีความมั่นใจในการใช้รูปแบบ

การนิเทศที่พัฒนาขึ้น เมื่อผู้นิเทศนำไปทดลองใช้ในหน่วยงาน ผู้วิจัยได้ติดตามหลังการทดลองใช้ พบว่าผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นมีความรู้และทักษะการนิเทศทางการพยาบาล สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น และพยาบาลวิชาชีพผู้รับการนิเทศ มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการนิเทศอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธัญลักษณ์⁵ ที่ว่าการมีรูปแบบการนิเทศที่ชัดเจน ทำให้ผู้นิเทศมีแนวทางการนิเทศ ที่ชัดเจน การเตรียมความพร้อมของผู้นิเทศก่อนการนิเทศ ทำให้ผู้นิเทศเกิดความมั่นใจในการนิเทศ ผู้รับการนิเทศได้รับการนิเทศอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ผู้รับการนิเทศปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาลที่มีคุณภาพ และส่งผลดีที่สุดทำยต่อผู้ใช้บริการให้มีความปลอดภัยและเกิดความพึงพอใจสูงขึ้น

2. ความรู้และทักษะการนิเทศทางการพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นมีความรู้และทักษะการนิเทศทางการพยาบาล หลังใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอธิบายได้ว่ารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบโดยมีการเตรียมผู้นิเทศทางการพยาบาล เป็นขั้นตอน

วารสารกองการพยาบาล

ในการเสริมความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ให้กับผู้นิเทศทางการพยาบาลจากการอบรมเชิงปฏิบัติการด้านความรู้มีการบรรยายเนื้อหาในเรื่องของความหมาย ความสำคัญและประโยชน์ของการนิเทศทางการพยาบาล รูปแบบของการนิเทศ การวางแผนการนิเทศ การปฏิบัติการนิเทศ และการประเมินผล การนิเทศทางการพยาบาลหลังจากการบรรยายได้มีการให้กลุ่มตัวอย่างได้ ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในหัวข้อเรื่องที่บรรยายในแต่ละครั้ง มีการสรุปสาระสำคัญที่ได้จากการอบรมเชิงปฏิบัติการในแต่ละครั้งร่วมกันของผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง จึงทำให้มีความเป็นไปได้ว่ารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล สามารถส่งผลให้เกิดความรู้การนิเทศทางการพยาบาล มีความสอดคล้องกับการศึกษาของวัชรีย์ และคณะ⁴ โดยพบว่าการอบรมให้ความรู้ ก่อนปฏิบัติการนิเทศ การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แชนจ์ ประสบการณ์และลงมือปฏิบัติด้วยตนเองผู้เข้ารับการอบรม และเป็นการเรียนรู้ที่อาศัยประสบการณ์เดิม และความรู้ที่ได้รับ จากการบรรยาย เพื่อสร้างความรู้ใหม่ โดยภายหลังจากการฝึกอบรมดังกล่าว ทำให้ผู้นิเทศมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการนิเทศทางการพยาบาล เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในด้านทักษะการนิเทศทางการพยาบาล ได้มีการให้กลุ่มตัวอย่างได้มีการฝึกทักษะปฏิบัติการนิเทศตามกระบวนการนิเทศ และรูปแบบการนิเทศที่พัฒนาขึ้น การแสดงบทบาทสมมติ การฝึกปฏิบัติการนิเทศในสถานการณ์ต่างๆ ทำให้ผู้บริหารทางการพยาบาล เกิดทักษะการนิเทศที่เพิ่มขึ้น มีความสอดคล้องกับการศึกษาของมัสลินกร และคณะ⁶ โดยพบว่าการฝึกทักษะปฏิบัติการนิเทศส่งผลให้ผู้นิเทศมีความพร้อม มั่นใจในการนิเทศ และมีทักษะการนิเทศที่สูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ความพึงพอใจของผู้บริหารทางการ

พยาบาลระดับต้น หลังใช้รูปแบบการนิเทศที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับมากเนื่องจากรูปแบบการนิเทศที่พัฒนาขึ้น เป็นรูปแบบการนิเทศที่มีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน เหมาะสมกับความต้องการของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ทั้งในเรื่องการวางแผนการนิเทศ การกำหนดข้อตกลงการนิเทศ การเลือกใช้กิจกรรมการนิเทศที่เหมาะสม การบันทึกผลและการกำหนดระยะเวลาในการติดตามผล และเป็นรูปแบบการนิเทศ ที่เน้นการสร้างบรรยากาศและสัมพันธภาพให้เกิดการยอมรับจากการร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันระหว่างผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศเกือบทุกขั้นตอน สอดคล้องกับการศึกษาของศศิธร บำเพ็ญผล³ พบว่า รูปแบบการนิเทศ ที่มีความเหมาะสมกับบริบทที่ทำให้ผู้นิเทศดำเนินการนิเทศได้โดยสะดวก และรู้สึกปลอดภัยเกิดความพึงพอใจมากยิ่งขึ้น

4. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพผู้รับการนิเทศ หลังใช้รูปแบบการนิเทศที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับมากเนื่องจากรูปแบบการนิเทศที่พัฒนาขึ้นที่เน้นการสร้างบรรยากาศและสัมพันธภาพให้เกิดการยอมรับจากการร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันระหว่างผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ พยาบาลวิชาชีพผู้รับการนิเทศมีโอกาสแสดงความคิดเห็น วิเคราะห์ปัญหาและนำเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง ผู้นิเทศกระตุ้นการเรียนรู้ของผู้รับนิเทศ โดยการสะท้อนกลับจากการปฏิบัติ รวมทั้งมีการสะท้อนผลการปฏิบัติงานและการวางแผน การพัฒนาของพยาบาลผู้รับการนิเทศ สอดคล้องกับการศึกษาของมัสลินกร, เปรมฤทัย และเรณูการ์⁶ และ Davis & Burk¹³ พบว่า รูปแบบการนิเทศที่เปิดโอกาสให้ผู้รับการนิเทศ ได้แสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วิเคราะห์ปัญหาและนำเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองทำให้ผู้รับการนิเทศรู้สึกว่าได้รับการ

วารสารกองการพยาบาล

ยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการนิเทศ ทำให้เกิดความพึงพอใจในรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

สรุปและข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลของโรงพยาบาลควรนำรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้สำหรับการเตรียมความพร้อมแก่ผู้ที่มีคุณสมบัติเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อไป เพื่อเตรียมทำความเข้าใจบทบาทและหน้าที่ของผู้นิเทศการพยาบาล นำผลการวิจัยไปจัดระบบการนิเทศในโรงพยาบาล โดยให้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการบริหารในการกำกับดูแลการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อมุ่งพัฒนาบุคลากรและการบริการให้มีคุณภาพและบรรลุวัตถุประสงค์ในการบริหารการพยาบาล

2. องค์กรพยาบาลควรมีแผนพัฒนาบุคลากรและระบบพี่เลี้ยงหรือแกนนำในการพัฒนาระบบการนิเทศทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ โดยกำหนดคุณสมบัติของพี่เลี้ยงหรือแกนนำ และมีการ

พัฒนาสมรรถนะของผู้นิเทศให้มีความรู้ ความเข้าใจ ในการนิเทศ ผูกปฏิบัติการนิเทศทางการพยาบาล อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ ในเรื่องทัศนคติเกี่ยวกับการนิเทศการพยาบาล เนื่องจากทัศนคติอาจมีผลต่อการนิเทศที่มีประสิทธิภาพได้

2. พัฒนาสมรรถนะด้านการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้นโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ หรือระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

3. ศึกษาแนวคิดอื่น ๆ ในการการพัฒนา รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล เช่น การเสริมสร้างพลังอำนาจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การมีส่วนร่วมของผู้บริหาร เพื่อให้ได้รูปแบบที่มีคุณภาพและได้ประโยชน์สูงสุดของการวิจัย

References

1. Pollock A, Campbell P, Deery R, et al. A systematic review of evidence relating to clinical supervision for nurses, midwives and allied health professionals. *Journal Advanced Nursing*. 2017; 73(8): 1825-37.
2. Attaya Amonprompukdee, Thasuk Junprasert, Amaraporn Surakarn. Nursing Supervision: A Scoping Review. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 2020; 30(3): 144-157. Thai
3. Sasithorn Bampenphon. The Effect of Clinical Supervision Model in Nursing Care Process for Nurse. *Hua Hin Medical Journal*. 2023; 3(3): 57-71. Thai.
4. Watcharee Sangmanee, Namtip Kaewwichit, Pramot Thongsuk, Pratyanan Thiangchanya. The Development of Nursing Supervision Program Model for the First-Line Manager based on 2P safety: SIMPLE at a Tertiary Care Hospital in Southern Thailand. *PNUJR*. 2022; 14(1): 57-71. Thai
5. Thanyaluk Muenna. Development of Nursing Supervision Model at Pakkhad Hospital. *Journal of Sakon Nakhon Hospital*. 2022; 25(1): 22-33. Thai.
6. Massarinpron Jooma, Premrueai Noimuenwai, Renukar Thongkamrord. Recently Graduated Nurses: A New Clinical Supervision Model Developed at Nongkhai Hospital. *Journal of Nursing and Education*, 2023;16(3):1-15. Thai.

วารสารกองการพยาบาล

7. Sahatporn Yuenboon, Phechnoy Singchungchai, Kannikar Chatdokmaipra. The Effects of Readiness Preparation Program for First-Line Nurse Managers at a Secondary Level Hospital. *Nursing Journal*. 2019; 46(2): 152-163. Thai.
8. Severinsson, E. I., & Kamaker, D. "Clinical nursing supervision in the workplace-effects on moral stress and job satisfaction" *Journal of Nursing Management*,1999;7(2): 81-90.
9. Brunero, S. The effectiveness of clinical supervision in nursing: an evidenced based literature review. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 2008; 25(3): 86-94.
10. Detudom Crown Prince Hospital Nursing Organization. Self-Assessment Report 2023 Nursing Organization, Detudom Crown Prince Hospital. Thai.
11. Waxman, K. T., Rousset, L., Herrin-Griffith, D., & DAlfonso, J. The AONE nurse executive competencies: 12 years later. *Nurse Leader*. 2017;15(2): 120–126.
12. González García, A., Pinto-Carral, A., Pérez González, S., & Marqués-Sánchez, P. A competency model for nurse executives. *International Journal of Nursing Practice*.2020; 28(5): 1-11.
13. Davis C, Burke L. The effectiveness of clinical supervision for a group of ward managers based in a district general hospital an evaluative study. *Journal of Nursing Management*, 2011; 20(6): 782-793.
14. Lynch, L., Hancox, K., Happell, B., & Parker, J. (Clinical Supervision for Nurses. Singapore: Wiley-Blackwell.2008
15. Peter, H.& Robin, S. Supervision in the Helping Professions. London: YHT.2006.

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของ ผู้รับบริการในคลินิกตรวจสุขภาพ

ปิยฉัตร ฤาปนา*	พย.บ.
รุ่งโรจน์ สลับ**	พบ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว
วิวัฒน์ เหล่าชัย***	ปร.ต. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์)

(รับ: 7 ธันวาคม 2567, แก้ไข: 19 กุมภาพันธ์ 2568, ตอบรับ: 15 มีนาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้รับบริการในคลินิกตรวจสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับบริการในคลินิกตรวจสุขภาพ อายุ 35-70 ปี จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด 3) แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า มีค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.98, 0.92 และ 1.00 ตามลำดับ และสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.94 และ 0.98 วิเคราะห์ข้อมูลหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดหลังทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-13.66, p<0.05$) และ ค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ($t=-2.99, p<0.05$) นอกจากนี้ภายหลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=4.34, p<0.05$) และภายหลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปี ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=1.89, p<0.05$) กล่าวได้ว่า โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพมีผลทำให้พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้รับบริการดีขึ้น อีกทั้งยังช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพอีกด้วย

คำสำคัญ: ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่

** นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรุงเทพมหานคร

E-mail: Wiwatyod99@gmail.com

Effects of a health promotion program on cardiovascular disease prevention behavior among clients in health check-up clinics

Piyachat Tapanan* B.S.N.
Rungrote Salab** MD., Diploma of the Thai Board of Family Medicine
Wiwat Laochai*** Ph.D. (Applied Behavioral Science Research)

(Received: December 7, 2025, Revised: February 19, 2025, Accepted: March 15, 2025)

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of a health promotion program on cardiovascular disease prevention behaviors among clients at a health check-up clinic. The sample consisted of 60 clients aged 35-70 years, divided into an experimental group and a control group, with 30 participants in each. The research instruments included: 1) a general information questionnaire, 2) a cardiovascular disease prevention behavior questionnaire, and 3) a 10-year cardiovascular disease risk assessment. The content validity indices for these instruments were 0.98, 0.92, and 1.00, respectively, and the Cronbach's alpha reliability coefficients were 0.94 and 0.98. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, paired t-test, and independent t-test.

The study results revealed that the mean score for cardiovascular disease prevention behaviors after the intervention was significantly higher than before participation in the health promotion program ($t = -13.66, p < 0.05$). Additionally, the mean score for the 10-year cardiovascular disease risk was significantly lower after the intervention compared to before ($t = -2.99, p < 0.05$). Furthermore, after receiving the health promotion program, the experimental group had a significantly higher mean score for cardiovascular disease prevention behaviors than the control group, which received standard nursing care ($t = 4.34, p < 0.05$). Likewise, the mean score for the 10-year cardiovascular disease risk in the experimental group was significantly lower than that of the control group ($t = 1.89, p < 0.05$).

In conclusion, the health promotion program effectively improved cardiovascular disease prevention behaviors among participants and reduced their future risk of cardiovascular disease, thereby contributing to the enhancement of the clients' quality of life.

Keywords: CVD risk, behaviors to prevent cardiovascular disease, health promotion program

* Professional Nurse, Sung Men Hospital, Phrae Province

** Family Medicine Specialist, Sung Men Hospital, Phrae Province

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Kasetsart University, Bangkok

Corresponding author, E-mail: Wiwatyod99@gmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular diseases) เป็นปัญหาในระบบสาธารณสุขทั่วโลก มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีการเจ็บป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด จากรายงานองค์การอนามัยโลก¹ ระบุว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของโลก ทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่า 20 ล้านคน และร้อยละ 80 ของการเสียชีวิตสามารถป้องกันได้ โรคหัวใจและหลอดเลือด เกิดจากการเกาะของคราบไขมัน (Plaque) ภายในผนังหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นการสะสมของคอเลสเตอรอลและสารต่างๆ ภายในหลอดเลือด ส่งผลให้หลอดเลือดขาดความยืดหยุ่น ตีบแข็ง และก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในที่สุด² ซึ่งโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับประเทศ เป็นสาเหตุการป่วย พิการ และเสียชีวิตอันดับต้นๆของโลกรวมถึงประเทศไทย ส่งผลให้เกิดภาวะและการสูญเสียในทุกมิติทั้ง กาย จิต สังคม เศรษฐกิจ ต่อทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติ โดยปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมาจากหลากหลายปัจจัย เช่น อายุ เพศ น้ำหนักเกินและอ้วน ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ การขาดกิจกรรมทางกาย เป็นต้น การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงหลัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีโรคประจำตัว เบาหวานและความดันโลหิตสูง อย่างสม่ำเสมอ ช่วยให้เกิดการรับรู้ ตระหนักถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้น เกิดแรงจูงใจ เกิดการปฏิบัติการจัดการตนเอง เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดได้ จึงได้มีมาตรการเชิงรุกในการป้องกัน และควบคุมอุบัติการณ์ โดยค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด และจัดการให้กลุ่มเหล่านี้สามารถจัดการตนเองได้ ลดปัจจัยเสี่ยง และปรับพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้อง ทำให้ในปัจจุบันนี้หน่วยงานต่างๆ ทั่วโลกเน้นให้

ประชาชนสามารถประเมินตนเองเบื้องต้น และพบบุคลากรทางการแพทย์เพื่อรับการรักษา แก้ไขปัญหาสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว เป็นการลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังต่างๆ

ประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2565 พบการเสียชีวิตของคนไทยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมากถึง 7 หมื่นราย เฉลี่ยชั่วโมงละ 8 คน และคาดว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี สาเหตุเกิดจากหลอดเลือดไปเลี้ยงที่หัวใจตีบตัน ขาดความยืดหยุ่น เนื่องจากการสะสมของไขมัน โปรตีน และการอักเสบบริเวณผนังด้านในของหลอดเลือด สถานการณ์โรคหัวใจและโรคหลอดเลือด ในจังหวัดแพร่ พ.ศ 2564 – 2566 พบอัตราการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด 239, 215 และ 171 ราย คิดเป็นอัตราการเกิดโรคต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 73.79, 66.36 และ 52.59 ตามลำดับ อำเภอสูงเม่น พ.ศ 2564 – 2566 พบอัตราการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด 47, 42 และ 25 ราย คิดเป็นอัตราการเกิดโรคต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 84.85, 75.54 และ 44.62 ตามลำดับ อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พ.ศ 2564 - 2566 จังหวัดแพร่ เท่ากับ 1,301, 1,424 และ 1,572 ราย อำเภอสูงเม่น อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พ.ศ 2564 - 2566 เท่ากับ 591, 711 และ 839 ราย จากสถิติดังกล่าว พบว่า อัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของอำเภอสูงเม่นมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี สถิติผู้มารับบริการคลินิกตรวจสุขภาพ เดือนตุลาคม พ.ศ 2566 อายุ 35 – 70 ปี มี 43 ราย เพศชาย 24 ราย เพศหญิง 19 ราย ผลจากการนำข้อมูลไปประเมินในโปรแกรม Thai CV risk score พบอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่ำ 22 ราย กลุ่มเสี่ยงปานกลาง 16 ราย กลุ่มเสี่ยงสูง 4 ราย กลุ่มเสี่ยงสูงมาก 1 ราย³ จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า อำเภอสูงเม่นมีอัตราป่วยด้วยโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองสูง

วารสารกองการพยาบาล

ปัจจุบันได้มีการประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า (Thai Cardio-Vascular Risk Score)⁹ ประเมินในกลุ่มประชากรที่มีอายุ 35-70 ปี โดยนำปัจจัยเสี่ยงต่างๆของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมาคิดเป็นคะแนน และแสดงผลเป็นร้อยละความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้า⁴ มีเป้าหมายเพื่อกำหนดแนวทางการรักษาและป้องกันโรค เป็นเครื่องมือช่วยให้ประชาชนได้เห็นผลของการควบคุมความเสี่ยงด้วยตนเอง และเป็นสื่อการสอนให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยเสี่ยงและการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง⁵ และจากการศึกษาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ⁶ พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดต่ำกว่าก่อนได้เข้าร่วมโปรแกรม จากการจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ลดเส้นรอบเอว น้ำหนักลดลง ความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง ทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้า จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีประชากรผู้มารับบริการตรวจสุขภาพในคลินิกตรวจสุขภาพค่อนข้างน้อย และการประเมินผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในคลินิกตรวจสุขภาพเป็นการประเมินผลที่ไม่ครอบคลุมและไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนอย่างชัดเจน

ในฐานะผู้วิจัยเป็นบุคลากรด้านสุขภาพและปฏิบัติหน้าที่ในคลินิกตรวจสุขภาพ จึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้รับบริการในคลินิกตรวจสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health belief model)⁷ ในการออกแบบกิจกรรมในโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการลดความเครียด

ซึ่งมุ่งเน้นการทำความเข้าใจปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของบุคคลในการป้องกันโรคและรักษาสุขภาพ โดยพิจารณาจากความเชื่อและทัศนคติที่บุคคลมีต่อสุขภาพของตนเอง นำไปสู่แนวทางในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้รับบริการในคลินิกตรวจสุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดและคะแนนความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้าของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดและคะแนนความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้าของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ

สมมติฐานการวิจัย

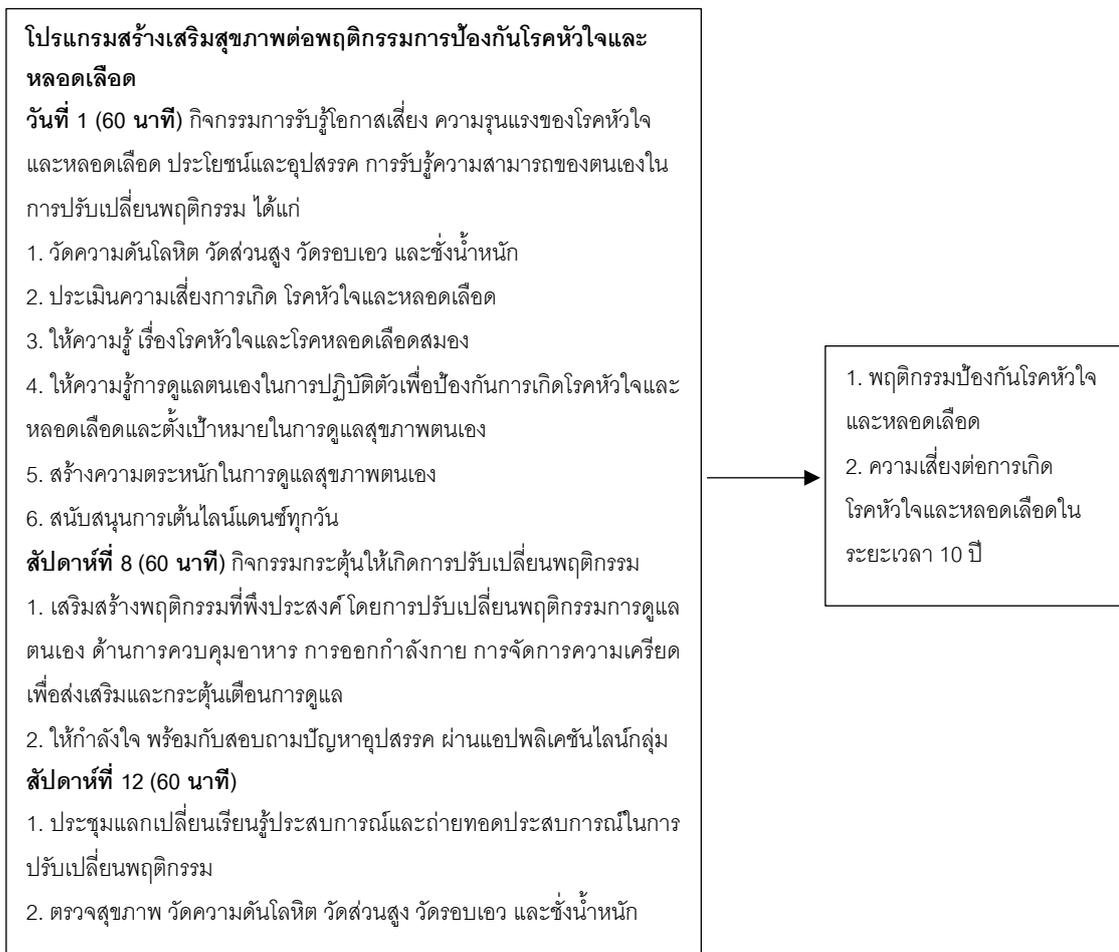
1. ภายหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มทดลองจะมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. ภายหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มทดลองมีคะแนนความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม
3. ภายหลังกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
4. ภายหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มทดลองมีคะแนนความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ

วารสารกองการพยาบาล

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model: HBM)⁷ เป็นกรอบแนวคิดในการออกแบบกิจกรรมในโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มตัวอย่าง ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health belief model) ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 5 ด้าน ได้แก่ 1) การ

รับรู้โอกาสเสี่ยง 2) การรับรู้ความรุนแรง 3) การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค 4) การรับรู้ความสามารถตนเอง และ 5) ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ เน้นถึงความสำคัญของการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจปฏิบัติตนในลักษณะที่เป็นการป้องกันและเสริมสร้างสุขภาพ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) นี้ เป็นแบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของปีที่ 52 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2568

ผู้รับบริการในคลินิกตรวจสุขภาพ ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปี

วารสารกองการพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้มารับบริการตรวจสุขภาพ ศูนย์การแพทย์ปฐมภูมิ โรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่ สถิติตั้งแต่ เดือนสิงหาคม 2566 - สิงหาคม 2567 จำนวน 3,531 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มารับบริการตรวจสุขภาพ อายุ 35-70 ปี ศูนย์การแพทย์ปฐมภูมิ โรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรมสำเร็จรูป G^*Power^8 กำหนดให้ขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .50 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และ $Power (1-\beta) = .80$ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 26 คน และเพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 ได้กลุ่มตัวอย่าง 60 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (match pair) แต่ละคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ให้มีข้อมูลพื้นฐานใกล้เคียงกันมากที่สุด ทั้งอายุ เพศ และการศึกษา

เกณฑ์คัดเข้า คือ 1) เป็นผู้มารับบริการคลินิกตรวจสุขภาพ ศูนย์การแพทย์ปฐมภูมิ โรงพยาบาลสูงเม่น 2) อายุ 35 – 70 ปี 3) สามารถพูด/สื่อสาร อ่านเขียน ภาษาไทยได้ สื่อสารทางโทรศัพท์ ทางไลน์ได้ 4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วมที่รุนแรง และ 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยตลอดโปรแกรม เกณฑ์การคัดออก คือ 1) ขณะเข้าร่วมโปรแกรมต้องเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล 2) ย้ายที่อยู่หรือเสียชีวิต และ 3) มีความประสงค์ต้องการออกจากกรวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด พัฒนาขึ้นตามกรอบทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health beliefs model)⁷ ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 5 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยง 2) การรับรู้ความรุนแรง 3) การรับรู้ปีที่ 52 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2568

ประโยชน์และอุปสรรค 4) การรับรู้ความสามารถตนเอง และ 5) ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดกิจกรรมในโปรแกรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 (60 นาที) วัดความดันโลหิต วัดส่วนสูง วัดรอบเอว ชั่งน้ำหนักหาค่าประกอบของร่างกาย ให้ความรู้โรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลตนเองในการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง แนะนำวิธีการประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Thai CV Risk Score)⁹ จากแอปพลิเคชัน Thai CV Risk Calculator และตั้งเป้าหมาย ในการดูแล สุขภาพตนเอง เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด สร้างไลน์กลุ่มเพื่อส่งเสริมและกระตุ้นเตือนการดูแลตนเอง และส่งเสริมกิจกรรมการเดินไลน์แดนซ์ทุกอาทิตย์

สัปดาห์ที่ 8 (60 นาที) ให้ความรู้พฤติกรรมที่พึงประสงค์ ด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด ทางแอปพลิเคชันไลน์เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมในการดูแลตนเอง และกระตุ้นเตือน และให้กำลังใจ พร้อมกับสอบถามปัญหาอุปสรรค ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สัปดาห์ที่ 12 (60 นาที) ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์และถ่ายทอด ประสบการณ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ติดตามการตรวจสุขภาพ วัดความดันโลหิต และประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ โรคประจำตัว การสูบบุหรี่

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ การป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด มีข้อคำถาม 29 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้าน คือ

วารสารกองการพยาบาล

- 1) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร 14 ข้อ 2) พฤติกรรมการออกกำลังกาย 9 ข้อ 3) การจัดการกับความเครียด 6 ข้อ การแปลผลคะแนนโดยรวม คะแนน 0-29 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 30-58 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 59-87 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง

2.3 แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า (Thai CV Risk Score) จากแอปพลิเคชัน Thai CV Risk Calculator

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประกอบด้วย ผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด และพฤติกรรมการสุขภาพ เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาให้ครอบคลุมความถูกต้อง ความชัดเจน และเหมาะสมของเนื้อหา การใช้ภาษา รูปแบบของกิจกรรม ระยะเวลา และนำเครื่องมือมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .98, .92 และ 1.00 ตามลำดับ
2. นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้รับบริการที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.94 ก่อนนำเครื่องมือไปทดลองใช้จริง

วิธีการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

ขั้นเตรียมการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเสนอ โครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดแพร่

ขั้นดำเนินการเก็บข้อมูล การเก็บข้อมูลในครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลโดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ทำหนังสือเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลสูงเม่น เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตเก็บข้อมูลและขอความร่วมมือในการทำวิจัย

2. เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสูงเม่น ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว แจกวัสดุประสงค์ขั้นตอนในการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย

3. หลังจากได้รับความร่วมมือและผู้รับบริการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในเอกสารใบยินยอมการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย และผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

ขั้นดำเนินการทดลอง มีขั้นตอน ดังนี้

1. กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

1.1 พบกลุ่มควบคุมครั้งแรกที่คลินิกตรวจสุขภาพ ศูนย์การแพทย์ปฐมภูมิ โรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่ ทีมผู้ร่วมผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย

1.2 ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถาม 3 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมการสุขภาพ และแบบประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า โดยผู้วิจัยเป็นผู้อ่านข้อคำถามให้ฟัง

1.3 กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การดูแลพื้นฐานตามปัญหาสุขภาพทั่วไป เช่นการ

วาระสารกองการพยาบาล

เจาะเลือด การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การให้คำแนะนำ การปฏิบัติตัวหลังพบแพทย์

1.4 อีก 3 เดือน นัดติดตาม ทีมผู้วิจัยขอความร่วมมือตอบแบบสอบถาม 2 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และแบบประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า และให้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดภายหลังการตอบแบบสอบถามเสร็จ

2. กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

2.1 พบกลุ่มทดลองครั้งแรกที่คลินิกตรวจสุขภาพ ศูนย์การแพทย์ปฐมภูมิ โรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่ ทีมผู้ร่วมผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย

2.2 ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถาม 3 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และแบบประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า โดยผู้วิจัยเป็นผู้อ่านข้อคำถามให้ฟัง

2.3 กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยจัดให้

2.4 อีก 3 เดือน นัดติดตาม ทีมผู้วิจัยขอความร่วมมือตอบแบบสอบถาม 2 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และแบบประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดแพร่ เมื่อวันที่ 2 กันยายน 2567 No. 060/2567 กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยโดยความสมัครใจ สามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมงานวิจัยได้

ปีที่ 52 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2568

ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อ การเข้ารับบริการ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างถูกจัดเก็บ ในคอมพิวเตอร์ที่ ต้องใส่รหัส และนำเสนอผลการวิเคราะห์ในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows โดยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มควบคุม 30 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุมมากกว่าครึ่งหนึ่ง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.70 มีอายุเฉลี่ย 45.40 ปี (SD=10.03) ส่วนกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.33 มีอายุเฉลี่ย 46.10 ปี (SD=9.99) ส่วนใหญ่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 61.50 และ 65.32 ตามลำดับ ส่วนโรคประจำตัวของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่ง มีภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 55.75 และ ร้อยละ 60.55 ตามลำดับ

จากการได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพของ กลุ่มทดลอง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรม การป้องกันโรคหัวใจและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปี ก่อน และหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การป้องกันโรคหัวใจ (\bar{X} =86.90, SD = 8.54 และ \bar{X} =97.53, SD = 6.10) ตามลำดับ และมีค่าเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปี (\bar{X} =7.14, SD = 5.53 และ \bar{X} =5.15, SD = 5.35) ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การป้องกัน

วารสารกองการพยาบาล

โรคหัวใจและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปี หลังทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($t = -13.66, p < 0.05$) และ ($t = -2.99, p < 0.05$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตอนที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปี ของกลุ่มทดลอง ($n=30$)

กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจ	86.90	8.54	97.53	6.10	-13.66	0.00*
ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปี	7.14	5.53	5.15	5.35	2.99	0.00*

*p-value < .05

นอกจากนี้ เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่าก่อนได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกัน

อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่าภายหลังกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจสูงกว่ากลุ่มควบคุม ที่ได้รับการพยาบาลปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.34, p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจของกลุ่มตัวอย่าง ($n=60$)

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ก่อนทดลอง	86.76	10.93	86.90	8.54	.05	0.95
หลังทดลอง	88.36	9.80	97.53	6.10	4.34	0.00*

*p-value < .05

จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลของคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปี ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มควบคุมก่อนที่ได้รับการพยาบาลปกติและกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา

10 ปี ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่าภายหลังกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปี ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.89, p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปีของกลุ่มตัวอย่าง (n=60)

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ก่อนทดลอง	7.40	4.33	7.13	5.53	2.36	0.21
หลังทดลอง	7.13	4.05	5.15	5.35	1.89	0.045*

*p-value < .05

อภิปรายผล

ภายหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่ากลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t= 4.34, p< 0.05) และภายหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (t= -13.66, p< 0.05) อธิบายได้ว่า โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health belief model)¹ ของ Champion and Skinner⁹ ซึ่งเน้นการเข้าใจปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของบุคคลในการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ โดยพิจารณาจากความเชื่อและทัศนคติที่บุคคลมีต่อสุขภาพ ทั้งในด้านการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติ รวมถึงการกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ (cues to action) กิจกรรมในโปรแกรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นนั้น เริ่มต้นจากการประเมินภาวะสุขภาพและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้เข้าร่วมวิจัยด้วยเครื่องมือ Thai CV risk score ซึ่งช่วยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค (perceived susceptibility & severity) จากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด และแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยง ทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม (perceived benefits) ขณะเดียวกันก็เข้าใจถึงอุปสรรคต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นใน

กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (perceived barriers) ต่อเนื่องด้วยการกระตุ้นการปฏิบัติ พฤติกรรมที่พึงประสงค์อย่างสม่ำเสมอผ่านไลน์กลุ่มตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ พร้อมเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และปัญหาที่พบเจอ ซึ่งเป็นการสร้างปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ (cues to action) เพื่อให้เกิดการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับงานวิจัยของ วริษา และคณะ¹⁰ ที่พบว่า การจัดกิจกรรมกระตุ้นเตือนผ่านไลน์ ช่วยเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพและส่งผลต่อการปรับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การประเมินภาวะสุขภาพและความเสี่ยงซ้ำในสัปดาห์ที่ 8 และ 12 หลังเข้าร่วมโปรแกรม ก็ช่วยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเห็นถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ส่งผลให้เกิดความมั่นใจและความสามารถในการจัดการตนเองมากขึ้น (perceived self-efficacy) ซึ่งเป็นอีกหนึ่งองค์ประกอบสำคัญของทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ ที่มีอิทธิพลต่อการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดีผลการทดลองในครั้งนี้ ยังมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ กฤติจิรา และคณะ¹¹ ซึ่งพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลง จากการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพ การลดเส้นรอบเอว ความดันโลหิต และน้ำหนักที่ลดลง หลังเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมและได้รับการกระตุ้นอย่างสม่ำเสมอ สามารถป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิด

วารสารกองการพยาบาล

โรคหัวใจและหลอดเลือดได้จริง นอกจากนี้ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของอากาพร และคณะ¹² ที่พบว่า การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนโดยประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การประเมินปัจจัยเสี่ยง และการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จะช่วยส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น และช่วยลดภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญของประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ภายหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้า ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.89, p < 0.05$) และภายหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มทดลอง มีคะแนนความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้า ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ($t = -2.99, p < 0.05$) อธิบายได้ว่าการตรวจประเมินสุขภาพเบื้องต้นและประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยเครื่องมือ Thai CV risk score ซึ่งช่วยกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคมากขึ้นต่อเนื่องด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมโดยเน้นด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีพร้อมทั้งร่วมกันวางแผนการดูแลตนเอง ตั้งเป้าหมายและแนวทางในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นรายบุคคลก็จะช่วยลดการรับรู้ต่ออุปสรรคในการปรับเปลี่ยน

ปีที่ 52 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2568

พฤติกรรม การสร้างกลุ่มไลน์เพื่อสื่อสาร แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และส่งข้อความเพื่อกระตุ้นเตือนการปฏิบัติพฤติกรรมที่พึงประสงค์อย่างสม่ำเสมอ ตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ของการทดลอง ถือเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ เนื่องจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากผู้วิจัยและเพื่อนร่วมโปรแกรม จะทำให้เกิดกำลังใจในการดูแลสุขภาพตนเองและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วริษา และคณะ¹⁰ ที่พบว่า การใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการให้ความรู้และกระตุ้นการปฏิบัติตัว สามารถเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มทดลองได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การประเมินสุขภาพและความเสี่ยงซ้ำในสัปดาห์ที่ 8 และ 12 หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีผลตรวจสุขภาพที่ดีขึ้น ระดับความเสี่ยงโรคลดลง น้ำหนัก รอบเอว ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมมากขึ้น ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นนี้จะช่วยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองต่อการจัดการสุขภาพและกลายเป็นแรงจูงใจสำคัญที่ทำให้เกิดความตั้งใจที่จะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป ผลการวิจัยครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ กฤติจิรา และคณะ¹¹ ที่พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า ลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม จากการจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถลดเส้นรอบเอว ลดน้ำหนัก และลดความดันโลหิตลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสมภายใต้ความเชื่อทางสุขภาพที่ดี จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ดีขึ้นได้อย่างแท้จริง ซึ่งผล

วารสารกองการพยาบาล

การศึกษานี้สามารถอภิปรายได้ว่า กลุ่มทดลองได้รับการประเมินภาวะสุขภาพและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยเครื่องมือ Thai CV Risk Score ซึ่งพัฒนาขึ้นเพื่อใช้กับบริบทของประชากรไทย โดยเฉพาะนั้น มีประโยชน์ทั้งในแง่ของการคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงและการติดตามประเมินผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เป็นอย่างดี¹³ ช่วยให้กลุ่มทดลองเห็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองอย่างเป็นรูปธรรม ส่งผลให้เกิดการตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคมากยิ่งขึ้น อีกทั้งยังพบว่า การประเมินความเสี่ยงที่แสดงผลในรูปแบบเปอร์เซ็นต์ทำให้ผู้เข้าร่วมสามารถเข้าใจระดับความเสี่ยงของตนเองได้ง่าย สอดคล้องกับงานวิจัยเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ¹⁴ ที่ระบุว่า การใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงเฉพาะบุคคลสามารถกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพใน

กลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ควรติดตามประเมินผลการคงอยู่ของพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดและความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะยาวหลังสิ้นสุดโปรแกรม เช่น 6 เดือน 1 ปี เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น ปัจจัยด้านครอบครัว สังคม สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม ตลอดจนนโยบายระดับองค์กร และประเทศ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อีกด้วย

Reference

1. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs). Geneva: World Health Organization; 2021.
2. Shaffer R. Coronary artery disease and acute coronary syndrome. In: Harding MM, Kwong J, Roberts D, Hagler D, Reinisch C, editors. Lewis's medical-surgical nursing. 11th ed. Canada: Elsevier; 2020. p. 698-733.
3. Statistics of clients at the health check-up clinic, Primary Care Center, Sungmen Hospital 2023. Phrae: Sungmen Hospital; 2023. Thai.
4. Karmali KN, Lloyd-Jones DM, Goff DC. Cardiovascular risk assessment in primary prevention: Integrating quantitative risk and lifestyle-based interventions. J Am Coll Cardiol. 2022;79(2):147–159.
5. Fuster V, Fayad ZA, Kovacic JC. Promoting cardiovascular health through risk assessment tools: Global perspectives. Nat Rev Cardiol. 2023;20(1):45–60.
6. Kitijira Techarujira, Venus Leelahakul, Sakul Changmai. Effects of a behavioral modification program to reduce cardiovascular disease risk among personnel with metabolic syndrome in a private hospital. Charoenkrung Pracharak J. 2019;15(2):14-18. Thai.

วารสารกองการพยาบาล

7. Champion VL, Skinner CS. The health belief model. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. Health behavior and health education: Theory, research, and practice. 4th ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2008. p. 45-65.
8. Kang H. Sample size determination and power analysis using the G* Power software. J Educ Eval Health Prof. 2021;18.
9. Naruemol Kingkaew, Tidarat Antadech. Cardiovascular risk factors and 10-year CV risk scores in adults aged 30-70 years old in Amnat Charoen Province, Thailand. Asia Pac J Sci Technol. 2019;24(4):9-19. Thai.
10. Wong MC, Chan LK, Yip TH. Health belief model-based interventions to improve cardiovascular prevention behaviors in elderly populations: A randomized controlled trial. BMC Public Health. 2023;23(1):110-9.
11. Zhang H, Zhou Q, Li F. Risk communication and behavioral change in cardiovascular prevention: Integrating health belief models in intervention programs. Am J Prev Med. 2022;63(6):789-97.
12. Lee SH, Jung YH, Choi JW. Enhancing self-efficacy through digital health interventions: Evidence from a community-based program. Prev Med Rep. 2023;32: 102057.
13. Kwon JH, Kim YS, Park SH. Impact of personalized risk assessment tools on promoting cardiovascular health behaviors: A longitudinal study. J Cardiovasc Nurs. 2023;38(3):245-53.

การเปรียบเทียบทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล

ทัศนีย์ อรรถารส*

พย.ด.

อัญชลี จันทาโก**

กศ.ด. (วิจัยและพัฒนาหลักสูตร)

(รับ: 20 พฤศจิกายน 2567, แก้ไข: 29 กุมภาพันธ์ 2568, ตอรับ: 15 มีนาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 (4Cs) ของนักศึกษาพยาบาล และ เปรียบเทียบทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล ในสถาบันการศึกษาแห่งหนึ่ง จำนวน 102 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามทักษะการเรียนรู้ 4Cs ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการศึกษาพยาบาล และตรวจสอบความเชื่อมั่น ด้วยการนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับ เท่ากับ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน t-test และ ANOVA (F-test)

ผลการวิจัย พบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ มีภูมิลำเนาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 54.90 มีผลการเรียน ในระดับ 3.00-3.49 ร้อยละ 72.55 มีความพึงพอใจในผลการเรียน ร้อยละ 59.80 และมีค่าใช้จ่ายต่อเดือน 7,001-10,000 บาท ร้อยละ 30.39 ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ตามแนวคิด 4Cs ของนักศึกษาพยาบาลโดยรวม อยู่ในระดับมาก (Mean 4.10, SD 0.59) และ 4 ด้าน อยู่ในระดับมาก ได้แก่ 1) ด้านทักษะการคิดเชิงวิพากษ์ (Mean 4.08, SD 0.59) 2) ด้านทักษะความคิดสร้างสรรค์ (Mean 4.01, SD 0.67) 3) ด้านทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่น (Mean 4.22, SD 0.61) 4) ด้านทักษะการสื่อสาร (Mean 4.11, SD 0.66) และเปรียบเทียบทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลที่มีภูมิลำเนา ผลการเรียน ความพึงพอใจในผลการเรียน และค่าใช้จ่ายต่อเดือนที่ต่างกัน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: ทักษะการเรียนรู้ นักศึกษาพยาบาล การเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21

* วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, กรุงเทพฯ ประเทศไทย

** วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, กรุงเทพฯ ประเทศไทย

Corresponding E-mail: anchalee.ja@ssru.ac.th

Comparison of learning skills in the 21st century of nursing students

Tassanee Attharos*

D.N.S.

Anchalee Jantapo**

Ed.D. (Research and Curriculum Development)

(Received: November 20, 2024, Revised: February 29, 2025, Accepted: March 15, 2025)

Abstract

This research aimed to study the 21st century learning skills (4 Cs) and to compare the 21st century learning skills (4 Cs) of the nursing students. The sample consisted of 102 nursing students from the educational institution. The research instrument was the 4Cs learning skills questionnaire. Content validity by three experts who are experts in nursing education and its reliability was examined by testing it with 30 non-sample nursing students. The Cronbach's alpha coefficient for the entire version was 0.92. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, t-test and ANOVA (F-test).

The result revealed that most of the nursing students were from the Northeast (54.90%), had a GPA of 3.00-3.49 (72.55%), was satisfied with their academic results (59.80%), and had monthly expenses of 7,001-10,000 baht (30.39%). The overall learning skills in the 21st century according to the 4Cs concept of nursing students were at a high level (Mean 4.10, SD 0.59) and 4 aspects were at a high level, namely 1) critical thinking skills (Mean 4.08, SD 0.59), 2) creativity skills (Mean 4.01, SD 0.67), 3) collaboration skills (Mean 4.22, SD 0.61), and 4) communication skills (Mean 4.11, SD 0.66). Comparing the 21st century learning skills of the nursing students with different hometowns, academic performance, academic satisfaction and monthly expenses found that there were no statistically significant differences.

Keywords: Learning skills Nursing students Learning in the 21st century

* College of Nursing and Health, Suan Sunandha Rajabhat University, Bangkok, Thailand

** College of Nursing and Health, Suan Sunandha Rajabhat University, Bangkok, Thailand

Corresponding E-mail: anchalee.ja@ssru.ac.th

บทนำ

ทักษะการเรียนรู้ นับว่ามีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในในศตวรรษที่ 21 ซึ่งเป็นศตวรรษแห่งการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งในด้านเทคโนโลยี สังคม การเมือง และสิ่งแวดล้อม การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งสำคัญ สถาบันการศึกษา ต้องเตรียมผู้เรียนให้พร้อมสำหรับการดำรงชีวิต ทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 คือ ชุดของทักษะ ความรู้ และความสามารถที่จำเป็นสำหรับบุคคล แบ่งเป็น 3 กลุ่มหลัก คือ ทักษะการเรียนรู้ (Learning skills) ทักษะความเข้าใจและการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (Digital & Information Literacy skills) และทักษะชีวิต (Life skills)¹ ทักษะการเรียนรู้ หรือ Learning skill เป็นทักษะสำคัญที่ต้องปลูกฝังให้นักเรียน นักศึกษา ได้ใช้เป็นเครื่องมือนำไปสู่ความสำเร็จในการเรียนและการทำงานในวันข้างหน้า ทักษะการเรียนรู้ประกอบด้วยทักษะหลักๆ 4 ด้าน คือ การคิดเชิงวิพากษ์ (Critical thinking) ความคิดสร้างสรรค์ (Creative) ทักษะการทำงานร่วมกับคนอื่น (Collaboration) และการสื่อสาร (Communication) ที่เรียกกันว่าทักษะ 4Cs² การศึกษาที่มีคุณภาพจะต้องปรับรูปแบบการเรียนรู้จากเน้นเรียนวิชาเพื่อได้ความรู้เป็นการเรียนรู้ให้เกิดทักษะเพื่อการดำรงชีวิต ทักษะการเรียนรู้ 4Cs เป็นการสร้างให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองของผู้เรียน (Self-Learning) เป็นสะพานเชื่อมผู้เรียนกับโลกการใช้ชีวิตจริง³

วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ จัดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ผลิตบัณฑิตที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับการดูแลด้านสุขภาพของประชาชน จัดการเรียนการสอนที่ให้ความสำคัญกับผู้เรียน ให้ผู้เรียนมีความคิดเชิงวิเคราะห์ ตัดสินใจอย่างมีวิจารณญาณ พัฒนาตนเองด้วยการแสวงหาความรู้ เพื่อการพัฒนาศักยภาพของตนเองด้วยการเรียนรู้

ต่อเนื่องตลอดชีวิต ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญในการเสริมสร้างทักษะการเรียนรู้ 4Cs ให้กับนักศึกษา จึงได้ศึกษาเปรียบเทียบทักษะการเรียนรู้ 4Cs ของนักศึกษา จำแนกตามภูมิลำเนา ผลการเรียนรู้ ความพึงพอใจในผลการเรียน และค่าใช้จ่ายต่อเดือน ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานของนักศึกษาที่ผู้สอนสามารถนำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับผู้เรียนได้ ทั้งนี้จากการทบทวนเอกสารพบว่าผู้เรียนที่มีคะแนนเฉลี่ยสะสมต่างกันมีทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 แตกต่างกันไป และพบว่า เงินที่ได้รับจากผู้ปกครอง เกรดเฉลี่ยจากสถานศึกษาเดิมเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อเรียนของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05⁵ นอกจากนี้ นักศึกษาที่เข้าศึกษาในวิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพมาจากภูมิลำเนาที่แตกต่างกัน และความพึงพอใจเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ช่วยให้งานประสบความสำเร็จ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาว่าภูมิลำเนา ผลการเรียนรู้ ความพึงพอใจในผลการเรียน และค่าใช้จ่ายของนักศึกษา มีผลต่อทักษะการเรียนรู้หรือไม่ ผลที่ได้จากงานวิจัยนี้ จะเป็นแนวทางให้ผู้สอนนำไปเป็นประโยชน์ในการออกแบบการเรียนการสอน ให้นักศึกษามีทักษะการเรียนรู้ที่สามารถเชื่อมโยงไปสู่ความดำเนินชีวิตอย่างสมดุลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 (4Cs) ของนักศึกษาพยาบาลในด้านการคิดเชิงวิพากษ์ ความคิดสร้างสรรค์ การทำงานร่วมกับผู้อื่น และการสื่อสาร
2. เปรียบเทียบทักษะการเรียนรู้ 4Cs ของนักศึกษาพยาบาล จำแนกตามภูมิลำเนา ผลการเรียนรู้ ความพึงพอใจในผลการเรียนและค่าใช้จ่ายต่อเดือน

นิยามศัพท์

ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 (4Cs) หมายถึง ทักษะด้านการคิดเชิงวิพากษ์ (Critical Thinking) ความคิดสร้างสรรค์ (Creative) ทักษะการทำงานร่วมกับคนอื่น (Collaboration) และ การสื่อสาร (Communication)

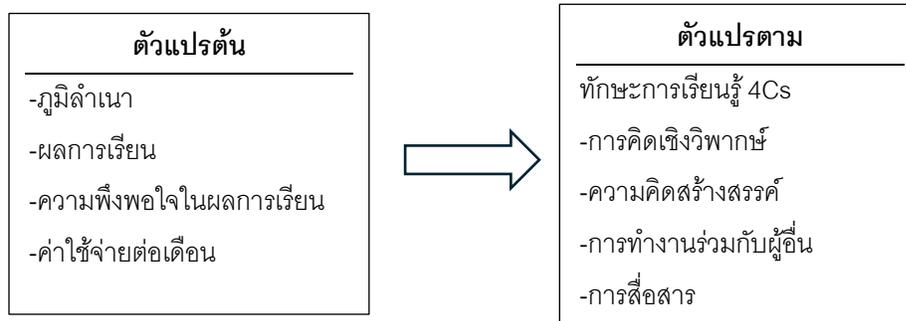
ทักษะการคิดเชิงวิพากษ์ หมายถึง ความสามารถในการวิเคราะห์ ประเมินความถูกต้องของข้อมูล การให้เหตุผล การตั้งคำถาม การแก้ปัญหา ในสถานการณ์ต่างๆ ได้

ทักษะความคิดสร้างสรรค์ หมายถึง ความสามารถในการคิดริเริ่ม การวางแผน ออกแบบสิ่งใหม่ ประยุกต์ความรู้ไปใช้ประโยชน์

ทักษะการทำงานร่วมกับคนอื่น หมายถึง ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับผู้อื่น การทำงานเป็นทีม การประสานงาน การเรียนรู้หาทางออกตัดสินใจร่วมกันหาวิธีการให้ได้ผลลัพธ์ที่ดี

ทักษะการสื่อสาร หมายถึง ความสามารถในการถ่ายทอดความคิดให้ผู้อื่นเข้าใจ ผ่านการสื่อสารในรูปแบบต่างๆ การพูด การเขียน รวมทั้งการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

สมมติฐานการวิจัย

นักศึกษาที่มีภูมิปัญญา ผลการเรียนรู้ ความพึงพอใจผลการเรียน และค่าใช้จ่ายต่อเดือนแตกต่างกันมีทักษะการเรียนรู้ 4Cs แตกต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือนักศึกษาพยาบาล สถาบันการศึกษาพยาบาลแห่งหนึ่ง จำนวน 102 คน ในงานวิจัยนี้เก็บข้อมูลจากจำนวน

ประชากร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การสร้างเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทักษะการเรียนรู้ที่สำคัญในศตวรรษที่ 21 สร้างเครื่องมือเป็นแบบสอบถามทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล ตามแนวคิด 4Cs⁴ จำแนกทักษะการเรียนรู้เป็น 4 ด้าน คือ 1) การคิดเชิงวิพากษ์ 2) ความคิดสร้างสรรค์ 3) การทำงานร่วมกับผู้อื่น และ 4) การสื่อสาร เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย ภูมิปัญญา

ผลการเรียน ความพึงพอใจผลการเรียน และค่าใช้จ่าย ต่อเดือน เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ ส่วนที่ 2 ทักษะการ เรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ลักษณะแบบสอบถาม เป็น มาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน 1 หมายถึง ทักษะการเรียนรู้ใน ศตวรรษที่ 21 ระดับน้อยที่สุด

คะแนน 2 หมายถึง ทักษะการเรียนรู้ใน ศตวรรษที่ 21 ระดับน้อย

คะแนน 3 หมายถึง ทักษะการเรียนรู้ใน ศตวรรษที่ 21 ระดับปานกลาง

คะแนน 4 หมายถึง ทักษะการเรียนรู้ใน ศตวรรษที่ 21 ระดับมาก

คะแนน 5 หมายถึง ทักษะการเรียนรู้ใน ศตวรรษที่ 21 ระดับมากที่สุด

ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การแปลผล ทักษะการ เรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษา ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง นักศึกษา มีทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง นักศึกษา มีทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง นักศึกษา มีทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง นักศึกษา มีทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง นักศึกษา มีทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย
ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการศึกษาพยาบาล และ ตรวจสอบความเชื่อมั่น ด้วยการนำไปทดลองใช้กับ

นักศึกษาพยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่า สัมประสิทธิ์ แคลฟาของครอนบาคทั้งฉบับ เท่ากับ 0.92

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขอความอนุเคราะห์จากสถาบันการศึกษา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากนักศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการ ประสานกับนักศึกษาตัวแทนชั้นเรียน ให้นักศึกษาตอบ แบบสอบถาม google form ได้รับแบบสอบถามคืน 102 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา เลขที่ COE. 2-560/2024 ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจง รายละเอียดของโครงการ ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ วัตถุประสงค์ การดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่ได้จาก การวิจัย การตอบแบบสอบถามเป็นความสมัครใจ สามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการหรือถอนตัวออก จากการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา โดยไม่มี ผลกระทบใดๆ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเก็บไว้เป็น ความลับ นำเสนอผลการวิจัยในภาพ รวมเท่านั้น เมื่อ กลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมโครงการจึงดำเนินการเก็บ รวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติการแจกแจง และร้อยละ ข้อมูลทักษะการ เรียนรู้ใช้สถิติค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ เปรียบเทียบทักษะการเรียนรู้โดยใช้ t-test และ ANOVA (F-test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจากการวิเคราะห์ พบว่า นักศึกษามีภูมิลำเนาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 54.90 มีผลการเรียน 3.00-

3.49 ร้อยละ 72.55 มีความพึงพอใจในผลการเรียน ร้อยละ 59.80 และมีค่าใช้จ่ายต่อเดือน 7,001-10,000 บาท ร้อยละ 30.40 ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 102)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ภูมิลำเนา		
ภาคเหนือ	10	9.80
ภาคใต้	13	12.75
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	56	54.90
ภาคกลาง	15	14.71
ภาคตะวันออก	8	7.84
ผลการเรียน		
2.00-2.49	3	2.94
2.50-2.99	17	16.67
3.00-3.49	74	72.55
3.50-4.00	8	7.84
ความพึงพอใจในผลการเรียน		
พอใจ	61	59.80
ไม่พอใจ	41	40.20
ค่าใช้จ่ายต่อเดือน		
< 5000 บาท	29	28.43
5001-7000 บาท	30	29.41
7001-10000 บาท	31	30.40
> 10000 บาท	12	11.76

2. ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษา ใน 4 ด้าน คือ 1) ทักษะการคิดเชิงวิพากษ์ 2) ทักษะความคิดสร้างสรรค์ 3) ทักษะการทำงานร่วมกับคนอื่น และ 4) ทักษะการ

สื่อสาร ผลเป็นดังนี้

2.1 ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 โดยรวมและรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 โดยรวมและรายด้านทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับมากทุกด้าน (\bar{x} = 4.08-4.22 และ SD = 0.59-

0.66) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการทำงานร่วมกับผู้อื่น ($\bar{x} = 4.22$ และ $SD = 0.61$) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านความคิดสร้างสรรค์ ($\bar{x} = 4.01$ และ $SD = 0.67$)

2.2 ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ด้านการคิดเชิงวิพากษ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการคิดเชิงวิพากษ์โดยรวมและรายชื่ออยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.93 - 4.23$ และ $SD = 0.59 - 0.756$) โดยที่ทักษะรายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ สามารถตัดสินใจเรื่องต่างๆ ในชีวิตได้ ($\bar{x} = 4.23$ และ $SD = 0.70$) ส่วนชื่อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ สามารถเชื่อมโยงข้อมูลจากหลายด้านได้ ($\bar{x} = 3.93$ และ $SD = 0.75$)

2.3 ทักษะความคิดสร้างสรรค์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการคิดสร้างสรรค์ โดยรวมและทักษะรายชื่ออยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.95 - 4.10$ และ $SD = 0.60 - 0.81$) โดยที่ทักษะรายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ สามารถประยุกต์ความรู้ไปใช้ประโยชน์ในชีวิตประจำวันได้ ($\bar{x} = 4.10$ และ $SD = 0.71$) ส่วนชื่อที่มี

ค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ สามารถคิดริเริ่มสิ่งใหม่ ๆ ($\bar{x} = 3.95$ และ $SD = 0.79$)

2.4 ทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่นโดยรวมและทักษะรายชื่ออยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.15 - 4.29$ และ $SD = 0.61 - 0.82$) โดยที่ทักษะรายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ สามารถทำงานโดยคำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวม ($\bar{x} = 4.29$ และ $SD = 0.67$) ส่วนชื่อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างราบรื่น ($\bar{x} = 4.15$ และ $SD = 0.67$)

2.5 ทักษะการสื่อสาร พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทักษะการสื่อสารโดยรวมและทักษะรายชื่อ อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.11 - 4.20$ และ $SD = 0.66 - 0.78$) โดยที่ทักษะชื่อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ สามารถสื่อสารแลกเปลี่ยนความคิดเห็นได้ ($\bar{x} = 4.20$ และ $SD = 0.77$) ส่วนชื่อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ สามารถนำเสนอผลงานด้วยการพูดได้ ($\bar{x} = 4.06$ และ $SD = 0.77$) ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล (n = 102)

ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21	\bar{x}	SD	การแปลผล
ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 โดยรวม	4.10	0.59	ระดับมาก
1. ทักษะการคิดเชิงวิพากษ์			
1.1 สามารถให้เหตุผลโดยมีข้อมูลสนับสนุนความคิดได้	4.02	0.76	ระดับมาก
1.2 สามารถเชื่อมโยงข้อมูลจากหลายด้านได้	3.93	0.75	ระดับมาก
1.3 สามารถจัดการแก้ปัญหาของตนเองในสถานการณ์ต่างๆ ได้	4.12	0.66	ระดับมาก
1.4 สามารถแยกแยะข้อมูลในสถานการณ์ต่างๆ ได้	4.11	0.70	ระดับมาก
1.5 สามารถตัดสินใจเรื่องต่างๆ ในชีวิตได้	4.23	0.70	ระดับมาก
1.6 สามารถแสวงหาวิธีการที่หลากหลายในการแก้ปัญหาได้	4.08	0.73	ระดับมาก
ทักษะการคิดเชิงวิพากษ์โดยรวม	4.08	0.59	ระดับมาก
2. ทักษะความคิดสร้างสรรค์			
2.1 สามารถวางแผนการทำงานอย่างเป็นขั้นตอนได้	4.04	0.78	ระดับมาก

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล (n = 102) (ต่อ)

ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21	\bar{x}	SD	การแปลผล
2.2 สามารถคิดริเริ่มสิ่งใหม่ ๆ	3.95	0.79	ระดับมาก
2.3 สามารถสรุปประเด็นสำคัญจากข้อมูลต่างๆ ได้	4.02	0.72	ระดับมาก
2.4 สามารถเสนอความคิดเห็นในแนวทางใหม่ๆ ได้	3.97	0.81	ระดับมาก
2.5 สามารถออกแบบหรือสร้างชิ้นงานใหม่ๆ ได้	3.99	0.80	ระดับมาก
2.6 สามารถประยุกต์ความรู้ไปใช้ประโยชน์ในชีวิตประจำวันได้	4.10	0.71	ระดับมาก
ทักษะความคิดริเริ่มสร้างสรรค์โดยรวม	4.01	0.67	ระดับมาก
3. ทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่น			
3.1 สามารถรับผิดชอบปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนเองได้	4.22	0.70	ระดับมาก
3.2 สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างราบรื่น	4.15	0.67	ระดับมาก
3.3 สามารถทำงานโดยคำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวม	4.29	0.67	ระดับมาก
3.4 มีความตระหนักในความสำคัญของผู้อื่น	4.23	0.82	ระดับมาก
3.5 สามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่นได้	4.18	0.70	ระดับมาก
3.6 ยอมรับความคิดเห็นที่แตกต่างของผู้อื่นได้	4.25	0.80	ระดับมาก
ทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่นโดยรวม	4.22	0.61	ระดับมาก
4. ทักษะการสื่อสาร			
4.1 สามารถสื่อสารแลกเปลี่ยนความคิดเห็นได้	4.20	0.77	ระดับมาก
4.2 สามารถสื่อสารถ่ายทอดความคิดของตนเองได้	4.08	0.74	ระดับมาก
4.3 สามารถนำเสนอผลงานด้วยการเขียนได้	4.09	0.77	ระดับมาก
4.4 สามารถนำเสนอผลงานด้วยการพูดได้	4.06	0.77	ระดับมาก
4.5 สามารถแสดงความคิดเห็นที่เหมาะสมในสถานการณ์ต่างๆ ได้	4.11	0.73	ระดับมาก
4.6 สามารถสื่อสารโดยใช้เทคโนโลยีได้หลากหลายประเภท	4.13	0.78	ระดับมาก
ทักษะการสื่อสารโดยรวม	4.11	0.66	ระดับมาก

3. เปรียบเทียบทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความพึง

พอใจในผลการเรียน ด้วยสถิติเปรียบเทียบ t (t-test) และ เปรียบเทียบทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภูมิภาค ผลการเรียนรู้ และ ค่าใช้จ่ายต่อเดือน ด้วยสถิติ ANOVA (F-test) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภูมิลำเนาผลการเรียน ความพึงพอใจในผล

การเรียนรู้ และค่าใช้จ่ายต่อเดือน ที่แตกต่างกันมีทักษะ นัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) ดังตาราง 3
การเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 แตกต่างกันอย่างไม่มี

ตาราง 3 เปรียบเทียบทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N = 102)

ข้อมูลทั่วไป	n	ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21		t (F)	p-value
		\bar{x}	SD		
ภูมิภาค					
ภาคเหนือ	10	4.08	0.73	(0.021)	0.99
ภาคใต้	13	4.13	0.59		
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	56	4.10	0.58		
ภาคกลาง	15	4.09	0.47		
ภาคตะวันออก	8	4.14	0.81		
ผลการเรียน					
2.00 – 2.49	3	3.89	0.84	(0.416)	0.74
2.50 – 2.99	17	3.99	0.59		
3.00 – 3.49	74	4.14	0.59		
3.50 – 4.00	8	4.15	0.60		
ความพึงพอใจผลการเรียน					
พอใจ	61	4.06	.59	-0.868	0.39
ไม่พอใจ	41	4.17	.59		
ค่าใช้จ่ายต่อเดือน					
< 5000 บาท	29	4.07	0.60	1.148	0.33
5001-7500 บาท	30	4.27	0.62		
707501-10000 บาท	31	4.01	0.62		
> 10000 บาท	12	4.02	0.38		

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล ตามแนวคิด 4Cs คือ ทักษะการคิดเชิงวิพากษ์ ทักษะความคิดสร้างสรรค์ ทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่น และ ทักษะการสื่อสาร ผลการวิจัย พบว่านักศึกษาพยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 โดยรวม และรายด้าน ทั้ง 4 ด้านในระดับมาก โดยนักศึกษาที่มีความแตกต่าง

กันในด้านภูมิภาค ผลการเรียน ความพอใจในผลการเรียน และค่าใช้จ่ายต่อเดือน มีทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผล

1. ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 โดยรวมและทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ใน 4 ด้าน (4Cs) อยู่ในระดับมาก โดยทักษะการเรียนรู้ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ทักษะการเรียนรู้ ด้านทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่น

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุดาพร ปัญญาพฤษ⁶ ที่ศึกษาการพัฒนาทักษะในศตวรรษที่ 21 (4C's) ตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา ระบบพี่เลี้ยง และการเรียนรู้โดยใช้การวิจัยเป็นฐาน (CCR) สำหรับ นักศึกษาครู ที่พบว่า นักศึกษาวิชาชีพรู มีทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 โดยรวมอยู่ในระดับมาก และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Nguyen Thi Thu Ha Sirinat Jongkonklang⁷ ที่ศึกษาทักษะการเรียนรู้ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดกาบอง ประเทศเวียดนาม พบว่า ภาพรวมของทักษะการเรียนรู้ อยู่ใน ระดับมาก

2. ทักษะการเรียนรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ด้านที่มี ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านความคิดสร้างสรรค์ เช่นเดียวกับการศึกษาของสุดาพร ปัญญาพฤษ⁴ ที่พบว่า ทักษะในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาวิชาชีพรู ที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ความคิดสร้างสรรค์ ผลจากการวิจัย นี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ กรองทอง จุลิรัชนิกร ธนิก คุณเมธีกุล และขวัญศิริ เจริญทรัพย์⁸ ที่พบว่ากลุ่ม ตัวอย่างนักศึกษาชั้นปีที่ 3 มีค่าเฉลี่ยทักษะความคิดสร้างสรรค์ ก่อนการจัดกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง หลังการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ทักษะความคิดสร้างสรรค์ ของนักศึกษาเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เพราะความคิดสร้างสรรค์เป็น การคิดสร้างสิ่งใหม่ ทางเลือกใหม่ การแก้ปัญหา การ พัฒนาสิ่งใหม่ๆ เป็นการคิดนอกกรอบ ที่เกิดขึ้นจาก กระบวนการคิดหลายขั้นตอน⁹ ประกอบด้วย การเก็บ ข้อมูลที่หลายด้าน หลายแง่มุม ต้องมีข้อมูลเชิงลึก การไตร่ตรอง วิเคราะห์ สังเคราะห์ ให้ได้สิ่งใหม่ ซึ่งเป็นการเรียนรู้ในระดับสูงสุดตามกรอบคิด การเรียนรู้ตาม ทฤษฎีของบลูม หรือเรียกว่า Bloom's Taxonomy¹⁰ และการสร้างเสริมความคิดสร้างสรรค์ เป็นทักษะที่สามารถจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้ผู้เรียนได้ฝึกฝนได้ ผ่าน

การฝึกทักษะการคิด 4 ลักษณะ¹¹ คือ 1) การฝึก ความคิดริเริ่ม 2) การฝึกความคิดคล่องแคล่ว 3) การฝึก ความยืดหยุ่น 4) การฝึกความคิดละเอียดละออ

3. เมื่อพิจารณาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 เป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่นักศึกษามีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ สามารถทำงานโดยคำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวม ซึ่งเป็น ทักษะการเรียนรู้ในการทำงานร่วมกับผู้อื่น “การทำงาน เป็นทีม” คือ หนึ่งในรูปแบบการทำงานที่ดีต่อบุคคลและ องค์กร เพราะผลลัพธ์ของการทำงานรูปแบบนี้ มักจะทำให้ ประสิทธิภาพสำเร็จเป็นอย่างดี ทำให้มีการพัฒนา ตัวเองตลอดเวลา มีการช่วยเหลือเกื้อกูลในการทำงาน กัน¹² ทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่น (Collaboration skills) เป็น Soft skills ที่มีความสำคัญมากต่อองค์กร เนื่องจากเป็นทักษะที่ทำให้พนักงานทำงานเป็นทีม ได้ เรียนรู้ซึ่งกันและกัน มีความคิดสร้างสรรค์และความคิด ริเริ่ม มีความสุขในการทำงาน มีความผูกพันกับองค์กร มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานเพิ่มขึ้น

4. ผลการเปรียบเทียบทักษะการเรียนรู้ใน ศตวรรษที่ 21 จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า นักศึกษาที่มีผลการเรียนต่างกันมีทักษะการเรียนรู้ใน ศตวรรษที่ 21 ไม่แตกต่างกัน ผลการวิจัยนี้สอดคล้อง กับงานวิจัยของพิชชากรณีย์ เฟงพิศ¹³ ซึ่งศึกษาปัจจัยที่ ส่งผลต่อทักษะของผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 ของนิสิต ระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขต กำแพงแสน พบว่า ผู้เรียนที่มีผลการเรียนต่างกันมี ความสามารถทางทักษะในศตวรรษที่ 21 ไม่แตกต่างกัน ในขณะที่ผลการวิจัยนี้ ไม่สอดคล้องกับงานวิจัย⁴ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนเฉลี่ยสะสมต่างกันมี ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 แตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ผลการวิจัยครั้งนี้ ไม่ เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เนื่องจากทักษะการเรียนรู้

ในศตวรรษที่ 21 ของผู้เรียนไม่ได้มาจากปัจจัยเดียว แต่เป็นผลมาจากหลายปัจจัยร่วมกัน อาทิ ปัจจัยด้านผู้เรียน ด้านการสนับสนุนจากมหาวิทยาลัย และด้านกระบวนการจัดการเรียนรู้⁴ รวมทั้งรูปแบบการจัดการเรียนรู้ สภาพแวดล้อมการเรียนรู้ และแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์¹⁴

ข้อเสนอแนะ

1. สถาบันการศึกษา ควรจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ทั้งการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในหลักสูตรและกิจกรรมเสริมหลักสูตร ที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาทักษะในศตวรรษที่ 21 ให้ผู้เรียนได้มีประสบการณ์ การฝึกทักษะในศตวรรษที่ 21 อย่างต่อเนื่อง จากกิจกรรมที่หลากหลาย

2. ในการจัดการเรียนการสอนรายวิชาต่าง ๆ ผู้สอนควรมีการประเมินทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของผู้เรียนก่อนการจัดการเรียนการสอนในลักษณะ

การวินิจฉัยผู้เรียน (Diagnostic test) เพื่อวิเคราะห์ทักษะการเรียนรู้ของผู้เรียนว่ามีจุดเด่น จุดที่ต้องพัฒนาในทักษะใด เพื่อเป็นข้อมูลจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้ผู้เรียนได้พัฒนาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 อย่างรอบด้าน ครอบคลุมและสอดคล้องกับผู้เรียน

3. ในการจัดการเรียนรู้จากกิจกรรมเสริมหลักสูตร ควรส่งเสริมให้ผู้เรียนได้ฝึกการพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ ซึ่งเป็นด้านที่นักศึกษาในกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด จากรูปแบบการเรียนรู้ที่หลากหลาย เช่น การทำโครงงานการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน ซึ่งเป็นรูปแบบการเรียนรู้ที่เน้นกระบวนการคิดตามขั้นตอนอย่างเป็นรูปธรรม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ที่สนับสนุนทุนวิจัย และเวลาในการทำวิจัยนี้

References

1. Vicharn Panich. Ways to create learning for students in the 21st century. Bangkok: Tathata Publication Company Limited.; 2012. Thai.
2. Siam Commercial Bank. Unlocking the 4Cs, important skills for children in the 21st century. [Internet], 2024 [cited 2024 July 23]; Available from: <https://www.scb.co.th/th/personal-banking/stories/protect-my-family/4c-learning-skills-for-kids-21st-century-banner.html>. Thai.
3. Department of Education, Bangkok Metropolitan Region. 4Cs: Four learning skills that should be possessed. [Internet], 2021 [cited 2024 July 23]; Available from: <https://www.edbathai.com/Main2/>. Thai.
4. Chotimakan Chaiyes, Panwad Preeyanont, Nongluk Phanoi. et al. Factors affecting to the learning skills in the 21st century among Mahidol University's Undergraduates, Journal of Humanities and Social Sciences Mahasarakham University. 2023;42(3):341-353. Thai.

5. Suwimol Jairtalawanich. Factors influencing the academic performance of students in the faculty of Technical Education at Rajamangala University of Technology Krungthep. *Journal of Social Science and Cultural*. 2024;8(1):210-219. Thai.
6. Sudapon Panyaprouks. Development of 21st century skills (4C's) based on contemplative education, coaching & mentoring system and research-based Learning (CCR) for teacher students. *Silpakorn Educational Research Journal*. 2021;13(1):371 – 388. Thai.
7. Nguyen Thi Thu Ha Sirinat Jongkonklang. A Study of 21st century learning skills for high school students in Cao Bang Province, Vietnam. *KKU Research Journal of Humanities and Social Sciences (Graduate Study)*. 2018;6(2):14- 24. Thai.
8. Krongtong Juliratchaneekon, Thanique Kunamaetheekul and Kwansiri Charoensup. The Development of creative thinking skills in organizing learning activities for 3rd year educational students, Faculty of Education of Rambhai Barni Rajabhat University, Chanthaburi. *Parichart Journal Thaksin University*. 2018;31(3);1-13. Thai.
9. Sasima Suksawang. Creativity and Innovation Development. [Internet], 2024 [cited 2024 July 23]; Available from: <https://www.sasimasuk.com/-innovation>. Thai.
10. Saideeg, A. Bloom's Taxonomy, Backward Design, and Vygotsky's Zone of Proximal Development in Crafting Learning Outcomes. *International Journal of Linguistics*. 2016;8(2):158-186.
11. Guilford. *Modern Criticism and Theory*. London: Longman.; 1990.
12. Krungsri Academy. 6 ways of working as a team that every organization must know. [Internet], 2024 [cited 2024 July 23]; Available from: <https://www.krungsri.com/th/plearn-plearn/effective-result-of-perfect-teamwork>
13. Pichakorn Pengphit, Tippawan Sukjairungwattana and Nopporn Chantaranamchoo. The factors relations the 21st century skills of undergraduate student's Kasetsart University Kamphaeng Saen campus. *Journal of education Silpakorn University*. 2023;18(1): 318-337. Thai.
14. Kamolchanok Yothachan, Thipwan Sukjairungwattana and Nopporn Chandranamchu. Causal factors affecting learning and innovation skills in the 21st century of secondary school students, Lopburi Province. *Journal of Social Sciences Research*. 2023;14(1)196-213. Thai.

ผลลัพธ์การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะปากแห้งเพดานโหว่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย

สุธีรา ประดับวงษ์*	พยม. (การพยาบาลผู้ป่วยปากแห้ง เพดานโหว่)
อาภรณ์ ยิ้มเนียม**	พยบ. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)
ยุพิน ปักกะสังข์***	พยม. (การประสานงานการดูแลผู้ป่วยปากแห้ง เพดานโหว่)
พลากร สุรกุลประภา****	พ.บ. (ศัลยแพทย์ตกแต่ง)
กมลวรรณ เจริญวิเศษ****	พ.บ. (ศัลยแพทย์ตกแต่ง)
บวรศิลป์ เชาวนชื่น*****	พ.บ. (ศัลยแพทย์ตกแต่ง)

(รับ: 15 มกราคม 2568, แก้ไข: 23 กุมภาพันธ์ 2568, ตอรับ: 3 มีนาคม 2568)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการจัดกิจกรรมค่ายส่งเสริมคุณภาพชีวิต สำหรับผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 44 ราย เก็บข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมโดยใช้เครื่องมือ ประกอบด้วย (1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (2) แบบสอบถามคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพ ด้านจิตใจ ด้านสังคม และ ด้านสิ่งแวดล้อม มีค่าความเที่ยง .88 และ (3) แบบสอบถามความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมด้วย Shapiro-Wilk test, Paired t-test และ Wilcoxon Signed-rank test

ผลการศึกษา พบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 15.25 ปี (SD 3.66) มีภาวะปากแห้งเพดานโหว่ข้างเดียว และได้รับการผ่าตัดปลูกกระดูกสันหลังเอียง การทดสอบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แต่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean 4.59, SD .61) ดังนั้น การจัดกิจกรรมลักษณะนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ จึงควรมีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและศึกษาผลลัพธ์ในระยะยาว

คำสำคัญ: ปากแห้ง เพดานโหว่ คุณภาพชีวิต ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย

* พยาบาลเชี่ยวชาญ ศูนย์วิจัยผู้ป่วยปากแห้ง เพดานโหว่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Corresponding author; E-mail: psuter@kku.ac.th

** พยาบาลชำนาญการพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** พยาบาลชำนาญการ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**** รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***** ศาสตราจารย์ สาขาวิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Outcomes of the Quality of Life-Promoting Activities for Children with Cleft Lip and Palate in Northeastern Thailand

Suteera Pradubwong*	MSN. (Nurse Specialist for patients with Cleft lip and Palate)
Aporn Yimneum**	BSN. (Nursing care for the elderly)
Yupin Paggasang***	(Nurse coordinator for patients with Cleft lip and Palate)
Palakorn Surakunprapha****	MD. (Plastic Surgery)
Kamonwan Jenwitheesuk****	MD. (Plastic Surgery)
Bowornsilp Chowchuen*****	MD. (Plastic Surgery)

(Received: January 15, 2025, Revised: February 23, 2025, Accepted: March 3, 2025)

Abstract

A cross-sectional descriptive study aimed to evaluate the outcomes of quality of life-promoting camp for cleft lip and palate children. A sample of 44 participants were purposively selected. Data were collected before and after participating in the activity. The tools consisted of (1) a general information questionnaire; (2) the 4 domains of Quality-of-Life Questionnaire: Health, Mental, Social and Environment yielding reliability coefficient of .88; and (3) a satisfaction questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and tested for pre- and post-activity scores using the Shapiro-Wilk test, Paired t-test, and Wilcoxon Signed-rank test.

The results showed that the majority of the participants were female, with a mean age of 15.25 years (SD 3.66), had unilateral cleft lip and palate with undergone alveolar bone grafting. There was no statistically significant difference in the mean quality of life scores before and after participating in the activity ($p > .05$). However, the participants were satisfied with the camp at the highest level (Mean 4.59, SD .61). Therefore, such these activities can support the patients and their families to achieve better quality of life. Regular implementation of similar activities and long-term outcome assessments are recommended.

Keywords: Cleft lip and palate, quality of life, Northeastern Thailand

* Expert nurse, The Center of Cleft Lip-Cleft Palate and Craniofacial Deformities, Khon Kaen University
Corresponding author; E-mail: psuter@kku.ac.th

** Special professional nurse, Nursing Department, Srinagarind Hospital, Khon Kaen University

*** Professional nurse, Nursing Department, Srinagarind Hospital, Khon Kaen University

**** Associate Professor, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

***** Professor, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ (Cleft Lip and Palate) เป็นความผิดปกติของศีรษะและใบหน้าที่พบได้บ่อยในทารกแรกเกิด โดยมีอุบัติการณ์ 2.28 ต่อ 1,000 รายในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย¹ ภาวะนี้เกิดจากปัจจัยทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม โดยพบว่า มารดาบางรายอาจมีพฤติกรรมการบริโภคยาและอาหารเสริมโดยไม่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติดังกล่าวได้² เด็กที่เกิดมาพร้อมภาวะปากแหว่งเพดานโหว่มักเผชิญกับปัญหาที่ซับซ้อนหลายด้าน เช่น ความผิดปกติของโครงสร้างใบหน้า ความบกพร่องในการดูดกลืนอาหาร ปัญหาทางการได้ยิน โรคหูชั้นกลาง ความผิดปกติของการออกเสียงและการสื่อสาร รวมถึงปัญหาด้านทันตกรรม การขึ้นของฟัน ฟันผุ และการสบฟัน นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและสังคมของผู้ป่วยและครอบครัวอีกด้วย^{3,4}

ใบหน้าเป็นองค์ประกอบสำคัญที่มีผลต่อการรับรู้ทางสังคมและความมั่นใจในตนเองของบุคคล อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่มักเผชิญกับความกังวลเกี่ยวกับรอยแผลเป็นจากการผ่าตัด รวมถึงปัญหาการออกเสียงที่อาจส่งผลต่อความเข้าใจของผู้อื่น⁵ ผลกระทบดังกล่าว นำไปสู่ความไม่มั่นใจในตนเอง ปัญหาในการเข้าสังคม และการเผชิญกับการถูกล้อเลียนหรือกลั่นแกล้ง ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย และในบางรายเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า⁶

ศูนย์ตะวันฉายเพื่อผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นศูนย์กลางในการให้บริการรักษา ฟันฟู และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ โดยใช้แนวทางการดูแลที่ครอบคลุมทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ สุขภาพ (Health) การศึกษา (Education) การเข้าสังคม

(Social) การดำรงชีวิต (Livelihood) และการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment)⁷ หนึ่งในกิจกรรมสำคัญที่ศูนย์ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องคือ ค่ายพัฒนาคุณภาพชีวิต ซึ่งได้จัดมาแล้ว 11 ครั้ง เพื่อเสริมสร้างพัฒนาการของผู้ป่วย ในด้านการสร้างสัมพันธภาพ การเข้าใจตนเอง การเสริมสร้างความมั่นใจ และการเตรียมความพร้อมสำหรับการใช้ชีวิตในสังคม กิจกรรมเหล่านี้ได้รับการประเมินว่าช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้เข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญ⁸

การศึกษาก่อนหน้านี้เกี่ยวกับผลกระทบของค่ายพัฒนาคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ พบว่า ผู้เข้าร่วมมีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มเด็กปกติ ($p = 0.002$)⁹ จากความสำคัญดังกล่าว งานวิจัยนี้ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการจัดกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI) ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม¹⁰ ผลการวิจัยที่ได้จะนำไปใช้เป็นข้อมูลเพื่อปรับปรุงและพัฒนากิจกรรมให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลลัพธ์และความพึงพอใจของการจัดกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ โดยมุ่งเน้นการวิเคราะห์ผลกระทบของกิจกรรมที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้เข้าร่วมโครงการ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) นี้ ดำเนินการในกลุ่มผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่อายุ 8 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจากศูนย์ตะวันฉาย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างถูกคัดเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากการชักชวนเข้าร่วมกิจกรรม 50 ราย และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้จริง 44 ราย ซึ่งเป็นจำนวนที่เพียงพอต่อการศึกษา โดยอ้างอิงจากแนวทางของ Americleft และ Eurocleft ที่ระบุว่ากลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมควรมีจำนวนมากกว่า 30 รายขึ้นไป และควรมีลักษณะกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกัน (homogeneous) เพื่อให้ผลลัพธ์ของการศึกษาเป็นตัวแทนของประชากรได้อย่างเหมาะสม¹⁰ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ ปากแหว่งเพียงอย่างเดียว หรือเพดานโหว่เพียงอย่างเดียว 2) ผู้ป่วยและผู้ปกครองยินยอมเข้าร่วมโครงการ และคัดออกถ้าผู้ป่วยและครอบครัวไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการ

กิจกรรมค่ายพัฒนาคุณภาพชีวิต ดำเนินการในเดือนสิงหาคม 2567 เป็นระยะเวลา 2 วัน โดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยให้เวียนเข้าร่วมฐานกิจกรรมจำนวน 9 ฐาน ฐานละ 30-45 นาที ดังนี้

ฐานที่ 1: สุขภาพ (Health) - การตรวจประเมินสภาพลักษณะ ช่องปาก และฟัน โดยศัลยกรรมตกแต่งและทันตกรรมจัดฟัน

ฐานที่ 2: การพูดและสื่อภาษา (Health: Speech) – ส่งเสริมการใช้ภาษาและการออกเสียงผ่านกิจกรรมแสดงบทบาทสมมติ

ฐานที่ 3: ฉันทิคือสิ่งมหัศจรรย์ (Empowerment: Self-Esteem) – เสริมสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง

ฐานที่ 4: พลังเชิงบวก (Social) - ส่งเสริมความกล้าแสดงออก ความรัก ความสามัคคี และความร่วมมือผ่านกิจกรรมกลุ่ม

ฐานที่ 5: เกมทายคำศัพท์ (Social: Adventures in English) – ส่งเสริมการกล้าแสดงออกและการเรียนรู้คำศัพท์ภาษาอังกฤษ

ฐานที่ 6: สวนขวดแก้ว (Livelihood) – เรียนรู้การสร้างพื้นที่สีเขียวขนาดเล็กและระบบนิเวศ

ฐานที่ 7: แต่งหน้าเค้ก (Education) – ส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์และทักษะการออกแบบผ่านศิลปะการตกแต่งหน้าเค้ก

ฐานที่ 8: วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการสื่อสาร (Education) – พัฒนาทักษะด้านไอทีและการเรียนรู้ดิจิทัล

ฐานที่ 9: การสร้างลวดลายบนหมวกด้วยเทคนิค Marbling (Social: Family Activities) - ส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์ การทำงานร่วมกันในกลุ่มเพื่อนและครอบครัว

โดยทุกฐานกิจกรรมมีการออกแบบให้ส่งเสริมการมีส่วนร่วม ความสนุกสนาน ความผ่อนคลาย และการกล้าแสดงออกของผู้เข้าร่วมกิจกรรม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามคุณภาพชีวิต โดยพัฒนามาจากแบบสอบถามของ WHO มี 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ (Health) จำนวน 8 ข้อ ด้านจิตใจ (Mental) จำนวน 6 ข้อ ด้านสังคม (Social) จำนวน 3 ข้อ ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) จำนวน 9 ข้อ รวม 26 ข้อ¹¹ โดยมีค่าความเที่ยง .88 ประเมินทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ ผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ยกเว้นกรณีเด็กอายุ 8 ปี ที่อาจต้องการความช่วยเหลือจากผู้ปกครองในการตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาตอบแบบสอบถามเฉลี่ย 15 นาทีต่อราย

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ใช้การทดสอบทางสถิติเพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ได้แก่ Shapiro-Wilk test เพื่อทดสอบการแจกแจงของข้อมูล Paired t-test และ Wilcoxon Signed-Rank test เพื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ระยะเวลาการดำเนินการศึกษา คือ 6 เดือน ตั้งแต่ เดือนกรกฎาคม ถึงธันวาคม 2567 และการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE671750

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่าง (n = 44) มีอายุเฉลี่ย 15.25 ± 3.67 ปี โดยเป็นเพศหญิงมากกว่าชาย (ร้อยละ 61.36 และ 38.64 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่มีภาวะปากแห้งเพดานโหว่ข้างเดียว (ร้อยละ 65.91) และเคยได้รับการผ่าตัดปลูกกระดูกสันหลังออกแล้ว (ร้อยละ 56.81) นอกจากนี้พบว่า ร้อยละ 95.46 ของกลุ่มตัวอย่างยังอยู่ในระหว่างการศึกษา โดยมีเพียงร้อยละ 6.82 ที่มีงานทำ โดยรายได้ครอบครัวเฉลี่ยอยู่ที่ 5,150 ± 3,442.02 บาทต่อเดือน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมกิจกรรม (n=44)

ข้อมูล	จำนวน/คน (ร้อยละ)
เพศ	
- หญิง	- 27 (61.36)
- ชาย	- 17 (38.64)
ช่วงอายุ	
- 8-12 ปี	- 13 (29.55)
- 13-18 ปี	- 23 (52.27)
- 19 ปีขึ้นไป	- 8 (18.18)
- อายุเฉลี่ย คือ 15.25±3.667 ปี	
ภาวะโรค	
- ปากแห้งเพดานโหว่ข้างเดียว	- 29 (65.91)
- ปากแห้งเพดานโหว่สองข้าง	- 9 (20.45)
- ปากแห้งอย่างเดียว	- 3 (6.82)
- เพดานโหว่อย่างเดียว	- 3 (6.82)
การผ่าตัดกระดูกสันหลังออก	
- ได้รับการผ่าตัดปลูกกระดูกสันหลังออกแล้ว	- 25 (56.81)
- ยังไม่ได้ได้รับการผ่าตัดปลูกกระดูกสันหลังออก	- 19 (43.19)
การผ่าตัดขากรรไกร	
- ยังไม่ได้รับการผ่าตัดขากรรไกร	- 39 (88.63)
- ได้รับการผ่าตัดขากรรไกรแล้ว	- 5 (11.37)

การศึกษา

- กำลังศึกษา - 42 (95.46)
- ชั้นอนุบาล - 1 (2.27)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมกิจกรรม (n=44) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน/คน (ร้อยละ)
- ไม่ได้เรียน	- 1 (2.27)
การทำงาน	
- ไม่ได้ทำงาน	- 41 (93.18)
- มีงานทำ	- 3 (6.82)
(รายได้เฉลี่ย คือ 5,150 ± 3,442.02 บาท)	

ผลการวิเคราะห์คะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของแต่ละด้านมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวพบว่ามีค่าแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม (n=44)

ข้อความ	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	หลังเข้าร่วมกิจกรรม	ความแตกต่างระหว่างก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรม (95%CI)	p-value
ด้านสุขภาพ (Health)	26.59 (4.36)	27.09 (3.80)	0.50 (-0.50, 1.50)	0.320
ด้านจิตใจ (Mental)	23 (13, 30)	24 (16, 30)	0.5 (0, 1.5)	0.127
ด้านสังคม(Social)	12.34 (1.99)	12.57 (1.98)	0.23 (-0.21, 0.66)	0.297
ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)	31 (20, 40)	31 (12, 40)	0 (-1, 1)	0.891
โดยรวม	92.5 (65, 120)	92.5 (31, 120)	1.5 (-1, 3.5)	0.253

ด้านความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรม และภาพรวมมีคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับค่าพัฒนาคุณภาพชีวิต พบว่า ส่วนใหญ่ในรายชื่อมากที่สุด (4.59±0.61) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้ป่วยปากแห้ง เพดานโหว่

รายการประเมิน	n	$\bar{x} \pm SD$	เกณฑ์การประเมิน
1. การประชาสัมพันธ์โครงการ	36	4.61±0.64	มากที่สุด
2. ความเหมาะสมของระยะเวลา	36	4.50±0.60	มาก

รายการประเมิน	n	$\bar{x} \pm SD$	เกณฑ์การประเมิน
3. ความเหมาะสมของสถานที่	36	4.61±0.59	มากที่สุด
4. อาหาร เครื่องดื่ม	35	4.71±0.45	มากที่สุด
5. สถานที่ 1: ศัลยกรรมตกแต่ง และทันตกรรมจัดฟัน	34	4.73±0.50	มากที่สุด
6. สถานที่ 2: การพูดและสื่อภาษา	34	4.65±0.54	มากที่สุด
7. สถานที่ 3: ชั้นคือสิ่งมหัศจรรย์	34	4.65±0.59	มากที่สุด
8. สถานที่ 4: พลังเชิงบวก	34	4.56±0.65	มากที่สุด
9. สถานที่ 5: เกมทายคำศัพท์ (Adventures in English)	32	4.59±0.61	มากที่สุด
10. สถานที่ 6: สวนขวดแก้ว	34	4.53±0.70	มากที่สุด
11. สถานที่ 7: แต่งหน้าเค้ก	34	4.47±0.81	มาก
12. สถานที่ 8: เทคโนโลยีการสื่อสาร	30	4.40±0.71	มาก
13. สถานที่ 9: การสร้างลวดลายบนหมวกด้วยเทคนิค Marbling (Family Activities)	30	4.40±0.88	มาก
14. ท่านได้รับความรู้ แนวคิด ทักษะและประสบการณ์ใหม่	35	4.69±0.52	มากที่สุด
15. ท่านสามารถนำสิ่งที่ได้รับจากโครงการนี้ไปใช้ในการเรียน การปฏิบัติงาน ชีวิตประจำวัน	34	4.50±0.65	มาก
16. สิ่งที่ท่านได้รับจากโครงการครั้งนี้ตรงตามความคาดหวังของท่านหรือไม่	34	4.53±0.61	มากที่สุด
17. ความพึงพอใจของท่านต่อภาพรวมของโครงการ	34	4.83±0.37	มากที่สุด
รวม	576	4.59±0.61	มากที่สุด

สรุปและอภิปรายผล

การจัดกิจกรรมค่ายพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ที่มีภาวะปากแห้งเพดานโหว่ในครั้งนี้ มีผู้เข้าร่วมกิจกรรม 44 ราย อยู่ในช่วงอายุ 8 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีภาวะปากแห้งเพดานโหว่ข้างเดียว และกำลังอยู่ในช่วงวัยของการศึกษา ข้อมูลทั่วไปพบว่าผู้ป่วยมีภาวะปากแห้งเพดานโหว่ข้างเดียวเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นไปตามอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะปากแห้งเพดานโหว่ที่มักพบข้างเดียวมากกว่าสองข้าง มากกว่าปากแห้งหรือเพดานโหว่อย่างเดี่ยว และพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง¹² แต่ในกาจัดกิจกรรมครั้งนี้ พบว่า เพศหญิงเข้าร่วมกิจกรรม ปีที่ 52 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2568

มากกว่าเพศชาย ซึ่งเกิดจากอิทธิพลของครอบครัวที่ให้ความสำคัญกับกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมทักษะทางด้านการศึกษาของผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย และความคาดหวังทางสังคมที่มีต่อผู้หญิงค่อนข้างสูง โดยผู้หญิงสนใจและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดี¹³

การวัดผลลัพธ์การจัดกิจกรรมค่ายพัฒนาคุณภาพชีวิตก่อนและหลังจัดกิจกรรม พบว่า คุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นั้น อาจเป็นเพราะว่าระยะเวลาการจัดกิจกรรม 2 วัน ที่ค่อนข้างสั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาว่า การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม

หรือคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆ มักต้องการระยะเวลาและความต่อเนื่องในการดำเนินกิจกรรมมากกว่าการจัดกิจกรรมในระยะสั้น¹⁴ นอกจากนี้การวัดผลลัพธ์หลังการจัดกิจกรรมค่ายพัฒนาคุณภาพชีวิตทันที อาจไม่แสดงผลการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนได้ เพราะการเปลี่ยนแปลงบางอย่างที่เกิดจากการจัดกิจกรรมอาจต้องใช้เวลาจนจึงจะสามารถประเมินผลลัพธ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญได้¹⁵ นอกจากนี้ผลลัพธ์ของกิจกรรมที่ไม่สะท้อนการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญอาจเป็นผลมาจากปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ จากผู้เข้าร่วมกิจกรรมที่มีความหลากหลายทางด้านพื้นฐาน เช่น อายุ เพศ พฤติกรรมสุขภาพ หรือสถานะทางสังคม¹⁶ เป็นต้น และลักษณะของกิจกรรมที่จัดขึ้น ไม่สามารถกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ได้แก่ การประเมินภาพลักษณ์ หรือการตรวจสุขภาพฟัน ที่ไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสุขภาพที่ดีขึ้นในทันที การเข้าร่วมกิจกรรมของผู้ป่วยอาจมีความสนใจในกิจกรรมต่างๆ มากน้อยแตกต่างกันไป ซึ่งทำให้ผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง¹⁷

การติดตามผลในระยะยาว หรือการเสริมกิจกรรมที่ช่วยกระตุ้นการพัฒนาในด้านต่างๆ ช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ชัดเจนขึ้น นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและชุมชนยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้เด็กปากแหว่งเพดานโหว่สามารถปรับตัวในสังคมได้ดีขึ้น มีความมั่นใจในตนเอง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในระยะยาว

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่า ผลลัพธ์การวัดคุณภาพชีวิตหลังจากการจัดกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพครั้งนี้ไม่สามารถเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จของกิจกรรมได้อย่างชัดเจน แต่ผลลัพธ์ที่ได้สามารถนำไปพัฒนาและปรับปรุงการจัดกิจกรรม เช่น การเพิ่มจำนวนวันจำนวนครั้งในกลุ่มเป้าหมายที่เฉพาะ ซึ่งจะเกิดประโยชน์ในอนาคต ให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ต่อไป

สำหรับความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมค่ายพัฒนาคุณภาพชีวิต พบว่า ส่วนใหญ่ในรายข้อและภาพรวม มีคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดนั้น ค่าคะแนนเฉลี่ยที่ได้จากทุกข้ออยู่ในช่วง 4.40 – 4.83 ซึ่งจัดอยู่ในระดับ "มาก" ถึง "มากที่สุด" โดยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานส่วนใหญ่ต่ำกว่า 0.70 แสดงว่าความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความใกล้เคียงกัน ไม่กระจายกันมาก ส่วนค่าคะแนนรายข้อที่ได้คะแนนความพึงพอใจสูงสุด คือ "ความพึงพอใจต่อภาพรวมของโครงการ" ซึ่งแสดงว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่มองว่า โครงการนี้ประสบความสำเร็จสำหรับฐานกิจกรรมที่ได้รับคะแนนสูง ได้แก่ ฐานที่ 1: ศัลยกรรมตกแต่งและทันตกรรมจัดฟัน ฐานที่ 2: การพูดและสื่อภาษา ฐานที่ 3: ฉันทศิลป์หรือละครเวที ฐานที่ 4: พลังเชิงบวก และฐานที่ 14: ท่านได้รับความรู้แนวคิดทักษะและประสบการณ์ใหม่ ซึ่งสะท้อนว่ากิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยตรงและการพัฒนาทักษะชีวิตได้รับความสนใจมาก ส่วนจุดที่อาจต้องพัฒนาซึ่งเป็นฐานที่ได้คะแนนต่ำสุด ได้แก่ ฐานที่ 8 เทคโนโลยีการสื่อสาร ฐานที่ 9 การสร้างลวดลายบนหมวกด้วยเทคนิค Marbling ฐานที่ 7 แต่งหน้าเค้ก ซึ่งแม้ว่าจะอยู่ในระดับ "มาก" แต่มีค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานสูงกว่า 0.70 สะท้อนว่าผู้เข้าร่วมมีความคิดเห็นที่หลากหลาย อาจขึ้นอยู่กับความสนใจส่วนบุคคล โดยรวมแล้ว ผลการประเมินชี้ให้เห็นว่าโครงการนี้ประสบความสำเร็จและได้รับความพึงพอใจในระดับ "มากที่สุด" มีเพียงบางกิจกรรมที่ต้องปรับปรุงให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ทั้งนี้ ควรพิจารณาความคิดเห็นเพิ่มเติมจากผู้เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อพัฒนาโครงการให้ตอบสนองความต้องการของผู้เข้าร่วมได้มากขึ้นในอนาคต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาว่า การจัดกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ($\bar{x} \pm SD = 4.73 \pm 0.41$)⁸

ผลลัพธ์การประเมินคุณภาพชีวิตก่อนและหลังเข้าร่วมค่ายพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ ช่วงอายุ 8 ปีขึ้นไป จำนวน 44 ราย ใน 4 ด้านพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการวัดผลลัพธ์หลังจบการเข้าร่วมกิจกรรมค่ายพัฒนาคุณภาพชีวิต อาจยังไม่แสดงผลลัพธ์ทันที การเปลี่ยนแปลงบางอย่างที่เกิดจากกิจกรรมต้องใช้เวลาาน จึงจะเห็นผล การประเมินในระยะสั้นไม่สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจริงในระยะยาวได้ อย่างไรก็ตามการจัดการจัดกิจกรรมนี้สามารถช่วยกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระยะยาวได้ หากมีการจัดอย่างต่อเนื่องเพื่อนำผลลัพธ์ที่ได้มาพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. การประเมินผลลัพธ์ของกิจกรรม วัดผลค่อนข้างยากและเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย สำหรับการประเมินผลลัพธ์ก่อนหลังการทำกิจกรรมทันที ทำให้

ได้ผลลัพธ์ที่ยังไม่ชัดเจน น่าจะประเมินผลลัพธ์หลังจัดกิจกรรม 3 เดือน หรือ 6 เดือนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างกัน น่าจะได้ผลลัพธ์ที่ชัดเจนขึ้น

2. ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่จำกัด แม้ว่าจะเพียงพอต่อการวิเคราะห์ตามเกณฑ์ของ Americleft และ Eurocleft แต่หากมีขนาดใหญ่ขึ้น จะช่วยให้ผลลัพธ์มีความแม่นยำมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอบคุณผู้ป่วย/ครอบครัว กรรมการ วิทยากร ทีมสหสาขา เจ้าหน้าที่ศูนย์ตะวันฉายที่ร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ ขอขอบคุณองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น มูลนิธิตะวันฉาย เพื่อผู้ป่วยปากแหว่ง เพดานโหว่ ฯ องค์กร Smile Train สหรัฐอเมริกา ที่สนับสนุนทุนในการจัดกิจกรรม และศูนย์วิจัยผู้ป่วยปากแหว่ง เพดานโหว่ และความพิการแต่กำเนิดของศิระและไบเห่นำ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ภายใต้โครงการตะวันฉาย (ศูนย์ตะวันฉาย) เลขที่โครงการ TWG6618

References

1. Pornpoj Fuangtharnthip, Wannapong Chonnapasatid, Sasipa Thiradilok, Somchai Manopatanakul, Somchit Jaruratanasirikul. Registry-based study of prevalence of cleft lip/palate in Thailand from 2012 to 2015. Cleft Palate Craniofac J 2021; 58(11): 1430-7.
2. Bowornsilp Chowchuen, Palakorn Surakunprapha, Kengkart Winaikosol, Pattama Punyavong, Pakaphan Kiatchoosakun , Suteera Pradubwong. Birth prevalence and risk factors associated with CL/P in Thailand. Cleft Palate Craniofac J 2021; 58(5): 557-66.
3. American Cleft Palate-Craniofacial Association Commission on Approval of Teams . Standards for approval of cleft palate and craniofacial teams. Chapel Hill, NC: American Cleft Palate-Craniofacial Association; 2010.
4. Holmes M. You never get a second chance to make a first impression? First encounters and face based threat perception. J Global Secur Stud 2016; 1:285-302.
5. Jintana Singkhornard, Peerada Unprai, Chanutporn Chonprai, Hatthakorn Samretdee and Niramol Patjanasontorn. Intelligence and learning disabilities measurement of children with cleft lips and palates age 6 to 12 years. J Med Assoc Thai 2017;100 Suppl 6: S160-S4.

6. Tawanchai Center. History of Tawanchai Center. [Internet]. 2021 [cited Jul 15, 2021]. Available from: <https://kkucleft.kku.ac.th/index.php?history=101>.
7. World Health Organization. Community-Based Rehabilitation: CBR Guidelines 2010. Geneva: World Health Organization; 2010.
8. Yupin Paggasung, Suteera Pradubwong, Chinorose Piyakulmala, Patcharida Choosuk, Nannalin Mungmanitmongkhol, Patchanok Chowchuen, Titinan Suphankhum, Nattarika Kongtong, Bowornsilp Chowchuen. Outcomes of the Quality of Life-Promoting Activities of Adolescents with Cleft Lip and Palate in Khon Kaen Province. *Srinagarin Medical Journal*, 38(5), 515-52. Retrieved from <https://li01.tcithaijo.org/index.php/SRIMEDJ/article/view/254872/177108>. Thai.
9. Hattakorn Samretdee, Jintana Singkhornard, Daungkaew Rod-ong, Somchit Maneeganondh, Aisrapap Theeyoung, Niramol Patjanasontorn. Self-esteem of patients with cleft-lip cleft-palate attending the self-esteem enhancement program camp activities. *J Med Assoc Thai* 2018;101(Suppl 5):59-63.
10. Mercado A, Russell K, Hathaway R, Daskalogiannakis J, Sadek H, Long RE Jr, Cohen M, Semb G, Shaw W. The Americleft study: an inter-center study of treatment outcomes for patients with unilateral cleft lip and palate part 4. Nasolabial aesthetics.1 *Cleft Palate Craniofac J*. 2011 May;48(3):259-64. doi: 10.1597/09-186.1.
11. World Health Organization. WHOQOL: Measuring Quality of Life. [Internet]. 2012 [cited 2024 Jul 12]. Available from: <https://www.who.int/tools/whoqol>.
12. Bowornsilp Chowchuen, Sanguansak Thanaviratananich, Vichai Chichareon, Anan Kamolnate, Chusak Uewichitrapochana, Keith Godfrey. Multisite Study of Oral Clefts and Associated Abnormalities in Thailand: The Epidemiologic Data. *Plast Reconstr Surg Glob Open* 2015;3: e583. doi: 10.1097/GOX.0000000000000552.
13. Lammers J, Stoker JI, Jordan J, Pollmann M, Stapel DA. Power increases infidelity among men and women. *Psychol Sci* 2011;22(9):1191-7. doi: 10.1177/0956797611416252
14. Baumeister RF, Vohs KD. Misguided Effort with Elusive Implications. *Perspect Psychol Sci* 2016;11(4):574-5. doi: 10.1177/1745691616652878.
15. Rothman AJ, Baldwin AS, Hertel AW, Fuglestad PT. Self-regulation and behavior change: Disentangling behavioral initiation and behavioral maintenance. In: Vohs KD, Baumeister RF, editors. *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications*. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2011. p. 106-22.

16. Glaser R, Kiecolt-Glaser JK. Stress-induced immune dysfunction: implications for health. *Nat Rev Immunol* 2005;5(3):243-51. doi: 10.1038/nri1571.
17. Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, Clerici M, Trestman R. Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. *Lancet Psychiatry* 2016;3(9):871-81. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30142-0.

การพัฒนาารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนแพะ จังหวัดขอนแก่น

ละม่อม ไชยศิริ* พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

ชฎานิส ศรีรักษา** พย.ม. (การบริหารการพยาบาล)

สิทธิพงษ์ ศรีประทุม*** พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

(รับ: 12 มกราคม 2568, แก้ไข: 1 มีนาคม 2568, ตอรับ: 7 มีนาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนแพะ จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยรองหัวหน้าพยาบาล 15 สาขา 45 คน และพยาบาลวิชาชีพ 256 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบสนทนากลุ่ม ค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือ IOC เท่ากับ .67-1.0 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้ของผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ แบบสอบถามประสิทธิผลของรูปแบบฯ มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .90 แบบประเมินสมรรถนะการปฏิบัติทางการพยาบาลต่อรูปแบบการนิเทศการนิเทศทางการพยาบาล มีค่าความเที่ยงมากกว่า .70 แบบบันทึกข้อมูลตัวชี้วัดด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย 15 สาขา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา paired t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนแพะ (CHUMPHAE Nursing Supervision Model) ประกอบด้วย 8 ประเด็น ได้แก่ Coaching, Hospital Role model, Utilization from WI, Management, Participation, Hybrid IT Digital, Assist, Evaluation & Learning ผลลัพธ์การใช้รูปแบบฯ พบว่า พยาบาลผู้นิเทศ และพยาบาลผู้รับการนิเทศมีคะแนนความรู้หลังการนิเทศ สูงกว่าก่อนการนิเทศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t 10.34 และ t 12.92 $p < .001$ ตามลำดับ) การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ ในภาพรวม ของพยาบาลผู้นิเทศ และพยาบาลผู้รับการนิเทศ อยู่ในระดับดี (Mean 4.36, SD .58 และ Mean 4.20, SD .65 ตามลำดับ) พยาบาลผู้รับการนิเทศ ผ่านการประเมินสมรรถนะด้านการปฏิบัติทางการพยาบาล (Mean 98.24, SD 3.62) ตัวชี้วัดด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย จำนวน 18 ตัวชี้วัด บรรลุค่าเป้าหมาย 12 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 66.66) ไม่บรรลุค่าเป้าหมาย 6 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 33.34) ดังนั้น รูปแบบการนิเทศนี้ สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลได้จริง จึงควรผลักดันให้เป็นส่วนหนึ่งของนโยบายคุณภาพของโรงพยาบาลและบรรจุในแผนยุทธศาสตร์ระยะยาว เพื่อความต่อเนื่องและยั่งยืน

คำสำคัญ : รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนแพะ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนแพะ จังหวัดขอนแก่น

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการโรงพยาบาลชุมชนแพะ จังหวัดขอนแก่น

Corresponding author; E-mail: Siriprathum46@gmail.com

Development of Nursing Supervision Model at Chumphae Hospital, KhonKaen Province

Lamom Chaisiri* M.N.S. (Community Nurse Practitioner)

Chayanit Sriraksa** M.N.S. (Nursing Administration)

Sittipong Siripratum*** M.N.S. (Adult Nursing)

(Received: January 12, 2025, Revised: March 1, 2025, Accepted: March 7, 2025)

Abstract

This research and development study aimed to develop and evaluate the effectiveness of a nursing supervision model at Chumphae Hospital, Khon Kaen Province. The sample consisted of 45 deputy head nurses from 15 specialties and 256 professional nurses. Data were collected using in-depth interviews and focus group discussions, yielding IOC of .67 to 1.00, a personal data form, a knowledge assessment questionnaire of both supervisors and supervisees, and the effectiveness questionnaire of the model yielding Cronbach's Alpha of .90, a nursing practice competency assessment form, yielding reliability coefficients exceeding .70, and the patient safety indicator data recording form of 15 specialties. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-tests, and content analysis for qualitative data.

The results revealed that the CHUMPHAE Nursing Supervision Model consisted of 8 components: Coaching, Hospital Role Model, Utilization of WI, Management, Participation, Hybrid IT Digital, Assistance, and Evaluation & Learning. The results of using the model showed a significant increase of knowledge scores before-after supervision in both supervisors and supervisees (t 10.34 and t 12.92 $p < .001$, respectively). The overall evaluation the model's effectiveness in both supervisors and supervisees were at a good level (Mean 4.36, SD .58 and Mean 4.20, SD .65, respectively). Supervisees nurses passed the nursing practice competency assessment (Mean 98.24, SD 3.62). Of the 18 patient safety indicators, 12 indicators (66.66%) attained the target value; while 6 indicators (33.34%) did not attain the target value. Therefore, this supervision model can be used to improve the quality of nursing care in the hospital. It should be promoted as part of the hospital quality policy and included in the long-term strategic plan to ensure its sustainability and ongoing impact.

Keywords: Nursing Supervision Model, Chumphae Hospital

* Professional Nurse Specialist, Deputy Director of Nursing, Chum Phae Hospital, KhonKaen Province

** Lecturer, Faculty of Nursing, Northeastern University, KhonKaen Province

*** Professional Nurse, Chum Phae Hospital, KhonKaenProvince

Corresponding author; E-mail: Siriprathum46@gmail.com

บทนำ

องค์กรพยาบาลถือว่าเป็นองค์กรที่มีบุคลากรมากที่สุด ในโรงพยาบาล และเป็นองค์กรที่มีความใกล้ชิดกับผู้รับบริการเป็นตัวแปรที่สำคัญในการขับเคลื่อนหรือพัฒนาให้โรงพยาบาลประสบความสำเร็จ ตามเป้าหมายที่กำหนด การปฏิบัติของพยาบาลเพื่อให้บริการสุขภาพมีคุณภาพนั้น ทุกหน่วยงานที่อยู่ภายใต้องค์กรพยาบาลต้องมีการมอบหมายงาน ควบคุมกำกับติดตาม และประเมินผลงานของบุคลากรทุกระดับอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์คุณภาพบริการพยาบาลตามเป้าหมายขององค์กร องค์กรพยาบาลจึงต้องมีระบบการนิเทศงาน การพยาบาล²

การนิเทศทางการพยาบาล เป็นบทบาทอิสระ ในความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพ มีความสำคัญในการควบคุมกำกับดูแลคุณภาพบริการพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพ ผู้นิเทศเป็นผู้ให้ความรู้ ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ และให้การสนับสนุนช่วยเหลือบุคลากรพยาบาลให้ปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพ และมีความสะดวกในการทำงานมากขึ้น³ เป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลทุกระดับ เพื่อติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามเป้าหมาย ติดตามนโยบายขององค์กร สร้างขวัญและกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน สนับสนุนช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพบริการ ซึ่งต้องอาศัยความรู้และความเข้าใจในการสร้างมนุษยสัมพันธ์ร่วมกับคนอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ บทบาทของผู้นิเทศจึงต้องเป็นทั้งหัวหน้างาน เป็นครูและเพื่อนร่วมงาน ผู้บริหารต้องจัดให้มีทีมนิเทศงานหรือทีมงานที่สามารถให้การสอนแนะนำการปฏิบัติงานที่ถูกต้อง ปลอดภัยไปพร้อมกับการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานที่ถูกต้อง การนิเทศงานมีหลายรูปแบบ รูปแบบที่เหมาะสมกับการนิเทศทางการพยาบาลควรเป็นการนิเทศตามแบบ

แผนมุ่งเน้นการพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล การนิเทศเพื่อสนับสนุนเชิงวิชาชีพตามหลักสมานฉันท์เพื่อเสริมสร้างความรู้สึกและทัศนคติที่ดีต่อการนิเทศ และการนิเทศเพื่อปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ในการให้พยาบาลอย่างมีคุณภาพ⁴ พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่ใช้แนวคิดการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์ ในการพัฒนารูปแบบการนิเทศ ทั้งนี้เนื่องจากแนวคิดของพรอคเตอร์มีความชัดเจนและสะดวกต่อการนำสู่การปฏิบัติรวมถึงส่งผลลัพธ์ที่ดีทั้งต่อผู้นิเทศ ผู้รับการนิเทศและผู้ให้บริการ³ จากการทบทวนงานวิจัยในการนิเทศโดยใช้แนวคิดของพรอคเตอร์ในประเทศไทยพบว่าผู้นิเทศมีความรู้ ทัศนคติ และคุณภาพการปฏิบัติงานสูง⁵ ความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพสูงขึ้น⁶ การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยและความพึงพอใจเพิ่มขึ้น^{2,7} แนวคิดของพรอคเตอร์มุ่งเน้นการนิเทศไปที่การเรียนรู้จากการปฏิบัติ การสนับสนุนเชิงวิชาชีพและการปฏิบัติตามมาตรฐาน ให้ความสำคัญกับการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นิเทศกับผู้รับการนิเทศ และการคำนึงถึงผู้รับการนิเทศเป็นศูนย์กลาง และสามารถประยุกต์ร่วมกับการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง (Simulation based Learning) และการสะท้อนกลับจากการปฏิบัติ ซึ่งเป็นแนวคิดที่ช่วยส่งเสริมประสิทธิผลของการนิเทศทางคลินิก⁸ ซึ่งโรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ยังไม่เคยมีศึกษาเรื่องนี้มาก่อน

โรงพยาบาลชุมแพเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 360 เตียง สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลมีหน่วยงานทางการพยาบาล 15 สาขา จากการติดตามคุณภาพการพยาบาลปี 2565-2567 พบอุบัติการณ์ความเสียหายทางคลินิกทั้งหมด 531, 506 และ 607 ครั้ง ตามลำดับ

ดังนี้ ความผิดพลาดจากการระบุตัวตน 22 ครั้ง การวางแผนดูแลรักษาพยาบาล 3 ครั้ง อาการแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ 8 ครั้ง อาการข้างเคียงจากการให้ยาหรือให้เลือด 28 ครั้ง การติดเชื้อในโรงพยาบาล 68 ครั้ง การบันทึกข้อมูลสำคัญทางคลินิก 14 ครั้ง (คณะกรรมการความเสี่ยง โรงพยาบาลชุมแพ, 2566) ในขณะที่โรงพยาบาลมีหัวหน้างานใหม่เพิ่มขึ้น 32 คน และมีพยาบาลวิชาชีพใหม่หมุนเวียนอยู่ตลอดปีละ 30-40 คน ซึ่งจำเป็นต้องเพิ่มความรู้และสมรรถนะเพื่อให้สามารถปฏิบัติการพยาบาลได้มีคุณภาพ แต่ในขณะเดียวกันโรงพยาบาลยังไม่มีรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลที่เป็นแนวทางเดียวกัน จากการทบทวนงานวิจัยได้มีการศึกษาโดยใช้แนวคิดของพรอคเตอร์ในการนิเทศทางการพยาบาล ซึ่งหากมีรูปแบบการนิเทศที่ชัดเจนจะทำให้ผู้นิเทศมีแนวทางที่ชัดเจน เกิดความมั่นใจในการนิเทศ ผู้รับการนิเทศได้รับการนิเทศอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ผู้รับการนิเทศปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาลที่มีคุณภาพ และส่งผลลัพธ์สุดท้ายต่อผู้ใช้บริการให้มีความปลอดภัยและเกิดความพึงพอใจสูงขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยที่หลังการนำไปใช้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งต่อผู้นิเทศ ผู้รับการนิเทศ และผู้ใช้บริการ^{3,9}

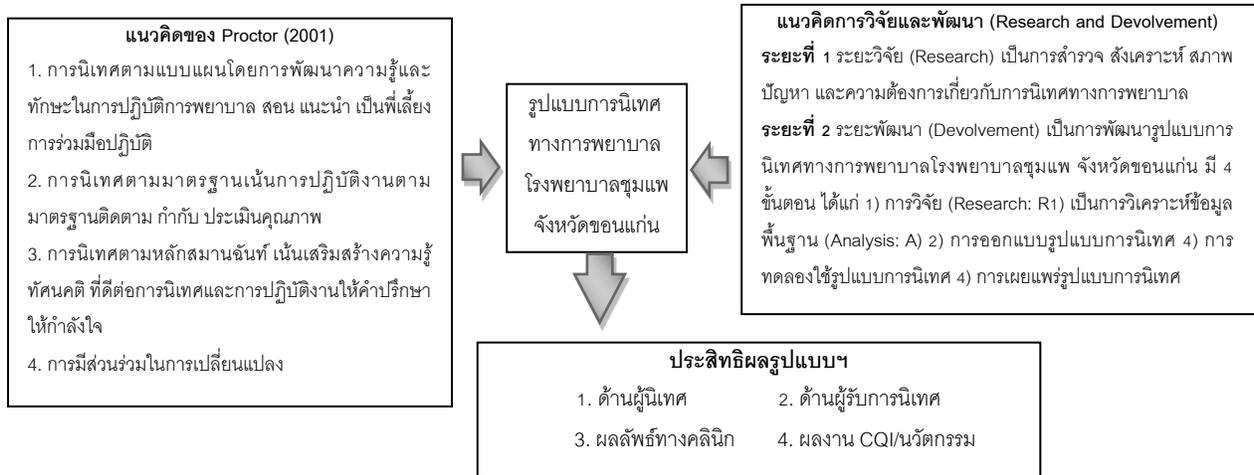
ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารทางการพยาบาล มีหน้าที่บริหาร กำกับ ติดตามการปฏิบัติการพยาบาล ผลลัพธ์ทางการพยาบาลและพัฒนารูปแบบเพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาล จึงสนใจศึกษาการพัฒนาการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น โดยใช้กรอบแนวคิดการนิเทศทางการพยาบาลของพรอคเตอร์ และใช้ระเบียบวิธีการวิจัยและพัฒนา (Research and Devolvement) ทั้งนี้เพื่อช่วยให้เกิดการเรียนรู้ ปรับปรุงการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ผ่านการวางแผน ทดลองปฏิบัติจริง ด้้องค์ความรู้ใหม่จากการปฏิบัติและแก้ไขปัญหา ทั้งนี้เพื่อให้การนิเทศทางการพยาบาลมีรูปแบบที่ชัดเจน นำไปใช้ได้เหมาะสมและส่งผลถึงคุณภาพการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบฯ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดการนิเทศทางการพยาบาลของ Proctor (2001) และแนวคิดการวิจัยและพัฒนา (Research and Devolvement) ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. หัวหน้าพยาบาลระดับรอง 15 คน ได้แก่

- 1) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- 2) กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
- 3) กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก
- 4) กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด
- 5) กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด
- 6) กลุ่มงานการพยาบาลสัณฐาน
- 7) กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม
- 8) กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช
- 9) กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม
- 10) กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช
- 11) กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม
- 12) กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออโรโธปิดิกส์
- 13) กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วย โสต ศอ นาสิก จักษุ
- 14) กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ
- 15) กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษคัด เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงมีคุณสมบัติตามที่กำหนด คือ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล 15 กลุ่ม

2. ผู้รับการนิเทศทางการพยาบาล เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนแพะ จังหวัดขอนแก่น 15 สาขา คัดเลือกแบบปีที่ 52 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2568

เฉพาะเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติ คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพประจำการ มีประสบการณ์ในการทำงานไม่น้อยกว่า 1 ปี และสมัครใจเข้าร่วมการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล 256 คน

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบทดสอบความรู้ เรื่อง การนิเทศสำหรับผู้นิเทศทางการพยาบาล จำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วยประเด็น ดังนี้ ความหมาย ความสำคัญ ประโยชน์ ขั้นตอน รูปแบบ และวิธีการนิเทศทางการพยาบาล ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและมีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.90

2. แบบสอบถามประสิทธิผลต่อรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล อ้างอิงจาก พันโทหญิงลลอรศรี ประเสริฐสุข (2556) มีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.90

3. แบบประเมินสมรรถนะการปฏิบัติทางการพยาบาลต่อรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีค่าความเที่ยงมากกว่า 0.70 ทุกฉบับ

การรับรองจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการตรวจสอบจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชุมชนแพะ เลขที่ HE661006 ลงวันที่ 29 พฤศจิกายน 2567 โดยคำนึงถึงหลักการเคารพ

ในบุคคล โดยการปกปิดข้อมูลส่วนบุคคลเป็นความลับ มีการเห็นยินยอม มีเพียงทีมผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ และจะทำลายเอกสารทั้งหมดเมื่อการวิจัยสิ้นสุดลง หลักผลประโยชน์ ข้อมูลที่ได้จะมีการวิเคราะห์และคืนข้อมูลกลับในภาพรวม เพื่อเป็นประโยชน์กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และหลักความยุติธรรม กลุ่มตัวอย่างจะได้รับของที่ระลึกในการมีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้

การดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนแพะ จังหวัดขอนแก่น ดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิจัย (Research: R1) เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน (Analysis: A) ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาข้อมูลพื้นฐานและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบ

ดำเนินการวิจัย โดยศึกษาปัญหาการนิเทศทางการพยาบาล ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เกี่ยวข้องกับการนิเทศทางการพยาบาล 9 คนและสนทนากลุ่ม 18 คน เพื่อกำหนดประเด็นปัญหาาร่วมกัน ในประเด็นปัญหาในการนิเทศทางการพยาบาลและรูปแบบที่ควรจะเป็น นำข้อมูลมาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ก่อนนำไปสังเคราะห์

เครื่องมือที่ใช้ เป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการนิเทศทางการพยาบาล โรงพยาบาลที่มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ด้วยค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.67-1.00 **วิเคราะห์ข้อมูล** ที่ได้จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา เพื่อนำผลที่ได้ไปพัฒนารูปแบบฯ ในขั้นตอนต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนา (Development: D1) เป็นการออกแบบและพัฒนา (Design and Development: D) ดำเนินการโดยนำข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 มาประชุมผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ หัวหน้าพยาบาลระดับรอง 15 คน เพื่อร่วมกันกำหนดและเลือกรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลที่เหมาะสมในการพัฒนา และนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปให้

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องและความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.7 ตรวจสอบความสมเหตุสมผลเชิงทฤษฎี และความเป็นไปได้ของร่างต้นแบบ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไป 2 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่านตรวจสอบความถูกต้องและความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) แล้ววิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.67-1.00 ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมและปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้

ระยะที่ 2 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ดำเนินการ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 3 การวิจัย (Research: R2) เป็นการนำรูปแบบที่ได้ไปศึกษาวิจัยผลการใช้รูปแบบ ผู้วิจัยได้นำรูปแบบฯ และเครื่องมือการนิเทศฯ ที่ได้ จำนวน 15 เรื่อง ไปใช้เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ในหอผู้ป่วย 15 หอผู้ป่วย กับหัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 45 คน และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 256 คน ตามขั้นตอนโดย 1) เตรียมความพร้อมของผู้ทดลองใช้รูปแบบฯ โดยผู้วิจัยอธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดการใช้รูปแบบฯ เตรียมความพร้อมผู้นิเทศและผู้รับนิเทศ โดยการจัดประชุมกลุ่ม ทบทวนความรู้เพิ่มเติม ผู้วิจัยสอนรายกลุ่มและรายบุคคล เพิ่มทักษะและความมั่นใจในการนิเทศทางคลินิก ตามคู่มือการนิเทศฯ ที่สร้างขึ้น ซึ่งประกอบด้วย 1) เป้าหมายการนิเทศ แนวทางการนิเทศ แผนการนิเทศ เทคนิคการนิเทศ ประเมินผลการนิเทศทางคลินิก และแนะนำวิธีการนิเทศตามคู่มือที่สร้างขึ้น และ 2) นำรูปแบบการนิเทศฯ ไปทดลองใช้ โดยให้ผู้นิเทศทางคลินิกปฏิบัติตามแผนการนิเทศและคู่มือที่พัฒนาขึ้น จากนั้นประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบฯ เพื่อปรับปรุงรูปแบบฯ จากนั้นนำรูปแบบฯ ที่ปรับปรุงให้ผู้นิเทศดำเนินการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น อย่างต่อเนื่อง 20 สัปดาห์ โดยทีมผู้วิจัยทำหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่ผู้นิเทศ

ขั้นตอนที่ 4 การพัฒนา (Development: D2) เป็นการประเมินผล (Evaluation : E) ถอดบทเรียนและรับรอง

รูปแบบ โดยการประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบการนิเทศตามวัตถุประสงค์ ได้แก่ 1) ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้รับบริการทั้ง 15 สาขา ตามตัวชี้วัดทางคลินิกที่สอดคล้องกับปัญหาที่พบ 2) ประสิทธิภาพของรูปแบบ โดยวัด 3 ด้าน ดังนี้ 2.1) ความรู้ของผู้นิเทศและผู้รับนิเทศ ก่อนและหลังการนิเทศ 2.2) ผลลัพธ์ความคิดเห็นของผู้นิเทศและผู้รับนิเทศต่อประสิทธิภาพของรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล 2.3) วัดผลงาน CQI และนวัตกรรมที่เป็นผลจากการนิเทศ

ผลการศึกษา

ผลการวิจัยนำเสนอตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ที่ได้จากการพัฒนาเป็น “CHUMPHAE Nursing Supervision Model” ได้จากสัมภาษณ์เชิงลึกและการประชุมสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการนิเทศทางการพยาบาล ซึ่งเป็นหัวหน้าพยาบาลระดับรอง จำนวน 18 คน สัปดาห์ที่ 8 ประเด็น และ 3 ชั้นตอน

“อยากให้เป็นชื่อโมเดลที่จำง่ายและเป็นบริบทของชุมชน และนำไปใช้ได้จริง” (SL1)

“อยากให้อ้างอิงเป็นภาษาอังกฤษ โดยมีคำว่า CHUMPHAE จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์” (SL2,SL5)

“ควรมีเป้าหมายจากการนิเทศ เช่น ผลลัพธ์ของผู้ป่วย ผู้ป่วยและผู้รับบริการปลอดภัยและพึงพอใจ ผู้บริหารทางการพยาบาลมีความรู้และสมรรถนะทางการนิเทศ ผู้รับนิเทศมีความรู้ พึงพอใจและมีสมรรถนะการพยาบาล มี CQI/นวัตกรรมจากการนิเทศทางการพยาบาล” (SL1,2,5,6,10)

1.1 พัฒนาความรู้และสมรรถนะด้วยระบบพี่เลี้ยงและการสอนงาน (Coaching)

“การให้ความรู้เรื่องนิเทศทางการพยาบาลให้ทั่วถึงในระดับหัวหน้างานเป็นที่เลี้ยงและนำไปปฏิบัติจริงควรมีการสอนงานที่หน้างานพร้อมกับการนิเทศ” (SL1)

“ควรมีการฝึกอบรมการนิเทศ/ผู้นำการพยาบาล/การสื่อสารในการนิเทศ มีทักษะการนิเทศมี coach และพี่สอนน้อง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้หน้างาน” (SL6)

“ความรู้และทักษะของผู้นิเทศ Coaching สื่อสารแบบสองทาง ให้คำปรึกษาหน้างาน” (SL9)

1.2 สร้างบุคคลต้นแบบในการนิเทศ (Hospital Role model)

“ควรมี Role model ในการนิเทศ” (SL10)

“ควรมี Role model ของผู้นิเทศเพื่อเป็นตัวอย่างกับผู้นิเทศอื่นๆ” (SL6)

1.3 พัฒนาและใช้ประโยชน์เครื่องมือในการนิเทศ (Utilization from WI)

“พัฒนา WI ขึ้นมาเอง โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจให้แต่ละตึก ตึกละ 1 เรื่องที่เด่นและสำคัญจำนวน 15 เรื่อง และมีกลุ่มงานตรวจรักษาพิเศษมี 3 เรื่อง ได้แก่งานไต หัวใจและมะเร็ง และนำ WI ไปนิเทศ ตามหัวข้อที่กำหนดไว้” (SL1,6,10)

“เลือกรูปแบบเครื่องมือรูปแบบการนิเทศเหมาะสมกับผู้นิเทศและผู้รับนิเทศ”(SL2)

1.4 บริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ (Management)

“ควรมีระบบบริหารจัดการการนิเทศให้เป็นระบบและรูปแบบเดียวกันโดยประยุกต์ใช้จากแนวคิดพรอคเตอร์” (SL1,2,3,4,5,6,7,8,9,10)

1.5 นิเทศแบบมีส่วนร่วม (Participation)

“ให้ผู้รับนิเทศมีส่วนร่วมในการกำหนดการนิเทศการ แสดงความคิดเห็น” (SL2,5,7)

“ควรมีความร่วมมือของบุคลากรในหน่วยงานในการนิเทศ” (SL4)

“มีผู้ร่วมนิเทศมากกว่า 1 คน เนื่องจากหัวหน้ากลุ่มงานมีภารกิจมาก หากไม่อยู่จะทำให้การนิเทศเกิดความต่อเนื่อง” (SL6)

1.6 มีการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และสารสนเทศในการนิเทศ (Hybrid IT Digital)

“รูปแบบการนิเทศที่เป็นดิจิทัลกรอกข้อมูลนำเข้าแล้วมีรูปแบบใช้งานได้เลยตรงกัน” (SL3)

“สนับสนุนด้านเทคโนโลยีการสื่อสาร วิทยาศาสตร์ใช้ระบบสื่อออนไลน์แพลตฟอร์มการเรียนรู้ นิเทศออนไลน์ E-learning Platforms, Mobile Apps,ระบบวิดีโอคอลหรือการประชุมเสมือน,AI,ระบบจัดการข้อมูล” (SL7,9)

1.7 ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ (Assist)

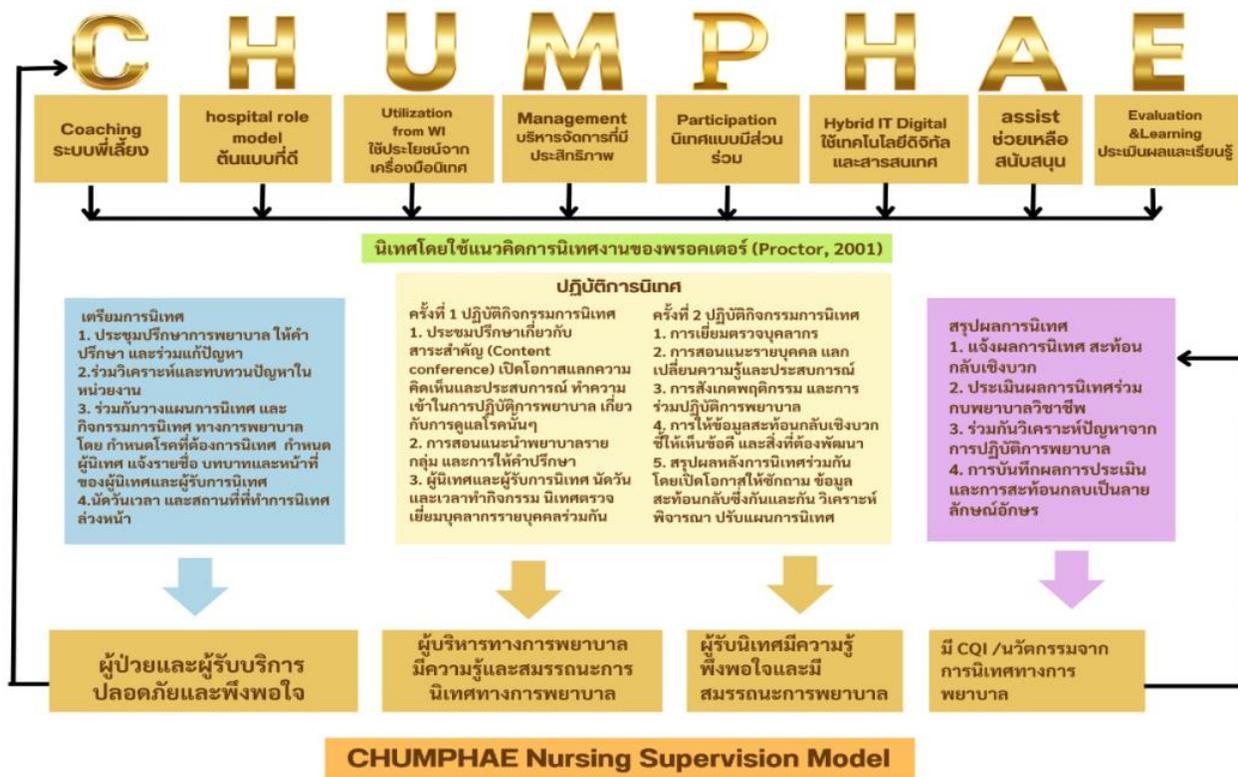
“อยากให้การช่วยเหลือ สนับสนุนในทุกๆเรื่องในการนิเทศ” (SL2,5,7)

1.8 ประเมินผล และ เรียนรู้ (Evaluation & Learning)

“ควรติดตามประเมินผลโดยการสังเกตและดูจากผลปฏิบัติงานอุบัติการณ์ ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน” (SL2,5,7)

“ควรติดตามประเมินตามแผนการนิเทศที่กำหนดไว้ โดยมีการประเมินผลโดยการสังเกต การซักถาม ผลลัพธ์ทางการพยาบาล ตัวชี้วัด” (SL1,5,8)

ทั้งนี้รูปแบบประยุกต์ใช้แนวคิดการนิเทศงานของพรอคเตอร์ ที่ประกอบด้วย ขั้นตอนการเตรียมนิเทศ การปฏิบัติการนิเทศ และสรุปผลการนิเทศ โดยมีเป้าหมายจากการนิเทศ 4 ประเด็นได้แก่ 1. ผู้ป่วยและผู้รับบริการปลอดภัยและพึงพอใจ 2. ผู้บริหารทางการพยาบาลมีความรู้และสมรรถนะทางการนิเทศ 3. ผู้รับนิเทศมีความรู้ พึงพอใจและมีสมรรถนะการพยาบาล 4. มี CQI /นวัตกรรมจากการนิเทศทางการพยาบาล ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล CHUMPHAE Nursing Supervision Model

2. ประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบ

ผู้นิเทศ และผู้รับการนิเทศ ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ดังตารางที่ 1

2.1 ผลลัพธ์ด้านการพัฒนาความรู้ของ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้การนิเทศทางการพยาบาล ก่อนและหลังการทดลอง ของผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ

ผลลัพธ์	Mean ± SD		\bar{d}	s.d. _d	95% CI	t	p value
	pretest	posttest					
1. คะแนนความรู้การนิเทศทางการพยาบาลของผู้นิเทศ (n=45)	9.49 ± 1.78	12.07 ± 1.29	2.58	1.67	2.07 ถึง 3.08	10.34	<0.001*
2. คะแนนความรู้การนิเทศทางการพยาบาลของผู้รับการนิเทศ (n=256)	10.09 ± 2.17	11.55 ± 1.74	1.46	1.80	1.23 ถึง 1.80	12.92	<0.001*

*p <0.001

คะแนนความรู้ด้านการนิเทศทางการพยาบาลในกลุ่มผู้นิเทศ (n=45) พบว่าคะแนนความรู้หลังการนิเทศ (Mean = 12.07, SD = 1.29) สูงกว่าก่อนการนิเทศ (Mean = 9.49, SD = 1.78) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.001) โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 2.58 คะแนน (95% CI: 2.07 ถึง 3.08) ในกลุ่มผู้รับการนิเทศ (n=256) พบว่า คะแนนความรู้หลังการนิเทศ (Mean = 11.55,

SD = 1.74, t=12.92) สูงกว่าก่อนการนิเทศ (Mean = 10.09, SD = 2.17) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.001) โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1.46 คะแนน (95% CI: 1.23 ถึง 1.80)

2.2 ความคิดเห็นของผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความคิดเห็นของผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล (n=45)

1. ความคิดเห็นของผู้นิเทศต่อประสิทธิผลของรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล	Mean	SD	แปลผล
1) ความรู้ความสามารถของผู้นิเทศ	4.40	0.55	ดี
2) การปฏิบัติงานมีความถูกต้อง	4.34	0.64	ดี
3) การปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมายที่กำหนด	4.36	0.56	ดี
4) ความพึงพอใจต่อรูปแบบการนิเทศของผู้นิเทศ	4.35	0.58	ดี
ความคิดเห็นต่อประสิทธิผลของรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลภาพรวม	4.36	0.58	ดี
2. ความคิดเห็นผู้รับการนิเทศต่อประสิทธิผลของรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล	Mean	SD	แปลผล
1) ความรู้ความสามารถของผู้รับการนิเทศ	4.20	0.64	ดี
2) การปฏิบัติงานมีความถูกต้อง	4.20	0.68	ดี
3) การปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมายที่กำหนด	4.18	0.65	ดี
4) ความพึงพอใจต่อรูปแบบการนิเทศของผู้รับการนิเทศ	4.21	0.65	ดี
ความคิดเห็นต่อประสิทธิผลของรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลภาพรวม	4.20	0.65	ดี

การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลในภาพรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 4.36, SD = 0.58) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้านมีผลการประเมินอยู่ในระดับดี โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ความรู้ความสามารถของผู้นิเทศ (Mean = 4.40, SD = 0.55) และต่ำสุด คือ การปฏิบัติงานมีความถูกต้อง (Mean = 4.34, SD = 0.64) การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลจากมุมมองของผู้รับการนิเทศในภาพรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 4.20,

SD = 0.65) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้านมีผลการประเมินอยู่ในระดับดี โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ความพึงพอใจต่อรูปแบบการนิเทศ (Mean = 4.21, SD = 0.65) และต่ำสุด คือ การปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมายที่กำหนด (Mean = 4.18, SD = 0.65)

2.3 ผลลัพธ์ด้านสมรรถนะด้านการปฏิบัติการของผู้รับการนิเทศต่อประสิทธิภาพของรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สมรรถนะด้านการปฏิบัติทางการพยาบาลของผู้รับการนิเทศต่อประสิทธิภาพของรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล (n=256)

หน่วยงาน	จำนวน (คน)	ผลการประเมิน สมรรถนะ		ค่าคะแนน เฉลี่ยรวม*	S.D.
		ผ่าน	ไม่ผ่าน		
1. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	9	9	0	100	0
2. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก	11	11	0	100	0
3. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก	50	50	0	91.56	2.56
4. กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด	14	14	0	100	0
5. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด	14	14	0	100	0
6. กลุ่มงานการพยาบาลสัณฐาน	5	5	0	100	0
7. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม	42	42	0	87.89	13.29
8. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม	46	46	0	98.02	2.55
9. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช	9	9	0	97.53	4.89
10. กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช	1	1	0	100	0
11. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วย กุมารเวชกรรม	11	11	0	100	0
12. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออโรโธปิดิกส์	9	9	0	100	0
13. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วย โสิต ศอ นาสิก จักษุ	10	10	0	100	0
14. กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุม และป้องกันการติดเชื้อ	13	13	0	98.70	1.66
15. กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ	12	12	0	100	0
รวม	256	256	0	98.24	3.62

*เกณฑ์มากกว่าร้อยละ 80

ผลการประเมินสมรรถนะด้านการปฏิบัติการของผู้รับภาระงานต่อประสิทธิภาพของรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลจำนวน 256 คน ผ่านเกณฑ์ทั้งหมดร้อยละ 100 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะด้านการปฏิบัติการภาพรวม 98.24 คะแนน (S.D=3.62)

2.4 ผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกิดจากการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล “CHUMPHAE Nursing Supervision Model” ได้กำหนด ตัวชี้วัดตามหน่วยงานภายใต้โครงสร้างของกลุ่มการพยาบาล 15 หน่วยงาน ซึ่งมีตัวชี้วัดทางคลินิกทั้งสิ้น 18 ตัวชี้วัด เก็บข้อมูลตัวชี้วัด ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2566 ถึง ตุลาคม 2567 ได้แก่ 1) ร้อยละผู้ป่วย Sepsis ได้รับการประเมิน EWS ล่าช้า 2) ร้อยละผู้ป่วยโรคปอดบวมอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี บริบูรณ์ ได้รับการประเมินเพื่อดักจับและจัดการภาวะหายใจลำบาก โดยใช้ PEWS 3) ร้อยละการคัดกรองผิดพลาดในผู้ป่วยผู้ป่วยนอก 4) อัตราการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดสะอาด 5) อุบัติการณ์สิ่งตกค้างในร่างกาย 6) แผลกดทับในผู้ป่วยผ่าตัดข้อสะโพกเทียม 7) ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึก 8) อุบัติการณ์ผู้ป่วยเตรียมผ่าตัดแบบ Elective เลื่อนผ่าตัดจากการเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม 9) จำนวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยตกเตียง 10) ร้อยละการคัดกรองผู้ป่วย stroke ถูกต้อง 11) คลอดปกติผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือด 12) มารหลังคลอดไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือด 13) อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเตรียมผ่าตัดไม่ถูกต้องไม่ครบถ้วน 14) ระยะเวลารอคอยการรักษาโดยการให้เคมีบำบัด ≤ 6 wks. 15) ผู้ป่วยกลับมา Re admit ด้วย Heart failure 16) อัตราการเกิดการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ 17) ร้อยละผู้ป่วยจิตเวชได้รับการคัดกรอง 18) ร้อยละการประเมินความรู้การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตัวชี้วัดที่บรรลุค่าเป้าหมาย

จำนวน 12 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 66.66 ตัวชี้วัดที่ไม่บรรลุค่าเป้าหมาย จำนวน 6 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 33.34

2.5 ผลลัพธ์ ผลงาน CQI และนวัตกรรมที่เกิดจากการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล “CHUMPHAE Nursing Supervision Model” มีจำนวน 13 ผลงาน ได้แก่ 1) แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบได้รับออกซิเจนชนิดอัตราการไหลสูง 2) การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดหอผู้ป่วยหนักอายุกรรม 3) การพัฒนาแนวทางการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 4) แนวทางการประเมินและเฝ้าระวังการเกิด stroke ในหอผู้ป่วยอายุกรรมหนัก 5) แนวทางการป้องกันกระดูกหักซ้ำในผู้ป่วยผ่าตัดข้อสะโพก 6) การพัฒนาการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงขณะรอตรวจ ห้องตรวจกุมารเวชกรรม 7) แนวปฏิบัติการพยาบาลป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดในระยะรอคลอด 8) การเตรียมผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ ODS ด้วยระบบการพยาบาลทางไกล 9) การพัฒนาแนวทางปฏิบัติในผู้ป่วย on Tracheostomy tube 10) การพัฒนาแนวทางการประเมินเฝ้าระวังอาการทรุดลงขณะรอตรวจของผู้ป่วยคลินิกศัลยกรรม กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมแพ 11) แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้ยาระงับปวดทางช่องเหนือเยื่อหุ้มสมอง ต่อเนื่อง 12) แนวทางการป้องกันและประกันคุณภาพเรื่อง FALL ในหอผู้ป่วยอายุกรรมชายและจิตเวช 13) การพัฒนาแนวทางการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

อภิปรายผล

1. รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลที่พัฒนาเป็น CHUMPHAE Nursing Supervision Model มีองค์ประกอบ 8 ประเด็น ได้แก่ 1) พัฒนาความรู้และ

สมรรถนะด้วยระบบที่เลี้ยงและการสอนงาน (Coaching) 2) สร้างบุคคลต้นแบบในการนิเทศ (Hospital Role model) 3) พัฒนาและใช้ประโยชน์เครื่องมือในการนิเทศ (Utilization from WI) 4) บริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ (Management) 5) นิเทศแบบมีส่วนร่วม (Participation) 6) มีการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และสารสนเทศในการนิเทศ (Hybrid IT Digital) 7) ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ (Assist) 8) ประเมินผลและเรียนรู้ (Evaluation & Learning) ซึ่งสอดคล้องแนวคิดการนิเทศงานของพรอคเตอร์¹ ที่มีกรอบแนวคิด 3 ด้าน ได้แก่ 1. การนิเทศตามแบบแผน (formative clinical supervision) กิจกรรม คือ การประชุม ปรึกษาทางการพยาบาลการเยี่ยมตรวจบุคคล การสอนแนะนำ การสังเกต และการร่วมปฏิบัติ 2. การนิเทศตามมาตรฐาน (normative clinical supervision) กิจกรรม คือ การเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล การสอนแนะนำ การสะท้อนกลับเป็นลายลักษณ์อักษร 3. การนิเทศตามหลักสมานฉันท์ (restorative clinical supervision) กิจกรรม คือ การให้คำปรึกษา การแก้ปัญหา การประชุม ปรึกษาทางการพยาบาล³ ซึ่งการนิเทศทางการพยาบาลนี้ ได้เปิดโอกาสให้ผู้นิเทศ และผู้รับนิเทศ มีส่วนร่วมในการออกแบบการพัฒนา ในทุกๆ ขั้นตอน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาการนิเทศที่มีความสอดคล้องกับบริบทมากที่สุด ซึ่งการนิเทศทางคลินิกจัดเป็นตัวชี้วัดด้านกระบวนการที่สามารถนำนโยบายเชิงโครงสร้างมาสู่การปฏิบัติ และองค์ประกอบที่พบทั้ง 8 ประเด็น รวมทั้งขั้นตอนการนิเทศทั้ง 3 ขั้นตอน สนับสนุนหน้าที่การนิเทศตามกรอบแนวคิดทั้ง 3 ด้านของพรอคเตอร์ รูปแบบฯ ที่พบจึงมีความเหมาะสมกับบริบทการพยาบาลในโรงพยาบาล ชุมแพ เนื่องจากสามารถตอบสนองในการแก้ไขปัญหา ที่ท้าทายและความต้องการของบุคลากรพยาบาลได้ แท้จริง ความสอดคล้องกับโครงสร้างองค์กรและการ

บริหารการพยาบาลที่มีหน่วยงานภายใต้โครงสร้าง 15 สาขา สามารถรองรับความหลากหลายของสาขาการพยาบาล มีความยืดหยุ่นเพียงพอที่จะรองรับความต้องการเฉพาะของทั้ง 15 สาขา ซึ่งมีลักษณะงานและความท้าทายแตกต่างกัน รวมถึงการมีบุคลากรพยาบาลที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญหลากหลายระดับและวัฒนธรรมการทำงานแบบไทย ที่มีการเคารพอำนาจในการทำงานเป็นทีม และการประสานงานอย่างไม่เป็นทางการ รูปแบบฯนี้ให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาที่พบบ่อย เช่น ภาระงานหนัก การขาดแคลนบุคลากร หรือความท้าทายในการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์และทิศทางการพัฒนาของโรงพยาบาล สนับสนุนเป้าหมายระยะยาวในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลและสามารถทำงานร่วมกับระบบคุณภาพ หรือมาตรฐานการพยาบาลที่โรงพยาบาลใช้อยู่ โดยไม่สร้างภาระงานซ้ำซ้อน ซึ่งรูปแบบที่พบมีความแตกต่างกับการศึกษาอื่นตามบริบทและแนวคิดที่ใช้ศึกษา⁹ อย่างไรก็ดี รูปแบบฯนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้รูปแบบภายใต้กิจกรรมและแนวคิดตามบริบทอื่น ๆ ได้

2. ประสิทธิภาพของการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนแพ ที่พัฒนาขึ้น ประเมิน 4 ประเด็น ได้แก่ 1) ผู้ป่วยและผู้รับบริการปลอดภัยและพึงพอใจ 2) ผู้บริหารทางการพยาบาลมีความรู้การนิเทศทางการพยาบาล 3) ผู้รับนิเทศมีความรู้มีความพึงพอใจและมีสมรรถนะการพยาบาล 4) มี CQI/นวัตกรรมจากการนิเทศทางการพยาบาลผลการวิจัยที่พบ ด้านการพัฒนาความรู้ของผู้นิเทศ และผู้รับการนิเทศ ระหว่าง Pre-test กับ Post-test พบว่า คะแนนความรู้หลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) นำไปสู่ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและก่อให้เกิดความปลอดภัย

แก่ผู้ป่วย สอดคล้องกับงานวิจัยของ วรรณชนกจันทุม¹⁰ ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างกรณีศึกษาทางคลินิกกับผลลัพธ์ทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก พบว่า พยาบาลผู้รับกรณีศึกษามีคะแนนสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการนิเทศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านความเหมาะสมของรูปแบบการนิเทศในมุมมองของผู้นิเทศและผู้รับนิเทศ ผลการประเมินอยู่ในระดับดีทุกด้าน อาจเนื่องมาจากการที่ผู้นิเทศและผู้รับนิเทศ ได้มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการนิเทศตั้งแต่ร่วมกันกำหนดแผนการนิเทศ ออกแบบขั้นตอนปฏิบัติการนิเทศ สรุปผลการนิเทศ และสะท้อนผลการนิเทศ ก่อให้เกิดการเรียนรู้ และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ทำให้การนิเทศเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อเนื้อหามีความพึงพอใจต่อการนิเทศสูงขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ แสงมะลิ พลเวียง¹¹ ศึกษาเกี่ยวกับพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม พบว่า หลังใช้แนวคิดของพรอคเตอร์ ในการพัฒนาแบบแผนการนิเทศแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ ช่วยสร้างทัศนคติทางบวกต่อการนิเทศ และช่วยพัฒนาความรู้ ความสามารถ ทักษะ ในการปฏิบัติการพยาบาลของผู้รับกรณีศึกษา มีความเป็นมิตรช่วยให้ผู้รับกรณีศึกษามีความพึงพอใจมากขึ้น ส่วนความรู้ของผู้นิเทศผลการศึกษา พบว่า มีการพัฒนาความรู้ที่สูงกว่าผู้รับกรณีศึกษา ซึ่งอาจเป็นผลมาจากผู้นิเทศมีประสบการณ์ในการทำงานอย่างน้อย 5 ปี ขึ้นไป และผ่านการฝึกอบรมการนิเทศทางการพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 95.56 โดยมีการเตรียมตัวและศึกษาข้อมูลอย่างละเอียดก่อนทำการนิเทศ เพื่อถ่ายทอดความรู้ให้ผู้อื่นช่วยเสริมสร้างความเข้าใจของตนเองให้ลึกซึ้งยิ่งขึ้นผู้นิเทศมีโอกาสได้ทบทวนและประยุกต์ใช้ความรู้บ่อยครั้งผ่านการสอนผู้อื่น ซึ่งเป็นการนิเทศที่สอดคล้องกับการนิเทศตามแผนของพรอคเตอร์ เพื่อช่วย

พัฒนาความรู้ ทักษะ และความเชี่ยวชาญ ส่งเสริมให้มีการเรียนรู้ มีการสอนที่แนะ โดยผ่านการไตร่ตรอง มีการสะท้อนกลับ และนำการปฏิบัติที่ดีมาใช้ผลการศึกษาที่ได้สอดคล้องกับการวิจัยของ แสงมะลิ พลเวียง¹¹ พบว่า รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมมีผลต่อความรู้ของผู้นิเทศที่เพิ่มขึ้น โดยผู้นิเทศทางการพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการนิเทศทางการพยาบาลหลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) และสอดคล้องกับการวิจัยวัชรีย์ แสงมณี¹² ได้พัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้นตามองค์ประกอบกรณีศึกษาของพรอคเตอร์ พบว่า การนิเทศเพื่อการพัฒนาความรู้และทักษะ การนิเทศเพื่อสนับสนุนเชิงวิชาชีพ และการนิเทศเพื่อปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ ความรู้ของผู้บริหารระดับต้นเกี่ยวกับการนิเทศทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นก่อนและหลังใช้รูปแบบการนิเทศที่พัฒนาขึ้นไม่แตกต่างกัน ส่วนคะแนนความพึงพอใจหลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ หลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการประเมินสมรรถนะด้านการปฏิบัติการของผู้รับกรณีศึกษาหลังใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลผ่านทั้งหมดร้อยละ 100 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะด้านการปฏิบัติการภาพรวม 98.24 คะแนน (S.D=3.62) มีความสอดคล้องกับปัญหาหรือความต้องการและบริบทซึ่งการให้ผู้นิเทศและผู้รับกรณีศึกษาได้เข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการนิเทศ ทำให้ทราบปัญหาและความต้องการของตนเองอย่างแท้จริง ทำให้ตระหนักถึงความสำคัญ รู้สึกเป็นเจ้าของในปัญหา

ร่วมกันเรียนรู้ถึงวิธีการในการจัดการแก้ไขปัญหาของตนเอง ประกอบกับการนิเทศโดยใช้หลักของ พรอคเตอร์ ทำให้เกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติ สามารถนำความรู้ทั้งจากทฤษฎีและประสบการณ์มาสร้างให้เกิดการเรียนรู้ ในขณะที่ปฏิบัติงาน โดยใช้กระบวนการสะท้อนคิด แรงจูงใจ และสัมพันธภาพที่ดี ภายใต้กิจกรรมการนิเทศที่หลากหลาย คล้ายคลึงกับการศึกษา ธนพร แยมสุดา และชนธ์แก้ว ลักษณะงานกุล¹³ ศึกษาความรู้การปฏิบัติการนิเทศทางการพยาบาล และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับความรู้และการปฏิบัติการนิเทศทางการพยาบาลของผู้นิเทศทางการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า พบว่า ผู้นิเทศมีการปฏิบัติการนิเทศทางการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก และสอดคล้องกับงานวิจัยของ บุญญิติผ่านจันทาร และวรรณชนกจันทุม¹⁴ ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการนิเทศงานการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า การพัฒนา รูปแบบการนิเทศทำให้เห็นว่า รูปแบบการนิเทศงานที่พัฒนาขึ้นภายใต้บริบทที่ศึกษา หลังจากนำไปใช้ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น บรรลุผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ได้แก่ ความรู้ทางการพยาบาลในการดูแลตามกลุ่มโรค ทักษะในการปฏิบัติงาน และความพึงพอใจในการปฏิบัติงานหากมีกระบวนการนิเทศกำกับ ติดตามทางคลินิกอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี ทั้งนี้เนื่องจากการนิเทศเป็นกระบวนการที่ผู้นิเทศปฏิบัติต่อผู้รับการนิเทศโดยใช้หลักสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ช่วยเหลือให้ผู้ปฏิบัติงาน ได้มีการพัฒนาความรู้ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ทางคลินิก จึงนำไปสู่ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ

ด้านการติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกพบว่า ตัวชี้วัดการพยาบาลที่บรรลุค่าเป้าหมายมีจำนวน 12 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 66.66 ตัวชี้วัดที่ไม่บรรลุค่า

เป้าหมาย จำนวน 6 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 33.33 ได้แก่

- 1) ร้อยละผู้ป่วย Sepsis ได้รับการประเมิน EWS ค่าซ้ำ
- 2) ร้อยละการคัดกรองผิดพลาดในผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- 3) อุบัติการณ์ผู้ป่วยตกเตียง
- 4) มารดาหลังคลอด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือด
- 5) อัตราการเกิดการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ
- 6) ร้อยละการประเมินความรู้การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดทางการพยาบาลแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในหลายด้าน โดยมีการบรรลุเป้าหมายในสัดส่วนที่สูง ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิภาพของระบบการนิเทศทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังมีความท้าทายที่ต้องได้รับการพัฒนาต่อไปใน 6 ตัวชี้วัดสำคัญที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย อาจมีสาเหตุจากระบบการเฝ้าระวังที่ยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ภาระงานของพยาบาลที่มากเกินไป ความรู้และทักษะในการประเมินอาการอาจยังไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของ สำราญ คำมี¹⁵ ซึ่งพบว่า ทักษะพื้นฐานในการทำงาน เจตคติต่อการปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาลและการได้รับการนิเทศเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลมีผลต่อผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยโครงสร้างด้านกำลังคนมีผลมีและอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการมากที่สุด¹⁶ ระบบที่ยังไม่มีความชัดเจนหรือซับซ้อนเกินไป การขาดเครื่องมือช่วยตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพ ปริมาณผู้ป่วยที่มากเกินไปในช่วงเวลาเร่งด่วน การประเมินความเสี่ยงที่ไม่ครอบคลุมหรือไม่ต่อเนื่อง ระบบการเฝ้าระวังและการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงยังไม่เพียงพอ การสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพและญาติในการดูแลผู้ป่วยยังไม่มีประสิทธิภาพ ขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน การเตรียมความพร้อมของทีมและอุปกรณ์ในการจัดการภาวะฉุกเฉินยังไม่เพียงพอ ความรู้

และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ยังไม่เพียงพอ ตัวชี้วัดที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายทั้ง 6 ตัวมีความเกี่ยวข้องกับการประเมินผู้ป่วย การเฝ้าระวัง และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเป็นประเด็นที่ต้องได้รับการพัฒนาผ่านรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล CHUMPHAE Model โดยเฉพาะในด้านการนิเทศตามแบบแผน ตามแนวคิดของ พรอคเตอร์ ที่เน้นการพัฒนาความรู้และทักษะ และการนิเทศตามมาตรฐานที่เน้นการกำกับติดตามการปฏิบัติตามมาตรฐานแนวทางการพัฒนาการเสริมสร้างความรู้และทักษะพัฒนาโปรแกรมการอบรมเฉพาะทางใช้กรณีศึกษาจากอุบัติการณ์จริงเพื่อการเรียนรู้ร่วมกัน การพัฒนาระบบและเครื่องมือปรับปรุงแนวทางปฏิบัติ และเครื่องมือช่วยตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย พัฒนาระบบเตือนอัตโนมัติหรือระบบช่วยเตือนในการประเมิน รวมไปถึงการเสริมสร้างการนิเทศเชิงคลินิกเพิ่มความถี่และเน้นการนิเทศเฉพาะในประเด็นที่ยังเป็นปัญหา พัฒนาทักษะผู้นิเทศในการสังเกตและให้ข้อมูลย้อนกลับที่มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมการรายงานความเสี่ยงและอุบัติการณ์โดยไม่กล่าวโทษ จัดให้มีการทบทวนอุบัติการณ์อย่างสม่ำเสมอและเรียนรู้ร่วมกันมากขึ้น จะเห็นว่ามีผลลัพธ์ที่พบสามารถใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล

CHUMPHAE Model ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในประเด็นที่ยังเป็นความท้าทาย

ข้อจำกัดของการวิจัย รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นนี้ภายใต้บริบทของโรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น เท่านั้น ไม่สามารถใช้กับโรงพยาบาลในที่อื่นๆ ซึ่งมีบริบทที่แตกต่างกันได้ และการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการนิเทศอาจทำในช่วงเวลาที่จำกัด ทำให้ไม่สามารถติดตามผลลัพธ์ในระยะยาวได้ เช่น ความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการทำงาน หรือผลกระทบต่อตัวชี้วัดคุณภาพในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ ควรผลักดันให้รูปแบบ CHUMPHAE เป็นส่วนหนึ่งของนโยบายคุณภาพของโรงพยาบาล และบรรจุในแผนยุทธศาสตร์ระยะยาว เพื่อความต่อเนื่องและยั่งยืน สนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นทั้งด้านบุคลากร เวลา และงบประมาณ เพื่อให้กระบวนการนิเทศดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในประเด็นตัวชี้วัดที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย พัฒนาระบบการยกย่องชมเชยและให้รางวัลแก่หน่วยงานที่มีผลลัพธ์การนิเทศที่โดดเด่น เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมและความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ

References

1. Sompis Ngaoket, Papassiri Tubsuri, Petchsamorn Meetham, Kanjana Wonginta. Development Outcomes of Registered Nurse's Competency in Mukdahan Hospital. Journal of Sakon Nakhon Hospital. 2023;26(1):101-14. Thai.
2. Phongpan Tana, Kanokrat Sangumpai, Suthisri Trakulsithichoke. Effects of clinical supervision on the application of nursing process in caring of diabetic patients and nurses' satisfaction. J Nurs Health Care. 2017;35(4):52-60. Thai.
3. Attaya Amonprompukdee, Thasuk Junprasert, Amaraporn Surakarn. Nursing supervision: a scoping review. Nurs J Minist Public Health. 2020;30(3):144-57. Thai.

4. Proctor B. Training for the supervision alliance: attitude, skills and intention. In: Cutcliffe JR, Butterworth T, Proctor B, editors. Fundamental themes in clinical supervision. London: Routledge; 2001. p. 25-46.
5. Tipawan Tangwongkit, Suwattana Kerdmuang, Montatip Chaiyasak, Nitjawan Weerawatthanodom, Sasima Pungpotong. Effects of participatory nursing supervision program on the quality of supervision of head nurses in a general hospital, Chainat Province. Nurs J Minist Public Health. 2020;30(2):190-202. Thai.
6. Aniruth Vangchai, Wanchanok Juntachum. Effects of restorative clinical supervision program on happiness at work of registered nurses. J Sakon Nakhon Hosp. 2024;27(1):47-55. Thai.
7. Kanyaporn Chaiyasak, Prakob Thongchip, Netenapa Thepchana. The development of a nursing supervision model to improve the quality of nursing in critical care. Princess Naradhiwas Univ J. 2025;17(1):137-55. Thai.
8. Massarinpron Jooma. The development of a clinical supervision model in newly graduated professional nurses, Nong Khai Hospital [Master's thesis]. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University, School of Nursing; 2021. Thai.
9. Thanyaluk Muenna. Development of nursing supervision model at Pakkhad Hospital, Bueng Kan Province. J Sakon Nakhon Hosp. 2022;25(1):22-33. Thai.
10. Wanchanok Juntachum. Relationship Model between Clinical Supervision and Nursing Outcomes in Intensive Care Units at Tertiary Care Hospitals in the Northeast of Thailand: A Structural Equation Model Analysis. 2023; 26(1): 115-126. Thai.
11. Sangmali Polvieng. Development of Participatory Nursing Supervision Model Sophisai hospital, Buengkan Province. Buengkan Provincial Health Office. [Internet].2023sep. [cited 2024 Aug 17]; Available from:<https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/index.php?fn=detail&sid=229>. Thai.
12. Watcharee Sangmanee. The Development of Nursing Supervision Program Model for the First-Line Manager based on 2P safety: SIMPLE (Medication error, Fall) at a Tertiary Care Hospital in Southern Thailand. Princess of Naradhiwas University Journal.2022; 14(1): 1-16. Thai.
13. Thanaporn Yaemsuda, Khankaew Lukananukul. Knowledge and Practice on Nursing Supervision of Nurse Supervisors in Somdech Phra Pinklao Hospital. RTNA Journal of Social Sciences, Humanities and Education. 2021; 2(1):121-134. Thai.
14. Banyat Phanjungharn, Wanchanok Juntachum. Nursing Supervision Model Development for Cancer Patients Receiving Chemotherapy at Udonthani Cancer Hospital. Journal of Sakon Nakhon Hospital.2022; 25(3): 70-84. Thai.

15. Sumran Khammee. Factors Affecting the Implementation of the Nursing Process of Registered Nurses in Inpatient Wards at University Hospitals. Journal of Nursing and Health Science Research. 2022; 14(2): 233-247. Thai.
16. Thaksin Chaodorn. Factors Affecting Services Quality Development of Accredited Quality Services Community Hospitals, Udonthani Province. Udonthani Hospital Medical Journal. 2019; 27(3): 249-260. Thai.

สมรรถนะการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลตามขั้นตอนการคิดเชิงออกแบบ

กาญจนา เจริญศิริวงศ์* ร.ม. (บริหารจัดการสาธารณสุข), วท.ม (พยาบาลศาสตร์)

อัญชลี จันทาโก** กศ.ด. (วิจัยและพัฒนาหลักสูตร)

(รับ: 20 พฤศจิกายน 2567, แก้ไข: 29 กุมภาพันธ์ 2568, ตอรับ: 17 มีนาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินสมรรถนะการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลตามขั้นตอนการคิดเชิงออกแบบ ในรายวิชาประเด็นและการพัฒนาวิชาชีพพยาบาล วิจัยดำเนินการวิจัย คือ 1) จัดการเรียนการสอนรายวิชาประเด็นและการพัฒนาวิชาชีพทางการพยาบาลด้วยการคิดเชิงออกแบบ 2) ประเมินสมรรถนะการเรียนรู้ของผู้เรียน กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาพยาบาล สถาบันแห่งหนึ่ง จำนวน 108 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบประเมินสมรรถนะการเรียนรู้ของผู้เรียน 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย การทำความเข้าใจปัญหา การกำหนดปัญหา การระดมความคิดแก้ปัญหา การสร้างต้นแบบแก้ปัญหา และการทดสอบต้นแบบ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะการเรียนรู้ตามขั้นตอนการคิดเชิงออกแบบโดยรวม และแต่ละขั้นตอนในระดับมากทุกขั้นตอน ($\bar{x} = 3.89-3.96$, $SD = 0.58-0.67$) โดยสมรรถนะการเรียนรู้ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ขั้นตอนการระดมความคิดแก้ปัญหา และ ขั้นตอนการทดสอบต้นแบบ มีค่าเฉลี่ยเท่ากันในระดับมาก ($\bar{x} = 3.96$, $SD = 0.67$) สมรรถนะการเรียนรู้ที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ขั้นตอนการกำหนดประเด็นปัญหาทางการพยาบาล ($\bar{x} = 3.88$ และ $SD = 0.63$) เมื่อพิจารณาสมรรถนะการเรียนรู้ในแต่ละขั้นตอน พบว่า 1) ขั้นตอนการทำความเข้าใจประเด็นปัญหาทางการพยาบาล ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ สามารถทำความเข้าใจประเด็นปัญหาทางการพยาบาลจากการสัมภาษณ์ ($\bar{x} = 3.99$, $SD = 0.59$) 2) ขั้นตอนการกำหนดประเด็นปัญหาทางการพยาบาล ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ สามารถสรุปประเด็นปัญหาที่หลากหลายได้ ($\bar{x} = 3.92$, $SD = 0.64$) 3) ขั้นตอนระดมความคิดหาแก้ปัญหาทางการพยาบาล ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การเคารพความคิดของผู้อื่น ($\bar{x} = 4.07$, $SD = 0.75$) 4) ขั้นตอนการสร้างต้นแบบ ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ สามารถนำข้อสรุปจากการระดมความคิดมาใช้ในการแก้ปัญหา ($\bar{x} = 3.92$, $SD = 0.64$) และ 5) ขั้นตอนการทดสอบต้นแบบ ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ สามารถนำผลการทดสอบมาปรับปรุงแก้ไขต้นแบบ ($\bar{x} = 3.99$, $SD = 0.69$)

คำสำคัญ: สมรรถนะการเรียนรู้ การคิดเชิงออกแบบ นักศึกษาพยาบาล

* วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, กรุงเทพฯ ประเทศไทย

** วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, กรุงเทพฯ ประเทศไทย

Corresponding author, E-mail: anchalee.ja@ssru.ac.th

Learning Competency of Nursing Students Based on Design Thinking Process

Kanjana Siricharoenwong^{*} M.A. (Public Ad.), M.S. (Nursing)Achalee Jantapo^{**} Ed.D. (Research and Curriculum Development)

(Received: November 20, 2024, Revised: February 29, 2025, Accepted: March 17, 2025)

Abstract

Design thinking is an active learning management approach aimed at enhancing learning competencies in the 21st century. This research aimed to assess the learning competencies of students based on the design thinking process within the subject of nursing issues and professional development. The research methods included: 1) managing the teaching and learning of the course on nursing issues and professional development through design thinking, and 2) assessing the learning competencies of the students. The sample consisted of 108 nursing students, and the research instrument used was an assessment form evaluating learning competencies in the five steps of design thinking: Empathize, Define, Ideate, Prototype, and Test. Data analysis was conducted using descriptive statistics, including mean and standard deviation.

The results of the study revealed that the students demonstrated high-level learning competencies in both the overall design thinking process and in each of the five steps ($\bar{x} = 3.89-3.96$, $SD = 0.58-0.67$). The highest mean values for learning competencies were observed in the steps of brainstorming for problem-solving and testing ($\bar{x} = 3.96$, $SD = 0.67$). The step with the lowest mean value was the "Define" phase of the nursing problem ($\bar{x} = 3.89$, $SD = 0.63$). Further examination of learning competencies in each individual step showed the following results: 1) In the Empathize step, the aspect with the highest mean was the ability to understand nursing issues through interviews ($\bar{x} = 3.99$, $SD = 0.59$). 2) In the Define step, the aspect with the highest mean was the ability to summarize various nursing issues ($\bar{x} = 3.92$, $SD = 0.64$). 3) In the Ideate step, the highest mean was found in the area of respecting others' ideas ($\bar{x} = 4.07$, $SD = 0.75$). 4) In the Prototype step, the highest mean was the ability to apply conclusions from brainstorming to problem-solving ($\bar{x} = 3.92$, $SD = 0.64$). 5) In the Test step, the highest mean was the ability to utilize test results for prototype improvement ($\bar{x} = 3.99$, $SD = 0.69$).

Keywords: Learning Competency, Design Thinking, Nursing Students

* College of Nursing and Health, Suan Sunandha Rajabhat University, Bangkok, Thailand

** College of Nursing and Health, Suan Sunandha Rajabhat University, Bangkok, Thailand

Corresponding author, E-mail: anchalee.ja@ssru.ac.th

บทนำ

การคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking) เป็นการนำกระบวนการคิดที่ให้ความสำคัญกับบุคคล ประกอบกับการใช้เครื่องมือต่างๆ ที่เหมาะสมมาใช้ในการแก้ไขปัญหาและสร้างสรรค์¹ การคิดเชิงออกแบบ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน² คือ 1) Empathize เป็นการทำความเข้าใจต่อกลุ่มบุคคลเป้าหมาย เช่น ผู้รับบริการ วิธีการทำความเข้าใจบุคคลอื่นนั้น ประกอบด้วย การสัมภาษณ์ การสังเกต การสอบถาม การมีส่วนร่วม 2) Define เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากขั้น Empathize มาวิเคราะห์และสังเคราะห์ เลือกเฉพาะข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหา กำหนดให้ชัดเจนว่าจริงๆ แล้วปัญหาที่เกิดขึ้นคืออะไร 3) Ideate เป็นการระดมความคิด สร้างความคิดต่างๆ ให้เกิดขึ้น โดยเน้นการหาแนวคิดและแนวทางในการแก้ไขปัญหาให้มากและหลากหลายที่สุด เพื่อตอบโจทย์ปัญหาที่เกิดขึ้นในขั้นที่สอง 4) Prototype เป็นการสร้างต้นแบบแบบการแก้ปัญหา เนื่องจากความคิดที่ได้ในขั้นที่สามนั้นจะเป็นเพียงความคิด และอาจอยู่ในแผนกระดาษ ซึ่งไม่รู้ว่ามีความเป็นไปได้หรือไม่ ขั้นตอนนี้คือการสร้างผลิตภัณฑ์หรือแนวทางต้นแบบในการแก้ปัญหาที่เป็นรูปธรรม 5) Test เป็นการทดสอบต้นแบบที่สร้างขึ้น กับกลุ่มบุคคลเป้าหมาย เพื่อรับข้อเสนอแนะหรือ Feedback มาใช้ในการพัฒนาปรับปรุงต่อไป

การจัดการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ผู้สอนควรมุ่งสอนเกี่ยวกับกระบวนการแสวงหาความรู้ เพื่อให้ผู้เรียนมีความอยากที่จะเรียนรู้ เกิดการรู้จัก การแก้ปัญหา การคิดสร้างสรรค์ การทำงานร่วมกับผู้อื่น มีทักษะปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เรียนรู้การใช้เทคโนโลยีอย่างสร้างสรรค์ การคิดเชิงออกแบบเป็นแนวทางการจัดการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับหลากหลายวิชา ทำให้

เกิดศักยภาพในการเปลี่ยนแปลงการเรียนรู้ เพื่อพัฒนาผู้เรียนให้พร้อมเรียนรู้สิ่งใหม่และมีความมั่นใจในการรับมือกับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต⁴ สิ่งสำคัญในกระบวนการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 คือ การสร้างสมรรถนะด้านต่างๆ ที่จำเป็นแก่ผู้เรียนอย่างรอบด้าน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน และสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์จากการเรียนรู้ ทั้งนี้ กระทรวงศึกษาธิการ⁵ ได้กำหนดสมรรถนะสำคัญในศตวรรษที่ 21 สำหรับผู้เรียน 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) ความสามารถในการสื่อสาร 2) ความสามารถในการคิด 3) ความสามารถในการแก้ปัญหา 4) ความสามารถในการใช้ทักษะชีวิต 5) ความสามารถในการใช้เทคโนโลยี การคิดเชิงออกแบบเป็นแนวทางหนึ่งในการสร้างเสริมสมรรถนะที่สำคัญในศตวรรษที่ 21 ให้กับนักศึกษา เป็นวิธีการจัดการเรียนรู้เชิงรุก หรือ Active Learning เป็นการเตรียมความพร้อมให้ผู้เรียนได้มีความรู้ ความสามารถ และสมรรถนะสำคัญสำหรับการดำเนินชีวิต ช่วยเสริมสร้างให้ผู้เรียนสามารถนำไปใช้ในการดำรงชีวิต พัฒนาตนเอง สังคม และประเทศชาติต่อไป⁶

สมรรถนะการเรียนรู้ หมายถึง คุณลักษณะ และพฤติกรรมที่บ่งชี้ความสามารถ ความชำนาญในการใช้ความรู้ ความเข้าใจและทักษะที่มีอยู่อย่างเชี่ยวชาญ รวมทั้งรู้วิธีการที่จะทำงานให้สำเร็จ สมรรถนะการเรียนรู้ของผู้เรียนมีความสำคัญ สะท้อนถึงการเรียนรู้ว่าผู้เรียนได้เรียนรู้อะไร มีความสามารถใดที่ได้จากการเรียนรู้ การนำการคิดเชิงออกแบบมาใช้ในการเรียน การสอน จะช่วยให้ผู้เรียนมีความสามารถในการทำ ความเข้าใจ ปัญหาของกลุ่มบุคคลเป้าหมาย มีความสามารถกำหนดปัญหาให้ชัดเจน สามารถระดมความคิดหาแนวทางแก้ปัญหา สามารถสร้างต้นแบบการแก้ปัญหาและ

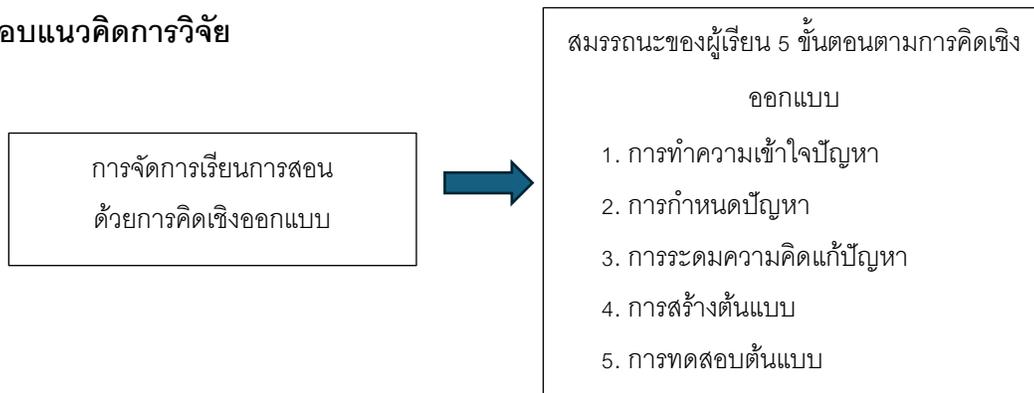
ทดสอบต้นแบบได้ ซึ่งเป็นสมรรถนะสำคัญที่จะนำไปสู่ การแก้ปัญหาได้ตรงประเด็น ตอบสนองความต้องการ ของผู้ใช้อย่างเป็นระบบ สถาบันการศึกษาพยาบาลแห่ง หนึ่ง เล็งเห็นความสำคัญของการนำการคิดเชิงออกแบบ มาใช้ในการเรียนการสอน ในรายวิชาประเด็นและการ พัฒนาวิชาชีพ เพื่อให้นักศึกษามีความรู้ ความเข้าใจใน ประเด็นปัญหาทางการพยาบาล สามารถวิเคราะห์และ สังเคราะห์แนวทางการแก้ปัญหา รวมทั้งสามารถสร้าง ต้นแบบ เพื่อการแก้ปัญหาและทดสอบต้นแบบได้ เมื่อ สิ้นสุดการเรียนการสอนให้ผู้เรียนประเมินสมรรถนะการ

เรียนรู้ของตนเองที่ได้จากการเรียนด้วยการคิดเชิง ออกแบบ ทั้งนี้สมรรถนะของผู้เรียนจะเป็นข้อมูลสะท้อน ให้ผู้สอนใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอน ส่งเสริมผู้เรียนให้มีสมรรถนะการคิดแก้ปัญหาอย่างเป็น ระบบ นำไปใช้ในการดำเนินชีวิตและการทำงานต่อไปได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินสมรรถนะการเรียนรู้ของนักศึกษา ตามขั้นตอนการคิดเชิงออกแบบ ในด้านการทำความเข้าใจปัญหา การกำหนดปัญหา การระดมความคิด แก้ปัญหา การสร้างต้นแบบและการทดสอบต้นแบบ

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

ขอบเขตการวิจัย

1. ด้านประชากร คือ นักศึกษาพยาบาล สถาบันการศึกษาแห่งหนึ่ง ที่ลงทะเบียนเรียนวิชา ประเด็นและการพัฒนางานวิชาชีพ 108 คน
2. ด้านเนื้อหา เป็นการจัดการเรียนการ สอนด้วยกระบวนการคิดเชิงออกแบบ และการประเมิน สมรรถนะการเรียนรู้ของนักศึกษา 5 ขั้นตอนของการคิด เชิงออกแบบ

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

มีการดำเนินการ ดังนี้

1. จัดการเรียนรู้อบรมในรายวิชาประเด็นและการ พัฒนาวิชาชีพด้วยการคิดเชิงออกแบบ ดังนี้
 - สัปดาห์ที่ 1-7 บรรยายแบบมีส่วนร่วมให้ นักศึกษาได้เรียนรู้เกี่ยวกับประเด็นและการพัฒนา วิชาชีพ การใช้กระบวนการคิดเชิงออกแบบ เพื่อการพัฒนา วิชาชีพ ในประเด็นการศึกษา การปฏิบัติการพยาบาล การวิจัยและนวัตกรรม การประกอบอาชีพอิสระ และการ บริหารการพยาบาล

สัปดาห์ที่ 8-14 นักศึกษาดำเนินการศึกษา ประเด็นและการพัฒนาวิชาชีพ จัดเป็นกลุ่มย่อย 5 กลุ่ม ได้แก่ ด้านการศึกษา การปฏิบัติการพยาบาล การวิจัย และนวัตกรรม การประกอบอาชีพอิสระ และการบริหาร การพยาบาล โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาประจำกลุ่มให้ คำแนะนำ ด้วยการนำการคิดเชิงออกแบบ มาประยุกต์ใช้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนได้มีประสบการณ์เรียนรู้จาก สถานการณ์จริง ให้สามารถทำความเข้าใจปัญหา ทางการพยาบาล กำหนดปัญหาที่ชัดเจน ระดมความคิด แก้ปัญหา สร้างต้นแบบและทดสอบต้นแบบได้ จากการ เรียนรู้อย่างเป็นระบบตามขั้นตอนการคิดเชิงออกแบบ

สัปดาห์ที่ 15 นักศึกษานำเสนอผลการศึกษา ประเด็นปัญหาและการพัฒนาวิชาชีพพยาบาล

2. เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบประเมินสมรรถนะ การเรียนรู้ในสัปดาห์ ที่ 16 เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอน โดยให้นักศึกษาประเมินสมรรถนะที่ได้จากการเรียนรู้ ด้วยการคิดเชิงออกแบบ 5 ขั้นตอนคือ 1) การทำความเข้าใจ ปัญหา 2) การกำหนดปัญหาที่ชัดเจน 3) การระดม ความคิดแก้ปัญหา 4) การสร้างต้นแบบการแก้ปัญหา และ 5) การทดสอบต้นแบบเพื่อการปรับปรุง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษา สถาบันการศึกษา พยาบาลแห่งหนึ่ง ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาประเด็นและการพัฒนาวิชาชีพ จำนวน 108 คน ใช้ประชากรเป็นกลุ่ม ตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบประเมินสมรรถนะของผู้เรียนตามการคิด เชิงออกแบบ 5 ขั้นตอน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการเอกสาร ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการคิดเชิงออกแบบ สมรรถนะการ เรียนรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ลักษณะของเครื่องมือ ศึกษาวิจัยเป็นแบบประเมินมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ดังนี้ คะแนน 1-5 โดย 5

หมายถึง สมรรถนะการเรียนรู้ในระดับมากที่สุด และ 1 หมายถึง สมรรถนะการเรียนรู้ในระดับน้อยที่สุด แปลผล สมรรถนะการเรียนรู้ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง นักศึกษามีสมรรถนะการเรียนรู้ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง นักศึกษามีสมรรถนะการ เรียนรู้ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง นักศึกษามีสมรรถนะการเรียนรู้ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง นักศึกษามีสมรรถนะการ เรียนรู้ในระดับน้อย และค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง นักศึกษามีสมรรถนะการเรียนรู้ในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดย ผู้เชี่ยวชาญ 3 คน หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) พิจารณาจากค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป และหาค่าความ เชื่อมั่นของแบบสอบถามเป็นการหาค่าสัมประสิทธิ์ ความเชื่อมั่นของ Cronbach ทั้งฉบับเท่ากับ 0.89

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้ โดยขอความอนุเคราะห์จากสถาบันการศึกษา ในการ เก็บรวบรวมข้อมูลจากนักศึกษากลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเก็บ รวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการประสานกับนักศึกษา ตัวแทนชั้นเรียน ให้นักศึกษาตอบแบบสอบถามใน google form ได้รับคืน 108 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 10

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา เลขที่ COA. 2-045/2024 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล ด้วยตนเอง โดยแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดของ โครงการ วัตถุประสงค์ การดำเนินการวิจัย และ ประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ว่าการตอบแบบประเมินเป็นความสมัครใจ สามารถ ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการหรือถอนตัวออกจากการเข้า

ร่วมโครงการได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเก็บเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมโครงการจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป โดยใช้สถิติร้อยละ ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์สมรรถนะการเรียนรู้

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสมรรถนะการเรียนรู้ของนักศึกษาจากการเรียนรู้ด้วยการคิดเชิงออกแบบรายวิชา ประเด็นและการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล นำเสนอข้อมูล ดังนี้

1. สมรรถนะการเรียนรู้ตามขั้นตอนการคิดเชิงออกแบบโดยรวม และ สมรรถนะการเรียนรู้ 5 ขั้นตอน พบว่าสมรรถนะการเรียนรู้ของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมและทุกขั้นตอนอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.89-3.96$ และ $S.D. = 0.58 - 0.67$) โดยสมรรถนะการเรียนรู้ขั้นตอนที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ สมรรถนะการเรียนรู้ในการระดมความคิดเห็นหาแนวทางในการแก้ปัญหา และ สมรรถนะการเรียนรู้ในขั้นตอน การทดสอบต้นแบบ มีค่าเฉลี่ยเท่ากันในระดับมาก ($\bar{x} = 3.96$ และ $S.D.=0.67$) และขั้นตอนที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ สมรรถนะการเรียนรู้การกำหนดประเด็นปัญหาทางการพยาบาล ($\bar{x}=3.89$ และ $SD = 0.63$)

2. สมรรถนะการเรียนรู้ของนักศึกษาจาก การเรียนรู้ในแต่ละขั้นตอน

1)ขั้นตอนการทำความเข้าใจประเด็นปัญหาทางการพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยสมรรถนะการเรียนรู้ ในขั้นตอนการทำความเข้าใจ

ประเด็นปัญหาทางการพยาบาลโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.87-3.99$ และ $S.D.=0.56-0.59$) โดยที่สมรรถนะการเรียนรู้ในด้านการทำความเข้าใจประเด็นปัญหาทางการพยาบาลจากการสัมภาษณ์ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}=3.99$ และ $SD= 0.59$) ในขณะที่สมรรถนะด้านการทำความเข้าใจประเด็นปัญหาทางการพยาบาลจากการใช้แบบสอบถามมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{x}=3.87$ และ $SD=0.58$)

2) ขั้นตอนกำหนดประเด็นปัญหาทาง การพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยสมรรถนะการเรียนรู้ ในการกำหนดประเด็นปัญหาทางการพยาบาล โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากทุกข้อ ($\bar{x}=3.85-3.92$ และ $S.D.=0.56-0.70$) โดยที่สมรรถนะด้านการสรุปประเด็นปัญหาที่หลากหลายมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}=3.92$ และ $S.D.=0.64$) ในขณะที่สมรรถนะด้านการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาทางการพยาบาลมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{x}=3.85$ และ $S.D.= 0.70$)

3) ขั้นตอนระดมความคิดแก้ปัญหาทางการพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยสมรรถนะการเรียนรู้ในการระดมความคิดแก้ปัญหาทางการพยาบาล โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=3.9 -4.07$ และ $S.D.=0.60-0.75$) โดยที่สมรรถนะด้านการระดมความคิดของผู้อื่นมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}=4.07$ และ $SD= 0.75$) ในขณะที่สมรรถนะด้านการแสดงความคิดเห็นในการแก้ปัญหา มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด เท่ากับสมรรถนะด้านการสรุปแนวทางแก้ปัญหาเพื่อนำไปสร้างต้นแบบ ($\bar{x}=3.91$ และ $SD=0.60$ และ $\bar{x}=3.91$ และ $SD= 0.64$ ตามลำดับ)

4) ขั้นตอนการสร้างต้นแบบการแก้ปัญหาทางการพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยสมรรถนะการเรียนรู้ในการสร้างต้นแบบโดยรวมและรายด้านอยู่

ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.89 - 3.92$ และ $SD = 0.64 - 0.67$) โดยที่สมรรถนะด้านการนำข้อสรุปจากการระดมสมอง มาใช้ในการแก้ไขปัญหา มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 3.92$ และ $SD = 0.64$) ในขณะที่สมรรถนะด้านการให้ข้อเสนอแนะ ต่อต้นแบบที่พัฒนาขึ้นมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{x} = 3.89$ และ $SD = 0.67$)

5) ขั้นตอนการทดสอบต้นแบบ พบว่า

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยสมรรถนะการเรียนรู้ในการ ทดสอบต้นแบบ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.92-3.99$ และ $S.D. = 0.66-0.68$)โดยที่สมรรถนะ ด้านการนำผลการทดสอบมาปรับปรุงแก้ไขต้นแบบมี ค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 3.99$ และ $SD = 0.69$) ในขณะที่ สมรรถนะด้านการทดสอบต้นแบบมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{x} = 3.92$ และ $SD = 0.66$) ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสมรรถนะการเรียนรู้ของนักศึกษาด้วยการคิดเชิงออกแบบ (n = 108)

สมรรถนะการเรียนรู้	\bar{x}	S.D.	แปลผล
1. การทำความเข้าใจประเด็นปัญหาทางการพยาบาล	3.93	0.58	ระดับมาก
1.1 การทำความเข้าใจประเด็นปัญหาทางการพยาบาลจากแบบสอบถาม	3.87	0.58	ระดับมาก
1.2 การทำความเข้าใจประเด็นปัญหาทางการพยาบาลจากการสัมภาษณ์	3.99	0.59	ระดับมาก
1.3 การทำความเข้าใจประเด็นปัญหาทางการพยาบาลจากเอกสาร	3.93	0.56	ระดับมาก
2. การกำหนดประเด็นปัญหาทางการพยาบาล	3.87	0.63	ระดับมาก
2.1 การวิเคราะห์ประเด็นปัญหาทางการพยาบาล	3.85	0.70	ระดับมาก
2.2 การสรุปประเด็นปัญหาที่หลากหลาย	3.92	0.64	ระดับมาก
2.3 การกำหนดปัญหาทางการพยาบาล	3.89	0.56	ระดับมาก
3. การระดมความคิดแก้ปัญหามาตรฐานทางการพยาบาล	3.96	0.67	ระดับมาก
3.1 การแสดงความคิดเห็นในการแก้ปัญหา	3.91	0.60	ระดับมาก
3.2 การยอมรับความคิดเห็นที่หลากหลายจากการระดมความคิด	3.95	0.68	ระดับมาก
3.3 การสรุปแนวทางแก้ปัญหาเพื่อนำไปสร้างต้นแบบ	3.91	0.64	ระดับมาก
3.4 การเคารพความคิดของผู้อื่น	4.07	0.75	ระดับมาก
4. การสร้างต้นแบบการแก้ปัญหาทางวิชาชีพ	3.91	0.66	ระดับมาก
4.1 การนำข้อสรุปจากการระดมความคิดมาในการแก้ไขปัญหาทางวิชาชีพ	3.92	0.64	ระดับมาก
4.2 การให้ข้อเสนอแนะต่อผลงาน/ต้นแบบที่พัฒนาขึ้นได้	3.89	0.67	ระดับมาก
5. การทดสอบต้นแบบ	3.96	0.68	ระดับมาก
5.1 การทดสอบ/ประเมินต้นแบบแนวทางการพัฒนาวิชาชีพ	3.92	0.66	ระดับมาก
5.2 การนำผลการทดสอบ/ประเมินมาปรับปรุงแก้ไขต้นแบบ	3.99	0.69	ระดับมาก
สมรรถนะการเรียนรู้ด้วยกระบวนการคิดเชิงออกแบบโดยรวม	3.93	0.64	ระดับมาก

2. ความคิดเห็นของนักศึกษา เกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยกระบวนการคิดเชิงออกแบบในรายวิชาประเด็นปัญหาและการพัฒนาวิชาชีพ และการนำไปใช้ประโยชน์ ดังนี้

2.1 สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการคิดเชิงออกแบบในรายวิชาประเด็นปัญหาและการพัฒนาวิชาชีพ

- 1) ทำให้มีการทำงานเป็นแบบแผน คิดเป็นกระบวนการ เป็นระบบ
- 2) ได้ฝึกการระดมความคิดแก้ปัญหา คิดเป็นขั้นตอน แก้ปัญหาได้ถูกจุด มีวิธีการแก้ปัญหาหลายวิธี
- 3) เป็นการเรียนรู้ที่นำไปใช้ได้จริง
- 4) ได้เรียนรู้วิธีแก้ปัญหาใหม่ๆ ได้ตรงจุด มีแผนสำรองในการแก้ปัญหา
- 5) มองเห็นวิธีการใหม่ๆ ในการพัฒนานวัตกรรม
- 6) ทำให้มองปัญหาอย่างรอบคอบ หลากแง่มุม
- 7) การคิดเชิงออกแบบเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาวิชาชีพพยาบาล
- 8) ฝึกความคิดสร้างสรรค์ ฝึกกระบวนการ การคิด การแก้ไขปัญหาตลอดจนหาทางออกที่เป็นลำดับขั้นตอน
- 9) ฝึกการเข้าใจผู้อื่น ผู้รับบริการในมุมมองของผู้รับบริการ
- 10) สร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ดีจากการฝึกทำงานเป็นระบบ

2.2 การนำไปใช้ประโยชน์

1) สามารถนำไปใช้ในการวางแผนแก้ปัญหาอื่นๆ ในชีวิตประจำวัน ทั้งการเรียน การทำงาน การพัฒนารูปแบบใหม่ๆ ในหน่วยงานที่ตัวเองปฏิบัติให้

มีคุณภาพยิ่งขึ้น สร้างการเรียนรู้ที่ต่อเนื่อง ถึงแม้จบการเรียนแล้ว

- 2) จะนำกระบวนการคิดเชิงออกแบบไปใช้ในการทำงาน เพื่อให้มีการคิดอย่างมีหลักการและมีความคิดสร้างสรรค์มากขึ้น
- 3) จะนำแนวคิดนี้ใช้ในการพัฒนาตนเอง การทำธุรกิจส่วนตัว พัฒนาอาชีพต่อไป
- 4) ใช้ในการเรียนวิชาอื่นๆ แบบสร้างสรรค์ต่อไป
- 5) นำไปใช้ในการปรับปรุงการบริการผู้ป่วย ใช้กระบวนการ Design Thinking เพื่อพัฒนาวิธีการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการเฉพาะของแต่ละบุคคล เช่น การออกแบบโปรแกรมการฟื้นฟูเฉพาะบุคคล หรือการปรับปรุงขั้นตอนการให้บริการให้ราบรื่นและลดความเครียดของผู้ป่วย

อภิปรายผล

1. จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่านักศึกษาประเมินตนเองว่ามีสมรรถนะการเรียนรู้จากการคิดเชิงออกแบบโดยรวมและทุกขั้นตอนในระดับมาก ทั้งนี้เป็นผลจากการจัดการเรียนการสอนที่กำหนดให้นักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติเรียนรู้เป็นทีมในทุกขั้นตอนของการคิดเชิงออกแบบ ตั้งแต่ขั้นตอนการทำเข้าใจปัญหา เริ่มจากการศึกษาสถานการณ์ปัญหาทางการพยาบาลจากการวิเคราะห์เอกสาร การศึกษาปัญหาทางการพยาบาลจากผู้ที่เกี่ยวข้องหลายฝ่ายด้วยการสัมภาษณ์ การใช้แบบสอบถาม และการสังเกตในสถานที่จริง จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มากำหนดเป็นปัญหาที่ชัดเจน ร่วมกันหาแนวทางการแก้ปัญหาจากการระดมความคิดในทีม นำความคิดมาสร้างเป็นต้นแบบของการแก้ปัญหาและมีการทดสอบต้นแบบกับผู้ที่เกี่ยวข้อง ทำให้นักศึกษาได้เรียนรู้ด้วยตนเองและเรียนรู้จากเพื่อนร่วมทีม เป็นผลให้

นักศึกษาประเมินตนเองว่ามีสมรรถนะการเรียนรู้ในระดับมากทุกขั้นตอน ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของจันทรา แซ่ลิ้ว⁹ และ นฤมล มิมุข⁹ ที่จัดการเรียนการสอนด้วยกระบวนการคิดเชิงออกแบบ พบว่าผู้เรียนมีความสามารถในการคิดสร้างสรรค์ การแก้ปัญหาในระดับดี ทั้งนี้การจัดการเรียนการสอนโดยนำการคิดเชิงออกแบบมาประยุกต์ให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ด้วยตนเอง จากสถานการณ์จริงเป็นการส่งเสริมให้ผู้เรียนได้นำความรู้ ทักษะที่มีอยู่มาใช้ในการแก้ปัญหาตามขั้นตอนให้ได้ผลสำเร็จที่เป็นรูปธรรม กระบวนการเหล่านี้นำไปสู่การพัฒนาสมรรถนะของผู้เรียน⁷

2. จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่านักศึกษาประเมินตนเองในด้านความสามารถในการกำหนดประเด็นปัญหาทางการพยาบาลน้อยที่สุด เมื่อพิจารณาสมรรถนะรายด้านพบว่า ด้านการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาทางการพยาบาล มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าสมรรถนะย่อยอื่นๆ ทั้งนี้ความสามารถด้านการวิเคราะห์ เป็นทักษะที่สำคัญในการแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อน ต้องมีความสามารถในการสังเกตและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบ แจกแจงองค์ประกอบต่างๆ ออกเป็นประเด็นย่อยๆ และหาความสัมพันธ์ของข้อมูลที่แจกแจงนั้น ทักษะการวิเคราะห์ (Analysis) จัดว่าเป็นทักษะการเรียนรู้ขั้นสูง การมีทักษะการคิดวิเคราะห์ที่ดีจะช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นในการตัดสินใจ นำไปสู่ความสามารถในการสังเคราะห์เพื่อกำหนดประเด็นปัญหาทางการพยาบาลได้ต่อไปตามแนวคิด Bloom's Taxonomy¹⁰ ด้วยเหตุนี้สมรรถนะในการกำหนดปัญหาของนักศึกษาจึงมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าผลการประเมินสมรรถนะอื่น ผลการวิจัยที่ได้นี้สอดคล้องกับงานวิจัยของจันทรา แซ่ลิ้ว⁹ ที่จัดการเรียนรู้แบบเชิงรุก (Active Learning) ให้กับนักศึกษาชั้นปีที่ 2 ในรายวิชาการพัฒนาทักษะการคิดสำหรับเด็กปฐมวัย คณะครุศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ พบว่าผู้เรียนมีค่าเฉลี่ยทักษะการคิดสร้างสรรค์ (Creative Skills) และทักษะการคิดแก้ปัญหา (Problem Solving Skills) น้อยกว่าทักษะการทำงานร่วมกัน ทักษะการสื่อสารและทักษะด้านสื่อเทคโนโลยี และสารสนเทศ

3. ผลการวิจัย ในประเด็นการสร้างต้นแบบ (Prototype) ซึ่งเป็นขั้นตอนของการสร้างสิ่งใหม่ พบว่านักศึกษาประเมินตนเองว่ามีความสามารถในการสร้างต้นแบบได้ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นฤมล มิมุข⁹ ที่พบว่า ผลการสร้างนวัตกรรมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่เรียนด้วยการเรียนการสอนแบบผสมผสานโดยใช้กระบวนการคิดเชิงออกแบบ ร่วมกับการเขียนโปรแกรมเชิงจินตภาพอยู่ในระดับดี ทั้งนี้การคิดเชิงออกแบบเป็นการผสมผสานระหว่างการจัดการเรียนรู้ให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง เป็นเครื่องมือส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถคิดแก้ปัญหา สร้างสิ่งใหม่ได้อย่างเป็นระบบด้วยความคิดสร้างสรรค์¹¹

4. งานวิจัยนี้ พบว่า นักศึกษาได้สะท้อนคิดสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการเรียนและนำขั้นตอนการคิดเชิงออกแบบไปปฏิบัติในการทำความเข้าใจประเด็นปัญหาทางวิชาชีพและการระดมความคิดหาแนวทางพัฒนาร่วมกัน ว่าเป็นสิ่งที่นักศึกษาสามารถนำมาใช้ประโยชน์ต่อไปได้ในชีวิตประจำวัน และการทำงานด้วยความคิดอย่างเป็นระบบ ทำให้สามารถนำไปสร้างสรรค์งานใหม่ๆ ได้ สิ่งที่นักศึกษาได้สะท้อนนี้ แสดงถึงการนำการคิดเชิงออกแบบ ไปใช้อย่างต่อเนื่องส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต (Lifelong Learning) ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของการศึกษาที่ผู้เรียนเริ่มต้นเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ด้วยตัวเอง (Self - Initiated Study) เป็นการพัฒนาคูคน โดยไม่ขึ้นกับคุณวุฒิการศึกษาและอายุ ทุกคนสามารถเรียนรู้

ได้ไม่มีที่สิ้นสุด เป็นบุคคลที่มี Growth Mindset พร้อมที่จะเรียนรู้และปรับตัวในทุกสถานการณ์¹²

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

สถานศึกษาทุกระดับสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอน ที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนได้พัฒนาทักษะที่สำคัญในศตวรรษที่ 21 ให้ผู้เรียนได้นำความรู้และทักษะด้านต่างๆ มาฝึกฝนอย่างต่อเนื่องจนเป็นสมรรถนะการเรียนรู้ที่นำไปปรับใช้ในการดำเนินชีวิตและการทำงานในศตวรรษที่ 21 ได้อย่างมีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้ผู้เรียนมีทักษะด้านการคิดวิเคราะห์

ทั้งในด้านการเรียนการสอนตามรายวิชาที่กำหนด และการจัดเป็นกิจกรรมเสริมหลักสูตร เพื่อให้มีสมรรถนะในการแก้ปัญหาที่ดี สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานหรือการดำรงชีวิตประจำวันได้

2. ควรมีการวิจัยเกี่ยวกับผลการจัดการเรียนการสอนโดยใช้การคิดเชิงออกแบบในรายวิชาต่างๆ ต่อสมรรถนะการเรียนรู้ที่สำคัญอื่นๆ ในศตวรรษที่ 21

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ที่สนับสนุนงบประมาณและการทำวิจัยครั้งนี้

References

1. Phasu Decharin. Design Thinking. [Internet]. 2014. [Cited 2024 Sep 18]; Available from: <http://www.bangkokbiznews.com/blog/detail/591915>. Thai.
2. The Stanford d.school Bootcamp Bootleg. An introduction to Design Thinking process guide. [Internet], 2010 [cited 2024 July 20]; Available from: <https://dschoolold.stanford.edu/sandbox/groups/esignresources/wiki/36873/attachments/74b3d/ModeGuideBOOTCAMP2010L.pdf>
3. Nirada Wechnalak. Principles of learning management. Bangkok: Chulalongkorn University Printing.; 2018. Thai.
4. Brown, T. Change by Design. New York: Harper Collins Publisher.; 2009.
5. Ministry of Education. A guide to assessing key competencies of students in basic education according to the Basic Education Core Curriculum B.E. 2008. Bangkok: The National Office of Buddhism Printing.; 2012. Thai.
6. LookExplorer1. Analytical thinking skills. [Internet], 2023. [cited 2024 Sep 20]; Available from: https://www.truelookpanya.com/knowledge/content/93411# google_vignette. Thai.
7. The Royal Institute. Dictionary of Educational Terms (Royal Academy Edition). Bangkok: Royal Academy of Sciences.; 2012. Thai.

8. Chandra Saeliew. Active learning in the subject of developing thinking skills for early childhood, Faculty of Education Chiang Mai Rajabhat University. [Internet],2018. [cited 2024 Sep 23]; Available from: <http://backoffice.thaiedresearch.org/uploads/paper/35a722861a2b3227225c2bb05473b7b2.pdf>. Thai.
9. Narumon Meemook. Effects of blended learning by using Design Thinking Process in Visual Programming to enhance creativity in innovation development of high school students. (Dissertation). Nakhon Pathom: Silpakorn University; 2022. Thai.
10. Saideeg, A. Bloom's Taxonomy, Backward Design, and Vygotsky's Zone of Proximal Development in crafting learning outcomes. International Journal of Linguistics. 2016;8(2):158-186.
11. Goldschmidt, G., & Rodgers, P. A. The Design Thinking approaches of three different groups of Designers Based on Self-reports. Design Studies. 2013;34(4):454-471.
12. Nantchanok Phisuwan. Lifelong Learning. [Internet], 2023. [cited 2024 Sep 23]; Available from: <https://www.su4life.com/content.html?id=134>. Thai.

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบูรณ์

ภัทร์พิชชา ครูทางคะ* ค.ด. (วิธีวิทยาการวิจัยการศึกษา)
พัชชา ไชยสำแดง** พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)
กษิติศ ครูทางคะ*** ค.ม. (วิธีวิทยาการวิจัยการศึกษา)

(รับ: 1 กุมภาพันธ์ 2568, แก้ไข: 27 กุมภาพันธ์ 2568 , ตอรับ: 7 มีนาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ที่มีอายุระหว่าง 12 -15 ปี ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2567 โรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่ง จำนวน 97 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบวัดพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า โดยทดสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาคเท่ากับ 0.82 และ 0.89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และค่าสัมประสิทธิ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัย พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นมีพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์อยู่ในระดับคลั่งไคล้ และมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง โดยพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การใช้สื่อสังคมออนไลน์อาจส่งผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น แม้ว่าความสัมพันธ์จะเป็นในระดับปานกลาง แต่ก็ชี้ให้เห็นถึงการที่พฤติกรรมการใช้สื่อออนไลน์สามารถกระตุ้นหรือเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

คำสำคัญ: พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ภาวะซึมเศร้า นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง

Corresponding E-mail: chai_patcha@hotmail.com

*** ผู้จัดการ โรงเรียนกุลสตรีวิทยานุสรณ์ วิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์

The Relationship between Social Media Usage Behavior and Depression among Lower Secondary School Students at a Private School in Phetchabun Province

Phatpithcha Kruthangka* Ph.D. (Educational Research Methodology)

Patcha Chaisamdaeng** M.N.S. (Pediatric Nursing)

Kasidis Kruthangka*** M.Ed. (Educational Research Methodology)

(Received: February 1, 2025, Revised: February, 27, Accepted: March, 7, 2025)

Abstract

This descriptive research aimed to examine the relationship between social media usage behavior and depression among lower secondary school students at a private school. The sample consisted of 97 students aged 12-15 years, enrolled in the second semester of the 2024 academic year. A systematic random sampling method was used. The research instruments included an assessment of social media usage behavior and the CES-D scale for depression screening, with content validity indices ranging from 0.67 to 1.00. The reliability of the instruments was assessed using Cronbach's alpha coefficients, which were 0.82 and 0.89, respectively. Data analysis was conducted using descriptive statistics and the Spearman rank correlation coefficient.

The results revealed that the students exhibited social media usage behavior at a "fascination" level and experienced depression at a "severe" level. Social media usage behavior was found to have a moderate positive correlation with depression, with statistical significance ($p < 0.01$). These findings suggest that social media usage may impact depression levels among lower secondary school students. Although the correlation was moderate, it indicates that excessive social media usage may contribute to or exacerbate the risk of depression.

Key words: Social Media Usage Behavior, Depression, Lower Secondary School Students

* Lecturer, Faculty of Nursing, Pathumthani University

** Lecturer, School of Nursing, King Mongkut's Institute of Technology Ladkrabang,

Corresponding author, E-mail: chai_patcha@hotmail.com

*** Manager, Kulladiswittayanusorn Wichianburi School, Phetchabun Province

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สื่อสังคมออนไลน์มีบทบาทต่อชีวิตประจำวันมากขึ้นอย่างยิ่งในยุคปัจจุบัน หรือที่เรียกว่าสังคมยุคดิจิทัล (Digital Society) ทำให้เข้าถึงข้อมูลจากทั่วทุกมุมโลกสะดวกรวดเร็วและง่ายมากขึ้น สำหรับในประเทศไทยมีการใช้สื่อสังคมออนไลน์อย่างแพร่หลาย สูงถึงร้อยละ 88.9 ในทุกช่วงกลุ่มวัย โดยกลุ่มที่มีการใช้งานอินเทอร์เน็ตมากที่สุด คือ นักเรียนนักศึกษาที่มีอายุระหว่าง 13 ถึง 17 ปี และมีการใช้สื่อสังคมออนไลน์คิดเป็นร้อยละ 5.7¹ ไม่ว่าจะเป็นด้านความบันเทิง ด้านการเรียน การศึกษา ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการเข้าสังคม² ผ่านแพลตฟอร์มต่างๆ เช่น Facebook, Instagram, Twitter, TikTok และอื่นๆ ซึ่งสื่อเหล่านี้สามารถมีอิทธิพลทั้งในแง่บวกและลบต่อการพัฒนาทางจิตใจและอารมณ์ของผู้ใช้งานทุกช่วงวัยได้

นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น หรือวัยที่มีอายุระหว่าง 12 – 15 ปี เป็นอีกกลุ่มวัยที่มีการใช้สื่อสังคมออนไลน์สูงถึงร้อยละ 75.7³ เป็นวัยที่มักเผชิญกับความท้าทายต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ มีความอ่อนไหวทางอารมณ์ ความเครียดจากการเรียน การรับมือกับความคาดหวังจากผู้ใหญ่ หรือแม้กระทั่งการหาตัวตนในสังคม มีการศึกษาพบว่าเด็กวัยนี้ใช้สื่อสังคมออนไลน์บ่อยจนถึงประจำ และใช้มากกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน เพื่อคุยกับเพื่อนปัจจุบัน และเพื่อนเก่า⁴ เด็กใช้มือถือระหว่างคาบเรียนบ่อยถึงประจำสูงถึงร้อยละ 20.3 และเด็กร้อยละ 42.5 รู้สึกทนไม่ได้ถ้าอยู่คนเดียวโดยไม่มีโทรศัพท์⁵ การใช้สื่อสังคมออนไลน์มักมีทั้งผลกระทบทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ซึ่งการใช้ในเชิงบวกช่วยให้การรับรู้ข่าวสาร ข้อมูลสะดวก ผ่อนคลายความเครียด หรือค้นหาข้อมูลความรู้เพื่อประกอบการเรียนได้ง่ายขึ้น³ นอกจากนี้การใช้สื่อสังคมออนไลน์นับเป็นภัยเงียบสำหรับ

นักเรียน ที่ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย เช่น รู้สึกกล้ามเนื้อ ปวดข้อมือ หรือผลกระทบต่อจิตใจ ที่อาจได้รับข้อมูลหรือประสบการณ์เชิงลบ เช่น การถูกคุกคาม การถูกกลั่นแกล้งออนไลน์ (Cyberbullying) หรือการเปรียบเทียบกับมาตรฐานความงามที่ไม่สมจริงในโลกออนไลน์ อาจทำให้พวกเขา รู้สึกด้อยค่า หรือไม่พอใจในตัวเอง อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตได้^{4,5} ปัญหาดังกล่าวพบมากขึ้นในวัยรุ่นโดยเฉพาะวัยรุ่นตอนต้น

ในปัจจุบันพบว่า มีวัยรุ่นตอนต้นทั่วโลกประสบปัญหาสุขภาพจิตสูงถึงร้อยละ 4.4 และมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 1.4⁶ โดยในประเทศไทย พบวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 32 และมีความเสี่ยงฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 22⁷ อีกทั้งยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากสาเหตุหลายประการ อาทิเช่น การเปลี่ยนแปลงทางฮอโมน ความคาดหวังที่สูงจากสังคมและครอบครัว การถูกกลั่นแกล้ง (Bullying) ในโรงเรียน และในโลกออนไลน์⁸ และยังมีการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของวัยรุ่นทั้งด้านผลกระทบในด้านบวกและลบ โดยเฉพาะในเรื่องของภาวะซึมเศร้า⁹ วัยรุ่นที่ใช้เวลามากเกินไปในการใช้สื่อสังคมออนไลน์มักประสบกับความรู้สึกโดดเดี่ยว ความวิตกกังวล หรือความเครียดจากการเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นบนโลกออนไลน์ หรือจากการได้รับความคิดเห็นเชิงลบ (Cyberbullying) ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้¹⁰

ผู้วิจัยได้ทำการสำรวจเบื้องต้น (Pilot study) ถึงพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบูรณ์ นักเรียนจำนวน 75 คน พบว่า สื่อสังคมออนไลน์ที่เข้าใช้บ่อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ TikTok ร้อยละ 53.33 รองลงมา คือ Instagram ร้อย

วารสารกองการพยาบาล

ละ 50.67 และ YouTube ร้อยละ 40.00 ตามลำดับ ช่วงเวลาที่ใช้งานมากที่สุดคือ ช่วงกลางวัน (19.00 - 24.00 น.) ร้อยละ 52.00 มีการเข้าใช้สื่อสังคมออนไลน์ในวันหยุดนานมากกว่า 6 ชั่วโมง ร้อยละ 64.00 และในวันธรรมดาคือในช่วง 5-6 ชั่วโมง ร้อยละ 48.00 เครื่องมือที่ใช้ในการเข้าสื่อสังคมออนไลน์มากที่สุดคือ โทรศัพท์มือถือ ร้อยละ 100.00 และมีวัตถุประสงค์ในการเข้าสื่อสังคมออนไลน์เพื่อความบันเทิงคลายเครียด ร้อยละ 82.67 จากพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นแสดงให้เห็นถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต หากไม่ได้รับการป้องกันหรือแก้ไข อีกทั้งนักเรียนในโรงเรียนแห่งนี้ส่วนใหญ่ไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่ แต่อาศัยอยู่กับปู่ย่าตายายด้วยความจำเป็นทางสังคมเศรษฐกิจ ทำให้มีปัญหาเรื่องช่องว่างระหว่างวัย (Generation gap) ไม่ว่าจะเป็นปัญหาช่องว่างในการสื่อสารและการจัดการ อาจทำให้เกิดความไม่เข้าใจกันในการอยู่ร่วมกัน ความคาดหวังและความต้องการที่แตกต่างกัน ตลอดจนความแตกต่างในทัศนคติและค่านิยม ประกอบกับเด็กในวัยนี้ถูกเลี้ยงดูและเติบโตขึ้นมาท่ามกลางเทคโนโลยีสื่อใหม่ ทำให้ใช้เวลาอยู่กับเทคโนโลยีสื่อใหม่มากกว่าครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นการใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อพูดคุยกับพ่อแม่ที่ไม่ได้อยู่ในสถานที่ที่สามารถสื่อสารกันได้ พูดคุยกับเพื่อนและทำกิจกรรมบางอย่างไม่ว่าจะเป็นทั้งสาระความบันเทิง แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารต่างๆ ผ่านสื่อสังคมออนไลน์เพิ่มมากขึ้น และจากบททบทวนวรรณกรรมยังพบว่า การใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นเวลานาน มีแนวโน้มมีภาวะการเสพติดการใช้สื่อสังคมออนไลน์¹¹ และยังสามารถทำให้เกิดการเลียนแบบพฤติกรรมที่ได้รับอิทธิพลทางความคิดและอารมณ์ จนทำให้มีปัญหาทางสุขภาพจิตได้¹²

จากที่กล่าวมาข้างต้นพบว่าการใช้สื่อสังคมออนไลน์มีบทบาทอย่างมากในชีวิตประจำวันของเด็ก

และเยาวชน และอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและพัฒนาการทางอารมณ์ได้ จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อเป็นข้อมูลให้กับโรงเรียน ทีมผู้บริหาร ครู และผู้ปกครอง ในการวางแผนกำหนดนโยบายและแนวทางสำหรับการจัดการและป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์อย่างรู้เท่าทัน เพื่อเสริมสร้างสุขภาพจิตที่ดีและช่วยป้องกันปัญหาทางจิตใจในระยะยาวของนักเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ และภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบูรณ์

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบูรณ์

สมมติฐานการวิจัย

พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบูรณ์

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบูรณ์ ผู้วิจัยศึกษาพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของนักเรียนมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหรือไม่ อย่างไร ซึ่งพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์อาจส่งผลกระทบต่อสภาวะทางอารมณ์และจิตใจ¹³

วารสารกองการพยาบาล

รวมถึงภาวะซึมเศร้าของนักเรียนได้ โดยเฉพาะในช่วงวัยรุ่นที่มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพัฒนาการทางสังคมอย่างมาก การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองจึงมีความสำคัญในการทำ ความเข้าใจและหาแนวทางป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ที่มีอายุระหว่าง 12 -15 ปี ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2567 โรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 13 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบูรณ์ ที่มีอายุระหว่าง 12 -15 ปี ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2567 โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม (Inclusion criteria) คือ 1) เป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น 2) สามารถอ่านเข้าใจภาษาไทย และ 3) ยินยอมสมัครใจในการให้ข้อมูล ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ เครจซี่ และมอร์แกน¹⁴ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 97 คน วิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) โดยใช้ลำดับเลขที่ของนักเรียนในแต่ละห้องเรียน หลังจากนั้นทำการสุ่มระยะห่างโดยเริ่มต้นจากการจับสลาก เพื่อให้ได้ลำดับเลขของตัวอย่างที่ใช้สำหรับเก็บข้อมูล ได้หมายเลข 1, 2, 3 และ 5 ในทุก ๆ 5 คน ดังนั้นนักเรียนที่ได้รับการสุ่มในแต่ละห้องเรียน คือ เลขที่ที่ลงท้ายด้วยหมายเลข 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 10, ... ยกเว้นหมายเลข

ที่ลงท้ายด้วยเลข 4 และ 9 จนได้ตัวอย่าง จำนวน 97 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้นที่กำลังศึกษา ปัจจุบันอาศัยอยู่กับใคร เกรดเฉลี่ยภาคเรียนที่ 1/2567 อุปกรณ์ที่ใช้ในการเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ ช่วงเวลาที่เข้าใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ ระยะเวลาที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ทั้งในวันธรรมดาและวันหยุด และวัตถุประสงค์ในการเข้าใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ พัฒนาจากแบบทดสอบของ รศ.นพ.ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ (2556)¹⁵ ข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ 0 คะแนน หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ใช่เลย 1 คะแนน หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่น่าใช่ 2 คะแนน หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นน่าจะใช่ และ 3 คะแนน หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นใช่เลย โดยมีเกณฑ์การแปลความหมายพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 0-10 คะแนน หมายถึง ไม่ติดสื่อสังคมออนไลน์ 11-20 คะแนน หมายถึง คลั่งไคล้ และ 21-30 คะแนน หมายถึง ติดสื่อสังคมออนไลน์¹⁶

ตอนที่ 3 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า โดยเป็นแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Center for Epidemiological Studies-Depression Scale: CES-D) ของสถาบันสุขภาพจิตแห่งสหรัฐอเมริกา ที่ได้รับการแปลเป็นไทยโดย อุมภาพร ตรังคสมบัติ วชิระ ลาภบุญทรัพย์ และ ปิยฉิมพร หะวานนท์ (2540)¹⁷ มาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน

วารสารกองการพยาบาล

คือ 0 คะแนนหมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึก/มีความรู้สึกตามข้อความในประโยคนั้น < 1 วัน 1 คะแนน หมายถึง ท่านมีความรู้สึกตามข้อความในประโยคนั้น 1-2 วัน 2 คะแนน หมายถึง ท่านมีความรู้สึกตามข้อความในประโยคนั้น 3-4 วัน และ 3 คะแนน หมายถึง ท่านมีความรู้สึกตามข้อความในประโยคนั้น 5 - 7 วัน โดยมีเกณฑ์การแปลความหมายระดับภาวะซึมเศร้าออกเป็น น้อยกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน หมายถึง ปกติ 17-21 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง และมากกว่า 21 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของแบบวัดพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องของเนื้อหากับความเหมาะสมของการใช้ภาษา ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ข้อคำถามอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 สำหรับแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า โดยเป็นแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Center for Epidemiological Studies-Depression Scale: CES-D) ของสถาบันสุขภาพจิตแห่งสหรัฐอเมริกา ได้รับการแปลเป็นไทยโดย อุมภาพร ตรังคสมบัติ วชิระลาภานุทรัพย์ และ ปิยฉิมพร หะวานนท์ (2540)¹⁷ และมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือมาแล้ว ผู้วิจัยจึงไม่ได้ดำเนินการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา สำหรับการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ทั้ง 2 แบบสอบถาม ผู้วิจัยได้นำแบบวัดพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าไปทดลองเก็บข้อมูลกับนักเรียนในโรงเรียนเดียวกันแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 30 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ เท่ากับ 0.82 และ 0.89 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี วันที่ 8 มกราคม พ.ศ. 2568 รับรองโครงการวิจัยเลขที่ PTU-REC 029/2567 จึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยอธิบายวัตถุประสงค์และการดำเนินการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงสิทธิในการให้ข้อมูลในแบบสอบถาม ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธไม่เข้าร่วมการวิจัย หรือถอนตัวจากการวิจัยในภายหลัง โดยไม่ส่งผลกระทบต่อกรเรียนและการดำเนินชีวิตใดๆ พร้อมให้ผู้ปกครองกลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามพร้อมให้ลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน และนำเสนอข้อมูลที่ได้เป็นภาพรวม ไม่มีการระบุตัวอย่างเป็นรายบุคคล และจะใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้รับ การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ทำหนังสือถึงติดต่อกับผู้อำนวยการโรงเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย และชี้แจงรายละเอียดวิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง เมื่อผ่านการอนุมัติ ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 โดยเก็บข้อมูลช่วงหลังเสร็จสิ้นการเรียนการสอนในวิชาสุดท้ายของวัน ประมาณ 15.30 - 15.50 น. ให้นักเรียนที่เป็นตัวอย่างวิจัยอยู่ในแต่ละห้องของตนเองและตอบแบบสอบถามพร้อมกัน ผู้วิจัยขอเก็บแบบสอบถามกลับทันที และตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์ จำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 100

วารสารกองการพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ รายละเอียดดังนี้

1. สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistics) คำนวณค่าสถิติพื้นฐานเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของตัวอย่าง ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD) สำหรับการคำนวณระดับพฤติกรรมกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ และภาวะซึมเศร้าใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD)

2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างตัวอย่าง โดยทำการตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ komogorov-sminov test พบว่าพฤติกรรมกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับภาวะซึมเศร้ามีการแจกแจงของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ จึงใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับความสัมพันธ์ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_s) ตามเกณฑ์ของ Cohen (1988)¹⁸ คือ $r_s > 0.50$ ขึ้นไป มีความสัมพันธ์ระดับสูง r_s อยู่ระหว่าง 0.30-0.49 มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง และ r_s อยู่ระหว่าง 0.10-0.29 มีความสัมพันธ์ระดับน้อย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น 97 คน เป็นเพศหญิง 54 คน (ร้อยละ 55.67) เพศชาย 43 คน (ร้อยละ 44.33) อายุเฉลี่ย 13.59 ปี ($SD = 0.95$) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับพ่อแม่ 52 คน (ร้อยละ 53.61) รองลงมา คือ อาศัยอยู่กับปู่ย่าตายาย 40 คน (ร้อยละ 41.24) เกรดเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.51-4.00 จำนวน 57 คน (ร้อยละ 58.76) รองลงมา คือ 3.01-3.50 จำนวน 29 คน (ร้อยละ 29.90) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาที่ 1, 2 และ 3 ใกล้เคียงกัน คือ จำนวน 34, 32 และ 31 คนตามลำดับ (ร้อยละ 35.05, 32.99 และ 31.96)

2. การเข้าใช้สื่อสังคมออนไลน์ของนักเรียน นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นส่วนใหญ่มีการใช้อุปกรณ์เพื่อเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์เป็นโทรศัพท์ 97 คน (ร้อยละ 100.00) มักเข้าใช้ในช่วงกลางวัน (19.00-24.00 น.) 41 คน (ร้อยละ 42.27) ส่วนใหญ่ในวันธรรมดาเข้าใช้เป็นระยะเวลา 5-6 ชั่วโมง 31 คน (ร้อยละ 31.96) ส่วนวันหยุดเข้าใช้เป็นระยะเวลา มากกว่า 6 ชั่วโมง 54 คน (ร้อยละ 55.67) วัตถุประสงค์ที่เข้าใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ส่วนใหญ่ เพื่อความบันเทิงคลายเครียด 78 คน (ร้อยละ 80.41) รองลงมา คือ เพื่อพูดคุยติดต่อสื่อสาร 66 คน (ร้อยละ 68.04) ตามลำดับ และแอปพลิเคชันที่เข้าใช้มากที่สุด คือ TikTok 47 คน (ร้อยละ 48.45) รองลงมา คือ Instagram 40 คน (ร้อยละ 41.24) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความถี่ ร้อยละของพฤติกรรมกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ($n = 97$)

พฤติกรรมกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
อุปกรณ์ในการเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์		
- โทรศัพท์มือถือ	97	100.00
- ไอแพด/แท็บเล็ต	18	18.56
- โน้ตบุ๊ก	11	11.34
- คอมพิวเตอร์ตั้งโต๊ะ	11	11.34

วารสารกองการพยาบาล

พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ช่วงเวลาเข้าใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์		
- ช่วงเช้า (05.00-11.00 น.)	14	14.43
- ช่วงกลางวัน (11.00-16.00 น.)	15	15.46
- ช่วงเย็น (16.00-19.00 น.)	25	25.77
- ช่วงกลางคืน (19.00-24.00 น.)	41	42.27
- ช่วงหลังเที่ยงคืน (00.00-05.00 น.)	2	2.06
ระยะเวลาที่เข้าใช้สื่อสังคมออนไลน์วันธรรมดา		
- น้อยกว่า 2 ชั่วโมง	18	18.56
- 3-4 ชั่วโมง	29	29.90
- 5-6 ชั่วโมง	31	31.96
- มากกว่า 6 ชั่วโมง	19	19.59
ระยะเวลาที่เข้าใช้สื่อสังคมออนไลน์วันหยุด		
- น้อยกว่า 2 ชั่วโมง	4	4.12
- 3-4 ชั่วโมง	18	18.56
- 5-6 ชั่วโมง	21	21.65
- มากกว่า 6 ชั่วโมง	54	55.67
วัตถุประสงค์ในการเข้าใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์		
- ความบันเทิงคลายเครียด	78	80.41
- พุดคุยติดต่อสื่อสาร	66	68.04
- ประโยชน์ทางการศึกษา/เรียนรู้	42	43.30
- ติดตามข้อมูลข่าวสาร	28	28.87
แอปพลิเคชันที่ใช้เป็นส่วนใหญ่		
- TikTok	47	48.45
- Instagram	40	41.24
- YouTube	20	20.62
- Facebook	16	16.49
- Messenger	10	10.31
- Google	8	8.25

3. พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นมีพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในภาพรวมอยู่ในระดับคั้งคั้ง 59 คน (ร้อยละ 60.82) รองลงมา คือ ติดสื่อสังคมออนไลน์ 27 คน (ร้อยละ 27.84) และ ไม่ติดสื่อสังคมออนไลน์ 6 คน (ร้อยละ 11.34) ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามปีที่ 52 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2568

ระดับชั้น พบว่า นักเรียนมีพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์อยู่ในระดับคั้งคั้งทุกชั้น โดยมีมัธยมศึกษาที่ 1 จำนวน 24 คน (ร้อยละ 70.59) มัธยมศึกษาที่ 2 จำนวน 21 คน (ร้อยละ 65.62) และมัธยมศึกษาที่ 3 จำนวน 14 คน (ร้อยละ 15.16) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความถี่ ร้อยละของพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น (n = 97)

ชั้น	จำนวน (คน)	พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์					
		ไม่ติดสื่อสังคมออนไลน์		คลั่งไคล้		ติดสื่อสังคมออนไลน์	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ม. 1	34	2	5.88	24	70.59	8	23.53
ม. 2	32	3	9.38	21	65.62	8	25.00
ม. 3	31	6	19.36	14	45.16	11	35.48
รวม	97	11	11.34	59	60.82	27	27.84

4. ระดับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นมีระดับภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง ($M = 22.45$, $SD = 10.54$) เมื่อวิเคราะห์จำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้า พบว่า นักเรียนมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับ

รุนแรงมากที่สุด 44 คน (ร้อยละ 45.36) รองลงมา คือ ไม่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ 33 คน (ร้อยละ 34.02) และมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง 20 คน (ร้อยละ 20.62) ตามลำดับรายละเอียด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความถี่ ร้อยละของระดับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น (n = 97)

ระดับภาวะซึมเศร้า	จำนวน (n)	ร้อยละ (%)
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ)	33	34.02
มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง	20	20.62
มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง	44	45.36

5. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับภาวะซึมเศร้า

ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่า พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.353$, $p < .001$) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น (n = 97)

รายการ	ภาวะซึมเศร้า		
	ค่าสหสัมพันธ์ (r_s)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์	0.353**	<.001	ปานกลาง

หมายเหตุ: ** $p < .01$, r_s = Spearman's Rho

การอภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ระดับภาวะซึมเศร้า และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบูรณ์ สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ระดับพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ พบว่า นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบูรณ์ มีพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในภาพรวมอยู่ในระดับคลั่งไคล้ ส่วนใหญ่เข้าใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ผ่านโทรศัพท์มือถือในช่วงกลางคืน (19.00-24.00 น.) โดยเข้าใช้สื่อสังคมออนไลน์เฉลี่ยวันธรรมดา 5-6 ชั่วโมง และวันหยุดใช้มากกว่า 6 ชั่วโมง มีวัตถุประสงค์ในการเข้าใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์เพื่อความบันเทิง คลายเครียด เนื่องจากนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นนี้ เป็นกลุ่มคนในยุค Generation Z เกิดมาพร้อมกับโลกที่มีเทคโนโลยีที่แพร่หลาย สามารถเข้าถึงเทคโนโลยีได้ง่ายและตลอดเวลา ทั้งการสืบค้นหาข้อมูล การสื่อสารผ่านโซเชียลมีเดีย หรือเพื่อความบันเทิง นั่นก็เพราะรูปแบบของสังคมผลักดันให้นักเรียนมีการเข้าใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์มากขึ้น อีกทั้งโรงเรียนเอกชนแห่งนี้มีนโยบาย Zero Screen คือ การไม่อนุญาตให้นักเรียนนำโทรศัพท์มาใช้ในโรงเรียน เนื่องจากมีจุดประสงค์ให้นักเรียนได้เรียนอย่างเต็มที่ในช่วงเวลาทำการ จึงอาจส่งผลให้เด็กมีการเข้าใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ในช่วงกลางคืนเพื่อผ่อนคลายจากการเรียนมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ บัญจพร เกื้อนุ้ย (2565)¹⁹ ที่พบว่า นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นส่วนใหญ่ใช้โทรศัพท์มือถือเป็นอุปกรณ์ในการเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์มากที่สุด และเข้าใช้สื่อสังคมออนไลน์จากที่บ้านเฉลี่ย 1 - 8 ชั่วโมงต่อวัน ส่วนใหญ่เข้าใช้สื่อสังคม

ออนไลน์ช่วงเวลา 18.01 - 24.00 น. และจะใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อความบันเทิง ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการใช้เวลาในการเข้าถึงและมีปฏิสัมพันธ์กับสื่อสังคมออนไลน์อย่างต่อเนื่องและมากเกินไป อาจส่งผลกระทบต่อทั้งการเรียนและสุขภาพจิตของนักเรียน เช่น ลดความสามารถในการทำการบ้านหรือเรียนรู้ และเพิ่มความเครียดจากการเปรียบเทียบตัวเองกับผู้อื่นในโลกออนไลน์²⁰ นอกจากนี้ยังอาจทำให้การพัฒนาทักษะทางสังคมลดลง เนื่องจากมีการสื่อสารในรูปแบบออนไลน์มากกว่าการพบปะในชีวิตประจำวัน²¹

2. ระดับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบูรณ์ มีระดับภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยอยู่ในระดับรุนแรง จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 45.36 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นเป็นวัยที่ต้องปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และจิตใจ มีความอ่อนไหวทางอารมณ์ ความเครียดจากการเรียน การรับมือกับความคาดหวังจากผู้ใหญ่ การถูกกลั่นแกล้ง (bullying) ในโรงเรียนและในโลกออนไลน์ ซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้⁷ สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภัสสร จันดีและคณะ (2564)²² ที่พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 65.60 โดยอยู่ในระดับซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 36.90 และสอดคล้องกับการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาเขตอำเภอเมืองเพชรบูรณ์ ของ วรารวรรณ สุทธิประภา และพัชรี ดั่งคำจันทร์ (2567)²³ ที่พบว่านักเรียนมัธยมศึกษาเขตอำเภอเมืองเพชรบูรณ์ มีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 43.60

3. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่า พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์

วารสารกองการพยาบาล

ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($rs = 0.353, p < .001$) แสดงให้เห็นว่า การใช้สื่อสังคมออนไลน์มีผลต่อระดับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบูรณ์ อาจเป็นไปได้ว่าการเข้าใช้สื่อสังคมออนไลน์จะช่วยให้ นักเรียนเกิดความรู้สึกดีและมีความสุขเมื่อได้ใช้งาน สามารถช่วยผ่อนคลายความเครียดได้ และจากการศึกษาของ ประวิตร จันทร์อับ (2561)²⁴ พบว่า พฤติกรรมการใช้เครือข่ายทางสังคมออนไลน์ ก่อให้เกิดผลกระทบด้านอารมณ์หรือภาวะทางจิตใจ ซึ่งส่งผลกระทบต่อความคิด อารมณ์ และความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบ เช่น มีความสุข มีอาการหวาดระแวง อารมณ์หงุดหงิดง่าย เป็นต้น แต่หากมีการใช้สื่อสังคมออนไลน์ติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน อาจทำให้เกิดโรคติดสื่อสังคม หากไม่สามารถควบคุมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของตนเองได้ได้ อาจเป็นสาเหตุของการมีปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น ก้าวร้าว สมาริสั้น และซึมเศร้าตามมาได้ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการที่พฤติกรรมการใช้สื่อออนไลน์สามารถกระตุ้นหรือเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่อยู่ในช่วงพัฒนาการทางจิตใจ การใช้สื่อออนไลน์มากเกินไปอาจทำให้เกิดความคิดที่ผิดปกติกจากการรับรู้ข้อมูลที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกและการตัดสินใจในชีวิตประจำวัน เมื่อมีการเปรียบเทียบกับตัวเองกับผู้อื่นหรือรับข้อมูลที่ทำให้เกิดความเครียดและปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ ได้²⁵ ดังนั้น การใช้สื่อสังคมออนไลน์ในปริมาณที่เหมาะสมและมีการจัดการเวลาอย่างรอบคอบจึงเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิตต่อไป

สรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษาในครั้งนี้ พบว่า พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับ

มัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบูรณ์ ดังนั้น โรงเรียน ผู้บริหาร ครู และผู้ปกครองควรรหาแนวทางร่วมกันในการส่งเสริมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของนักเรียนในทางสร้างสรรค์ ใช้ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม มีความรอบรู้ทางดิจิทัล (Digital literacy) เพื่อลดผลกระทบที่อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ยังเป็นการยืนยันข้อเท็จจริงที่สามารถใช้ในการคัดกรองเฝ้าระวัง รวมทั้งติดตามพฤติกรรมของนักเรียนที่อยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนต้นที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย ด้านการเรียน และด้านสุขภาพจิตของนักเรียนในอนาคต แต่ข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพียงโรงเรียนเดียวเท่านั้น สามารถนำสารสนเทศที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ไปใช้กับในโรงเรียนที่มีบริบทใกล้เคียงกัน สำหรับโรงเรียนอื่นที่สนใจสามารถนำข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของตนเองก่อนทำการศึกษาจริงเพื่อให้ได้สารสนเทศที่เหมาะสมกับบริบทโรงเรียนของตนเองมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

1. ในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 โรงเรียนหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลในการวางแผนและพัฒนาแนวทางการรณรงค์ ส่งเสริม และสร้างความตระหนักรู้ให้นักเรียนใช้สื่อสังคมออนไลน์ได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ รวมถึงโรงเรียนอาจต้องร่วมมือกับผู้ปกครองในการดูแลการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของนักเรียน และโรงเรียนควรมีการติดตามคัดกรองภาวะซึมเศร้าของนักเรียนต่อเนื่องอย่างน้อยทุก 6 เดือน เพื่อติดตาม เฝ้าระวัง และป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาวต่อไป

1.2 โรงเรียนและผู้ปกครอง ต้องร่วมมือกันสร้างค่านิยมในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่เหมาะสม

วารสารกองการพยาบาล

เช่น การกำหนดระยะเวลาและช่วงเวลาที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ให้เหมาะสม ไม่มากเกินไป การหา กิจกรรมอื่นๆ ทำร่วมกับระหว่างโรงเรียนกับครอบครัว เพื่อลดการเข้าใช้สื่อสังคมออนไลน์ เช่น กิจกรรม Holiday school โดยให้ผู้ปกครองกับเด็กมาร่วมทำ กิจกรรมกับโรงเรียนในช่วงวันหยุด เป็นต้น

1.3 โรงเรียนควรร่วมมือกับสถานบริการสุขภาพในชุมชนเพื่อส่งเสริมและปัญหาทางสุขภาพจิต โดยการเพิ่มช่องทางในการให้คำปรึกษา ทั้งกับนักเรียนและผู้ปกครอง ในรูปแบบออนไลน์ เพื่อให้ให้นักเรียนและผู้ปกครองเข้าถึงได้ง่ายและสะดวก รวดเร็ว

2. ในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ และภาวะซึมเศร้าเพิ่มเติม เพื่อนำผลการศึกษามาใช้

เป็นแนวทางร่วมในการส่งเสริมและป้องกันการเกิด ปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาว

2.2 ควรมีการพัฒนาหรือจัดโปรแกรม ส่งเสริมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่เหมาะสม เพื่อให้ ความรู้ ข้อมูลแก่นักเรียนในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ได้อย่างเหมาะสม ป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ในอนาคตต่อไป

2.3 ควรมีการศึกษาสภาวะดังกล่าวของเด็กในหลายช่วงเวลาเพื่อให้ได้สารสนเทศที่สะท้อนถึง ภาวะที่เป็นอยู่จริงของเด็กเนื่องจาก ในงานวิจัยนี้เป็นการเก็บช่วงเวลาเพียงช่วงเดียว ซึ่งเด็กอาจมีภาวะ ความเครียดในช่วงเวลานั้น ๆ อาทิ การเตรียมตัวสอบ การเข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียน เป็นต้น งานวิจัยครั้งต่อไปจึงควรมีการเก็บข้อมูลในหลายช่วงเวลา และนำ สารสนเทศที่ได้มาวิเคราะห์ผลในภาพรวม

References

1. Preedee Nukulsoomprattana. Collection of important statistics and insights of Thai people on the use of Digital and Social media 2024 [Internet]. 2024 Mar 4. [cited 2024 Dec 20]. Available from: URL: <https://www.popticles.com/insight/thailand-digital-and-social-media-stats-2024/>. Thai.
2. Sakdikorn Suwanchareon, Peerapun Pratoomporn, Kritpaphat Tantiamornkul, Suwattana Kerdmuang, Touchchapol Mataradchakul. Behaviors And Effects of Use Social Media Among Senior High School Students, Suphanburi. Community Health Development Quarterly Khon Kaen University, 2021;9(2):111-24. Thai.
3. Chalernpol Chamchan. Teenagers and youth and social media [Internet]. 2020 [cited 2024 Dec 20]. Available: https://www.thaihealthreport.com /th/articles_detail.php?id=64. Thai.
4. Wassana Damdee, Tusana Thaweekoon, Patcharin Nintachan, Relationships of Cyberbullying With Depression And Aggressive Behaviors Among Adolescents In A Province Of Central Region. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health, 2021;35(1):77-90. Thai.
5. Bussaba Suteetor. The Impacts of Social Media on Adolescents. Journal of Public Relations and Advertising, 2021;14(1):34-47. Thai.
6. WHO. Mental health of adolescents [Internet]. 2024. [cited 2025 Mar 13]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

วารสารกองการพยาบาล

7. Unicef. COVID-19 pandemic continues to drive poor mental health among children and young people [Internet]. 2021. [cited 2025 Mar 13]. Available from: <https://www.unicef.org/thailand/press-releases/covid-19-pandemic-continues-drive-poor-mental-health-among-children-and-young-people>
8. Doungrat Koikitcharoen, Somchai Chaiyakot. The Behaviors of Online Social Network Use of Junior High School Students in Phuket Province. *Journal of Graduate Studies in Northern Rajabhat Universities*, 2017;7(13):1-14. Thai.
9. Supawadee Charoenwanit. The Relationship of Cyber-bullying and Academic Achievement, General Health, and Depression in Adolescents in Thailand. *Walailak Journal of Science and Technology (WJST)*, 2018;16(4):231–41. Thai.
10. Angkana Siriumpankul. (2561). Depression And Social Media Behavior. *Panyapiwat Journal*, 2018;10(Special Issue):327-37. Thai.
11. Trongrit Thongmeekhaun, Sakuntala Saetiaw, VarinladaJuntaveemuang, Tipsukon Kitrungrote, Jintaweeoporn Paenkaew. Online social network using behavior among nursing students of Boromarajonanicollege of Nursing, Songkhla. *Journal of Nursing, Siam University* 2020;21:67-77. Thai.
12. Hou Y, Xiong D, Jiang T, Song L, Wang Q. Social media addiction: its impact, mediation, and intervention. *Cyberpsychology: Journal of psychosocial research on cyberspace* 2019;13(1):article4.
13. Savitree Yamsribua, Phatphitcha Kruthangka. The relationship between social media usage and its impact on nursing students at Pathumthani University. *Journal of Nursing Science and Health* 2024;47(4):50-63. Thai.
14. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*. 1970;30(3):607-10.
15. Chanvit Pornnoppadol, Asara Vasupanrajit. Internet addiction. Bangkok: Prayoosanthai Printing Limited Partnership;2015. Thai.
16. Best JW. *Research in Education*. (3rd ed.). New Jersey: Prentice Hall;1977.
17. Umaporn trangkasombat, Vachira Iarpoonsarp, Piyalamporn havanond. CES-D as a screen for depression in adolescents. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* ; 1997; 42(1): 2-13. Thai.
18. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd ed.). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc;1988.

วารสารกองการพยาบาล

19. Panjaporn Kuenui. Social Media Use Behavior and Social Media Literacy Among Students In Changklangprachanukul School Nakhon Si Thammarat Province. *Journal of MCU Nakhondhat*, 2022;9(6):198-211. Thai.
20. Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. Social networking sites and addiction: Ten lessons learned. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2017;14(3):311-27.
21. Berman, J., & Watson, D. The impact of social media on adolescents' mental health: A review. *Journal of Social Media in Society*, 2019;8(1):45-57.
22. Prapatsorn Jandee, Duangjai Vatanasin, Pornpat Hengudomsub. Factors Influencing Depression among Secondary School Students in Extended Educational Opportunity Schools. *Journal of Health and Nursing Research*, 2021;37(1):252-65. Thai.
23. Warawan Suthiprapa, Patcharee Doungkumjun. Prevalence of and factors associated with depression in secondary and high school students in mueang Phetchabun district. *Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong* 2024;8(1): e269891. Thai.
24. Prawit Jun-up. Behavior and aftermath of social media usage of senior High School students in Phitsanulok [dissertation]. Naresuan University; 2017. Thai.
25. Jiang, S. Social media use and its effects on mental health: A systematic review. *Journal of CyberPsychology*, 2021;29(3):123-136.

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดปทุมธานี

ยุภา โปผา*	พยม. (พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
วัชรภรณ์ วงศ์สกุลกาญจน์**	ปร.ด. (อาชีวอนามัยและความปลอดภัย)
ทัศพร ชูศักดิ์***	ปร.ด. (การจัดการบริการสุขภาพ)
พรรณี บัญชรหัตถกิจ****	ส.ด. (สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์)

(รับ: 28 กุมภาพันธ์ 2568, แก้ไข: 30 มีนาคม 2568, ตอรับ: 16 เมษายน 2568)

บทคัดย่อ

ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยเป็นปัญหาสำคัญที่กระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ วัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนจังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่าง 270 คน อายุ 60 ปีขึ้นไป คัดเลือกแบบสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะโภชนาการ แบบสอบถามกิจกรรมทางกายระดับสากล แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินภาวะรู้คิด ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง พบว่า แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะโภชนาการแบบย่อ แบบสอบถามกิจกรรมทางกายระดับสากล และแบบประเมินภาวะรู้คิดบกพร่อง มีค่าระหว่าง เท่ากับ 0.80-1.00 และค่าความเชื่อมั่นที่ทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างลักษณะคล้ายกลุ่มเป้าหมาย 30 คน ด้วยวิธีทดสอบซ้ำ ของแบบประเมินภาวะโภชนาการ กิจกรรมทางกาย และภาวะรู้คิดบกพร่อง ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89, 0.90 และ 0.92 ตามลำดับ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าได้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.71 เก็บข้อมูลระหว่าง เดือนกันยายน ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2567 วิเคราะห์ด้วย สถิติเชิงพรรณนา และ การถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ร้อยละ 16.60 และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศชายมีความเสี่ยงสูงกว่าเพศหญิง 10.95 เท่า ดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วยมีความสัมพันธ์กับ ความเสี่ยงที่ลดลงของการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ร้อยละ 19 กิจกรรมทางกายไม่เพียงพอเพิ่มความเสี่ยง 36.35 เท่า ผลการวิจัยชี้ให้เห็นความสำคัญของการส่งเสริมกิจกรรมทางกายและการควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์เหมาะสม เพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุในชุมชน

คำสำคัญ : ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ผู้สูงอายุ

* นักศึกษาลัทธิสุทธสาธาณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ

Corresponding author: yupa6510@gmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

**** รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

Factors Influencing Sarcopenia Among Older Adults in the Community, Pathum Thani Province

Yupa Phopa*	M.N.S. (Community Nurse Practitioner)
Watcharaporn Wongsakoonkan**	Ph.D. (Occupational Health and Safety)
Thassaporn Chusak***	Ph.D. (Health Service Management)
Panee Banchonhattakit****	Dr.PH (Health Education and Behavioral Science)

(Received: February 28, 2025, Revised: March 30, 2025, Accepted: April 16, 2025)

Abstract

Sarcopenia is a major health concern that negatively affects the quality of life among older adults. This study aimed to examine the factors associated with sarcopenia among community-dwelling older adults in Pathum Thani Province, Thailand. A total of 270 participants aged 60 years and older were selected using a multistage random sampling technique. The research instruments included a general information questionnaire, the Mini Nutritional Assessment (MNA), the Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ), the Thai Geriatric Depression Scale (TGDS), and the Thai Mental State Examination (TMSE). Content validity was evaluated by five experts, with item-objective congruence (IOC) values ranging from 0.80 to 1.00. Reliability testing with a group of 30 individuals with similar characteristics to the study sample using a test-retest method yielded reliability coefficients of 0.89 for the MNA-SF, 0.90 for the GPAQ, and 0.92 for the TMSE. The TGDS showed a KR-20 value of 0.71. Data were collected from September to October 2024 and analyzed using descriptive statistics and logistic regression.

The results revealed that 16.6% of participants had sarcopenia. Statistically significant factors associated with sarcopenia included: being male, which increased the risk by 10.95 times compared to females; each one-unit increase in body mass index (BMI), which was associated with a 19% reduction in the risk of sarcopenia; and insufficient physical activity, which increased the risk by 36.35 times. These findings underscore the importance of promoting physical activity and maintaining a healthy body weight to reduce the risk of sarcopenia among older adults living in the community.

Keywords: Sarcopenia, Older adults

* Doctor of Public Health (Health System Management). Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage. Corresponding author: yupa6510@gmail.com

** Asst. Prof, Faculty of Science and Technology, Valaya Alongkorn Rajabhat University, Pathum Thani

*** Asst. Prof, Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage. Pathum Thani Province

**** Assoc.Prof, Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage. Pathum Thani Province

บทนำ

ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (Sarcopenia) เป็น การสูญเสียมวลกล้ามเนื้อโครงร่าง ความแข็งแรงของ กล้ามเนื้อ และสมรรถภาพทางกาย อันสัมพันธ์กับอายุ ที่เพิ่มขึ้น¹ โดยส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้สูงอายุอย่าง รุนแรง เช่น การเพิ่มความเสี่ยงต่อการล้มและบาดเจ็บ ที่นำไปสู่การรักษาในโรงพยาบาลและการฟื้นฟู สมรรถภาพที่ล่าช้า² ภาวะนี้ยังลดสมรรถภาพการ เคลื่อนไหว เช่น ความเร็วในการเดิน ส่งผลให้การทํากิจวัตรประจำวันลดลงและเพิ่มการพึ่งพาผู้อื่น³ อีกทั้งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในด้าน การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง และเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า⁴ นอกจากนี้ยังสัมพันธ์กับการลดลงของสมรรถภาพทาง สติปัญญาและความจำ ซึ่งลดทอนความสามารถใน การดำเนินชีวิตอย่างอิสระ⁵ และเชื่อมโยงกับอัตราการ เสียชีวิตที่สูงขึ้นในผู้สูงอายุ⁶ การวินิจฉัยภาวะนี้ใช้ เกณฑ์ของ Asian Working Group for Sarcopenia (AWGS) ปี 2019 โดยประเมินจาก 3 องค์ประกอบ หลัก ได้แก่ แรกกกล้ามเนื้อต่ำ (แรงบีบมือต่ำกว่า 28 กิโลกรัมในผู้ชาย และ 18 กิโลกรัมในผู้หญิง) มวล กล้ามเนื้อต่ำ (ดัชนีมวลกล้ามเนื้อต่ำกว่า 7.0 กก./ม² ในผู้ชาย และ 5.7 กก./ม² ในผู้หญิง) และสมรรถภาพ ทางกายต่ำ (ความเร็วในการเดินน้อยกว่า 1.0 เมตร/ วินาที หรือคะแนน Short Physical Performance Battery ต่ำกว่า 9 คะแนน) โดยแบ่งระดับความรุนแรง เป็นมีโอกาสดเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ภาวะมวล กล้ามเนื้อน้อย และภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยรุนแรง¹ ความชุกของภาวะนี้แตกต่างกันตามกลุ่มประชากร โดย ในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนพบความชุกระหว่างร้อยละ 5 ถึงร้อยละ 50 โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 60-70 ปี พบ ร้อยละ 5-13 และสูงถึงร้อยละ 50 ในกลุ่มอายุ 80 ปี ขึ้นไป⁴ ส่วนในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล ความชุกอยู่ที่ร้อยละ 22.6 และสัมพันธ์ กับการลดลงของสมรรถภาพทางกายและการพึ่งพา

ผู้อื่น² ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการเคลื่อนไหวสูง พบว่า ความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยในช่วงแรกไม่มีผู้ใด แสดงอาการ แต่หลังจากติดตาม 8 ปี ความชุกเพิ่มขึ้น เป็น ร้อยละ 13.5⁵ ทั้งนี้ สถานดูแลผู้สูงอายุ ความชุก อาจสูงถึงร้อยละ 40 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่อาศัยในชุมชน⁶

ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยมี หลายด้านที่ส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยปัจจัย ทางชีวภาพ เช่น อายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งสัมพันธ์กับการลดลง ของมวลกล้ามเนื้อและความแข็งแรง โดยเฉพาะในผู้ที่ อายุเกิน 70 ปี รวมถึงเพศชายที่มีความเสี่ยงสูงกว่า เพศหญิงในบางกรณี นอกจากนี้ ภาวะขาดสารอาหาร การบริโภคโปรตีนต่ำ และระดับวิตามินดีที่ไม่เพียงพอ เป็นปัจจัยสำคัญ โดยผู้ที่มีดัชนีมวลกายต่ำกว่า 18.5 มีความเสี่ยงสูงสุด⁶ ปัจจัยด้านพฤติกรรม เช่น การไม่ ออกกำลังกายและพฤติกรรมเนือยนิ่ง เร่งการลดลง ของมวลกล้ามเนื้อ ขณะที่การสูบบุหรี่ส่งผลเสียต่อ ระบบเมตาบอลิซึมของกล้ามเนื้อ⁵ ปัจจัยด้านสุขภาพ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และภาวะข้อเข่าเสื่อม รวมถึงภาวะซึมเศร้าและความบกพร่องทางสติปัญญา เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะนี้ ขณะที่การอักเสบเรื้อรังจาก สาร Tumor Necrosis Factor- α (TNF- α) และ Interleukin-6 (IL-6) เป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่ส่งผล ต่อความเสื่อมของกล้ามเนื้อ^{6,7} การศึกษาพบว่า สภาพแวดล้อมและวิถีชีวิตในแต่ละพื้นที่มีผลต่อ ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย การวิเคราะห์ปัจจัยในชุมชนจึงมีความสำคัญเพื่อ พัฒนากลยุทธ์ป้องกันที่เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่⁷

จังหวัดปทุมธานีมีประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 150,286 คน คิดเป็นร้อยละ 18.14 ของประชากรทั้งหมด มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากปี พ.ศ. 2562 ถึง พ.ศ. 2566⁸ ทำให้ก้าวเข้าสู่ สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ส่งผลให้กลุ่มประชากรนี้ มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย

ซึ่งเป็นภาวะที่สัมพันธ์กับการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ ความแข็งแรง และสมรรถภาพทางกาย นำไปสู่ภาวะ ฟังฟัง หกล้ม บาดเจ็บ และคุณภาพชีวิตที่ลดลงใน ผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ช่องว่างดังกล่าวส่งผลให้ การกำหนดนโยบาย การวางแผนเชิงป้องกัน และการ พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพใน ระดับพื้นที่ยังขาดความชัดเจนและอาจไม่ตรงกับ ความต้องการจริงของประชากรกลุ่มเป้าหมาย ดังนั้น การศึกษาค้นคว้าจึงมีความสำคัญยิ่งในการระบุปัจจัย เสี่ยงของภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในกลุ่มผู้สูงอายุที่ อาศัยในชุมชนจังหวัดปทุมธานี ซึ่งจะพื้นฐานข้อมูล สำคัญในการพัฒนาแนวทางการคัดกรอง การเฝ้า ระวัง และการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้อง กับบริบทท้องถิ่น และสามารถนำไปสู่การยกระดับ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน ที่ผ่านมามีแค่ กล่าวถึงปัจจัยเสี่ยงในภาพรวมของประเทศหรือใน โรงพยาบาล แต่ยังไม่ขาดการศึกษาในบริบทชุมชน เฉพาะพื้นที่ ซึ่งมีความแตกต่างด้านวิถีชีวิต การ บริโภค และพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้น การศึกษานี้จึง มุ่งเน้นการวิเคราะห์ ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะมวล กล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนจังหวัด

ปทุมธานี โดยเฉพาะ เพื่อให้สามารถพัฒนา แนวทาง การคัดกรองและการป้องกันแบบเฉพาะพื้นที่ สอดคล้องกับพฤติกรรม สุขภาวะ และบริบทสังคม ของผู้สูงอายุในพื้นที่จริง ตลอดจน พัฒนาโปรแกรม ส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกในระดับชุมชนได้อย่างตรงจุด อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุใน ระยะเวลา

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะมวล กล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนจังหวัด ปทุมธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวกับภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุใน ชุมชน โดยกำหนดตัวแปรต้น ได้แก่ คุณลักษณะทาง ประชากร ภาวะโภชนาการ กิจกรรมทางกาย ภาวะ ซึมเศร้า และภาวะรู้คิดบกพร่อง ที่มีผลต่อภาวะมวล กล้ามเนื้อน้อยซึ่งเป็นตัวแปรตาม โดยวัดจากมวลกล้ามเนื้อ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และสมรรถภาพทางกาย ดังภาพที่ 1



วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Study) นี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในชุมชนของจังหวัดปทุมธานี จำนวน 150,286 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในชุมชนอย่างน้อย 1 ปี สามารถเดินได้ด้วยตนเอง สามารถฟังและเข้าใจภาษาไทย รวมถึงสื่อสารได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การแยกกลุ่มตัวอย่างออก เป็นผู้ที่มีความพิการของแขนหรือขา มีโรคเรื้อรัง เช่น โรคมะเร็งระยะลุกลาม โรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โรคไตเรื้อรังระยะ 4 และ 5 โรคตับแข็ง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน โรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมได้หรือมีภาวะแทรกซ้อน การให้ยาสแตียรอยด์เรื้อรัง และผู้ใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ (Pacemaker) คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากรโดยใช้สูตรกรณีทราบจำนวนประชากร⁹ โดยสูตรที่ใช้คือ $n = \frac{NZ^2\alpha/2p(1-p)}{[e^2(N-1) + Z^2\alpha/2p(1-p)]}$ n คือ ขนาดตัวอย่างที่ต้องการ N คือขนาดประชากร α คือ ค่าความผิดพลาดที่ยอมรับได้ $Z\alpha/2$ คือ ค่า Confidence coefficient ที่กำหนดให้ $\alpha = 0.05$ ค่า $Z\alpha/2 = 1.96$ p คือ สัดส่วนของตัวแปรที่สนใจ ในการศึกษา p เท่ากับ 0.22 จากการรายงานความชุกของภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยตามเกณฑ์ของ Asian Working Group for Sarcopenia (AWGS-2019) ในประเทศไทย⁷ e คือ ค่าความคลาดเคลื่อนกำหนดไว้เท่ากับ 0.05 หลังจากคำนวณได้ขนาดตัวอย่าง 264 คน ผู้วิจัยปรับเพิ่มจำนวนตัวอย่างเพื่อรองรับกรณีที่มีการตรวจหรือการสูญหายจากการติดตาม ใช้สูตร

ปีที่ 52 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2568

$n_{adj} = n / (1-d)$ ซึ่ง d คืออัตราส่วนการตกสำรวจที่กำหนดไว้ร้อยละ 5 ทำให้ขนาดตัวอย่าง เท่ากับ 278 คน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) ขั้นตอนแรกสุ่มเลือกอำเภอจาก 7 อำเภอในจังหวัดปทุมธานี ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Sampling) อัตราส่วนการสุ่ม 3:1 ได้อำเภอที่ทำการศึกษา 3 อำเภอ ได้แก่ หนองเสือ ธัญบุรี และคลองหลวง เป็นต้น ขั้นตอนที่สองสุ่มเลือกตำบลในแต่ละอำเภอที่ได้จากขั้นตอนแรก โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นเชิง (Stratified Sampling) อำเภอละ 2 ตำบล รวมเป็น 6 ตำบล ได้แก่ รังสิต คลองหก คลองเจ็ด บึงบา บึงสนั่น บึงกาสาม เป็นต้น ขั้นตอนสุดท้ายสุ่มเลือกประชากรจากตำบลที่ได้ในขั้นตอนก่อนหน้า โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีจับสลากแบบไม่ใส่คืน เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่าง 278 คน

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย

1) คุณลักษณะของประชากร ประเมินด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา โรคประจำตัว ยาใช้ประจำ การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ พื้นที่อาศัย ประวัติการหกล้ม น้ำหนัก ส่วนสูง แบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง 2) ภาวะโภชนาการ ประเมินด้วยแบบประเมิน Mini Nutritional Assessment (MNA) แบบสั้น (6 ข้อ) แปลผลคะแนนรวม 12-14 โภชนาการปกติ 8-11 เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร 0-6 ขาดสารอาหาร¹⁰ 3) กิจกรรมทางกาย ประเมินด้วยแบบสอบถามกิจกรรมทางกายระดับสากล (Global Physical Activity Questionnaire: GPAQ) ที่พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก ประกอบด้วยคำถาม 16 ข้อ¹¹ คำนวณค่าพลังงานจากกิจกรรมระดับปานกลางและหนักในหน่วย MET แบ่งเป็นกิจกรรมเพียงพอ (≥ 600 MET-minutes/สัปดาห์) และไม่เพียงพอ (< 600 MET-minutes/สัปดาห์) 4) ภาวะซึมเศร้า ประเมินด้วย

แบบสอบถาม Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข¹¹ ประกอบด้วยคำถาม 30 ข้อ แปลผลคะแนน 0-12 ปกติ 13-18 ซึมเศร้าเล็กน้อย 19-24 ซึมเศร้าปานกลาง 25-30 ซึมเศร้าสูง 5) ภาวะรู้คิดบกพร่องประเมินด้วย แบบทดสอบ Thai Mental State Examination (TMSE)¹² มี 6 ข้อ คำถาม คะแนนเต็ม 30 คะแนน แปลผล <24 คะแนน ถือว่าผิดปกติ 6) การวินิจฉัยภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ประเมินจากเกณฑ์ Asian Working Group for Sarcopenia 2019 โดยประเมินจากความแข็งแรงของกล้ามเนื้อด้วยแรงบีบมือ (Handgrip Strength) ประเมินสมรรถนะทางกายด้วยความเร็วในการเดิน (Gait Speed) และประเมินมวลกล้ามเนื้อโครงร่างด้วยวิธี Bioelectrical Impedance Analysis (BIA) โดยเกณฑ์แรงบีบมือเพศชาย <28 กก. เพศหญิง <18 กก. ความเร็วในการเดิน <1.0 ม./วินาที และค่ามวลกล้ามเนื้อโครงร่าง (RASM) เพศชาย <7.0 กก./ม.² เพศหญิง <5.6 กก./ม.²¹

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) กับผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (Item-Objective Congruence: IOC) ของแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมิน Mini Nutritional Assessment (Short Form) แบบสอบถามกิจกรรมทางกายระดับสากล และแบบประเมินภาวะรู้คิดบกพร่อง มีค่าระหว่าง เท่ากับ 0.80-1.00 ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ได้จากการทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย 30 คน ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบน ตำบลบางปลาจืด อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก โดยใช้วิธีการทดสอบซ้ำ (Test-Retest) ห่างกัน 2 สัปดาห์ พบว่า ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมิน Mini Nutritional Assessment (Short Form)

แบบสอบถามกิจกรรมทางกายระดับสากล และแบบประเมินภาวะรู้คิดบกพร่อง เท่ากับ 0.89, 0.90 และ 0.92 ตามลำดับ ส่วนแบบประเมิน Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) ได้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.71

จริยธรรมการวิจัย ดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขในคน จังหวัดปทุมธานี เลขที่ PPHO-REC 2567/36 เมื่อวันที่ 9 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ที่พึงได้ และผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีชื่อของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยและนำเสนอในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

- 1) เสนอโครงการวิจัยขอรับการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขในคน จังหวัดปทุมธานี
- 2) ทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัยถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานีและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอต่างๆ
- 3) ติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่เพื่อชี้แจงการเก็บข้อมูล
- 4) ดำเนินการเก็บข้อมูลตามแผนที่กำหนดและอธิบายวิธีการเก็บข้อมูลอย่างชัดเจน
- 5) ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลจากแบบสอบถามและการทดสอบ

6) ขอบคุณ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเมื่อเสร็จสิ้น การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ยาที่ใช้ประจำ การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ พื้นที่อาศัย และประวัติการหกล้ม วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา เป็นจำนวน และร้อยละ ส่วนข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ และดัชนีมวลกาย วิเคราะห์เป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลกิจกรรมทางกาย วิเคราะห์โดยจัดกลุ่มระดับกิจกรรมตามเกณฑ์ MET และวิเคราะห์เป็นร้อยละ ข้อมูลด้านภาวะโภชนาการ ภาวะซึมเศร้า และภาวะรู้คิดบกพร่อง วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุ ใช้สถิติการถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ 0.05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยในชุมชนจังหวัดปทุมธานี 278 คน มีผู้เข้าร่วมจริง 270 คน คิดเป็นร้อยละ 97.12 ซึ่งเพียงพอต่อการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า เพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 72.60 สถานภาพสมรส ผู้ที่มีคู่ ร้อยละ 56.30 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือไม่มีการศึกษา ร้อยละ 78.90

มีโรคประจำตัว ร้อยละ 60.00 โดยโรคความดันโลหิตสูงพบมากที่สุด ร้อยละ 60.00 รองลงมาคือ โรคไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน ร้อยละ 49.60 และ 23.70 ตามลำดับ ในส่วนการใช้ยา พบว่า ร้อยละ 60.00 ใช้ยาประจำ โดยยาลดความดันโลหิตสูงใช้มากที่สุด ร้อยละ 60.00 รองลงมาคือ ยาลดคอเลสเตอรอล และยารักษาเบาหวาน ร้อยละ 41.10 และ 17.80 ตามลำดับ ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 78.50 และไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 87.40 และมีกิจกรรมเพียงพอ (≥ 600 MET-min/สัปดาห์) ร้อยละ 55.60 ในขณะที่ ความชุกภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า ร้อยละ 58.10 ของผู้เข้าร่วมการศึกษามีภาวะมวลกล้ามเนื้อปกติ ร้อยละ 25.20 อยู่ในระยะที่มีโอกาสเป็นภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ขณะที่ร้อยละ 16.60 มีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในชุมชน มีอายุเฉลี่ย 67.97 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.01 ดัชนีมวลกายมีค่าเฉลี่ย 24.20 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.63 ภาวะโภชนาการมีเฉลี่ยเท่ากับ 11.71 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.09 สำหรับภาวะซึมเศร้า มีคะแนนเฉลี่ย 4.70 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.60 ส่วนภาวะรู้คิดมีคะแนนเฉลี่ย 25.51 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.07 ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยของผู้สูงอายุในชุมชน พบร้อยละ 16.60 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดปทุมธานี (n=270)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด
อายุ (ปี)	67.97	6.02	60.00	88.00
ดัชนีมวลกาย	24.20	4.63	13.47	39.78
ภาวะโภชนาการ	11.71	2.09	2.00	14.00
ภาวะซึมเศร้า	4.70	4.60	0.00	25.00
ภาวะรู้คิด	25.51	3.07	14.00	30.00

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดปทุมธานี โดยใช้ Bivariate Logistic Regression เบื้องต้นวิเคราะห์ด้วย Simple Logistic Regression เพื่อระบุความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย พบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นหนึ่งปี มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นในการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยถึงร้อยละ 6 (OR = 1.06; 95% CI: 1.01–1.11; p = 0.027) แสดงให้เห็นว่าอายุที่สูงขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีนัยสำคัญทางสถิติในการพัฒนาภาวะนี้ เพศชายมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยมากกว่าหญิงถึง 5.05 เท่า (OR = 5.05; 95%CI: 2.58–9.88; p < 0.001) ดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย มีความสัมพันธ์กับ ความเสี่ยงที่ลดลงในการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ร้อยละ 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 0.81; 95%CI: 0.74–0.88; p < 0.001) คะแนนภาวะโภชนาการที่เพิ่มขึ้น 1 คะแนนลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยได้ ร้อยละ 25 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 0.75; 95%CI: 0.67–0.89; p < 0.001) ผู้มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ มีโอกาสเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยสูงกว่าผู้ที่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอถึง 26.38 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI: 7.92–87.87; p < 0.001) และคะแนนภาวะรู้คิดที่เพิ่มขึ้น 1 คะแนน มีความสัมพันธ์กับ ความเสี่ยงที่ลดลงของภาวะมวล

กล้ามเนื้อน้อย ร้อยละ 11 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 0.89; 95%CI: 0.81–0.98; p = 0.021) ส่วนปัจจัยอื่น เช่น สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว การใช้ยา พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ หรือสูบบุหรี่ พื้นที่อาศัย ประวัติการหกล้ม และภาวะซึมเศร้า ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาร่วมกันในการถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (Multiple Logistic Regression) พบว่า มีเพียงสามปัจจัยที่ยังคงมีผลต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศชายมีโอกาสเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยมากกว่าเพศหญิง 10.95 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (aOR = 10.95; 95%CI: 4.15–28.88; p < 0.001) ดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย มีความสัมพันธ์กับ ความเสี่ยงที่ลดลงของการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ร้อยละ 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (aOR = 0.81; 95%CI: 0.72–0.92; p < 0.001) และผู้ที่มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอมีโอกาสเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย มากกว่าผู้ที่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอถึง 36.35 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (aOR = 36.35; 95%CI: 9.35–141.41; p < 0.001) และเมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ๆ แล้ว ตัวแปรอายุ ภาวะโภชนาการ และภาวะรู้คิดบกพร่อง ไม่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญ ต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยของผู้สูงอายุในชุมชน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ Simple และ Multiple Logistic Regression เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุ

ตัวแปร	Simple Logistic Regression		Multiple Logistic Regression	
	OR (95%CI)	P-value	aOR (95%CI)	P-value
อายุ (ปี)	1.06 (1.01–1.11)	0.027*	1.00 (0.93 – 1.07)	0.983
เพศชาย	5.05 (2.58 – 9.88)	<0.001**	10.95 (4.15 – 28.88)	<0.001**
ดัชนีมวลกาย	0.81 (0.74 - 0.88)	<0.001**	0.81 (0.72 – 0.92)	<0.001**
ภาวะโภชนาการ	0.75 (0.67 - 0.89)	<0.001**	0.82 (0.67 – 1.01)	0.061

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ Simple และ Multiple Logistic Regression เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุ (ต่อ)

ตัวแปร	Simple Logistic Regression		Multiple Logistic Regression	
	OR (95%CI)	P-value	aOR (95%CI)	P-value
กิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ	26.38 (7.92–87.87)	<0.001**	36.35 (9.35 – 141.41)	<0.001**
ภาวะรู้สึกตัวบกพร่อง	0.89 (0.81 - 0.98)	0.021*	1.03 (0.89 – 1.18)	0.700

หมายเหตุ ค่าคงที่ Multiple Logistic Regression เท่ากับ 1.050

OR = Odds ratio, aOR = Adjusted odds ratio, 95%CI = 95% confidence interval

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.05 ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.001

ดังนั้น สรุปได้ว่า ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุคูณ แสดงให้เห็นว่า เพศชาย ดัชนีมวลกายต่ำ และการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอเป็นปัจจัยหลักที่มีผลอย่างอิสระ ต่อการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนจังหวัดปทุมธานี โดยเฉพาะกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีอิทธิพลสูงสุด

การอภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน จังหวัดปทุมธานี โดยผลการวิจัยพบว่า เพศชายมีความเสี่ยงต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยสูงกว่าเพศหญิง (Adjusted OR = 9.42) อภิปรายได้ว่าเนื่องจากปัจจัยทางชีวภาพและฮอร์โมน โดยเฉพาะการลดลงของเทสโทสเตอโรน ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการรักษาและเพิ่มมวลกล้ามเนื้อผ่านการกระตุ้นการสังเคราะห์โปรตีนและลดการสลายกล้ามเนื้อ การลดลงของฮอร์โมนนี้ส่งผลให้มวลกล้ามเนื้อไร้ไขมันลดลงและไขมันในช่องท้องเพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลต่อสมรรถภาพทางกาย¹³ เส้นใยกล้ามเนื้อชนิดที่ 2 ซึ่งมีมากกว่าในเพศชายและมีความไวต่อการลีบเมื่ออายุมากขึ้น ถูกกระทบจากการลดลงของเทสโทสเตอโรน ส่งผลให้เส้นใยชนิดนี้สูญเสียขนาดและความแข็งแรง ความแปรปรวนนี้สัมพันธ์กับการลดลงของดัชนีมวลกล้ามเนื้อและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ¹⁴

นอกจากนี้ ปัจจัยด้านไลฟ์สไตล์ เช่น การออกกำลังกายที่ลดลง และอัตราการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์เป็นต้น ที่สูงขึ้นในเพศชาย เพิ่มความเสี่ยงต่อการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ¹⁵ ในขณะที่เบาหวานชนิดที่ 2 ส่งผลต่อมวลกล้ามเนื้อในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ซึ่งชี้ให้เห็นว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างเบาหวานและสุขภาพของกล้ามเนื้ออาจส่งผลเสียต่อเพศชายมากกว่า¹⁶

นอกจากนี้ ผลการศึกษานี้ พบว่า ค่าดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้นทุก 1 หน่วย สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยลงได้ร้อยละ 19.00 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่แสดงให้เห็นว่าค่าดัชนีมวลกายต่ำมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย เช่น งานวิจัยของ Nguyen et al.¹⁷ พบว่าผู้สูงอายุที่มีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่า 18.5 kg/m² มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะดังกล่าว เนื่องจากค่าดัชนีมวลกายที่ต่ำมักบ่งชี้ถึงการลดลงของมวลกล้ามเนื้อและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ นอกจากนี้ Choi และคณะ¹⁸ ยังระบุว่าความชุกของภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยมีแนวโน้มสูงขึ้นในกลุ่มที่มีค่าดัชนีมวลกายต่ำ เนื่องจากบุคคลเหล่านี้มักมีการบริโภคสารอาหารที่ไม่เพียงพอ ซึ่งส่งผลต่อการรักษามวลกล้ามเนื้อ นอกเหนือจากความสัมพันธ์โดยตรงระหว่างค่าดัชนีมวลกายต่ำและภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยแล้ว งานวิจัยอื่น ๆ ยังได้เน้น

ถึงผลเชิงป้องกันของค่าดัชนีมวลกาย ที่สูงต่อภาวะดั่งกล่าว เช่น งานวิจัยของ Yoo et al.¹⁹ พบว่า ค่าดัชนีมวลกายที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับมวลกล้ามเนื้อที่แข็งแรงขึ้นและอัตราการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยที่ลดลง ซึ่งชี้ให้เห็นว่าผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายสูงกว่าเกณฑ์ปกติอาจมีความสามารถในการป้องกันการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ ข้อมูลนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากการรักษาค่าดัชนีมวลกายให้อยู่ในช่วงที่เหมาะสมอาจเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยและภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้อง

รวมทั้ง การศึกษานี้ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมทางกายต่ำกว่า 600 MET-min ต่อสัปดาห์มีโอกาสเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Adjusted OR = 36.47) สามารถอธิบายได้ว่า การมีกิจกรรมทางกายต่ำในผู้สูงอายุส่งผลให้มวลกล้ามเนื้อและความแข็งแรงลดลง ซึ่งในที่สุดอาจนำไปสู่การพัฒนาภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ผ่านกลไกที่เชื่อมโยงกันหลายประการ งานวิจัยในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมาให้หลักฐานที่น่าเชื่อถือเกี่ยวกับความสัมพันธ์นี้ อย่างเช่นการศึกษาของ Wang et al.²⁰ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมทางกายต่ำมีความแข็งแรงของการทดสอบแรงบีบมือลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งถือเป็นตัวบ่งชี้ที่น่าเชื่อถือของความแข็งแรงของกล้ามเนื้อโดยรวม การศึกษายังเน้นว่าการมีกิจกรรมทางกายลดลงทำให้การทำงานของเมแทบอลิซึมในเซลล์กล้ามเนื้อแย่งลง ซึ่งส่งผลให้สูญเสียมวลกล้ามเนื้อและความแข็งแรง นอกจากนี้ Huh et al.²¹ ชี้ให้เห็นว่าการขาดกิจกรรมทางกายเพิ่มการอักเสบและความผิดปกติของหลอดเลือดเยื่อหุ้ม ซึ่งยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมวลกล้ามเนื้อต่ำ การศึกษาระบุว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีการเคลื่อนไหวมีความเสี่ยงที่จะเกิดมวลกล้ามเนื้อต่ำสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้ง²² ระบุว่า ระดับกิจกรรมทางกายต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อ

ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุ โดยการศึกษาชี้ว่าผู้ที่มีอายุมากและมีกิจกรรมทางกายต่ำมีโอกาสเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยสูงขึ้นอย่างมาก สรุปหลักฐานจากงานวิจัยล่าสุดชี้ให้เห็นว่าการมีกิจกรรมทางกายต่ำในผู้สูงอายุทำให้มวลกล้ามเนื้อและความแข็งแรงลดลง ผ่านกลไก เช่น การทำงานของเมแทบอลิซึมที่เสื่อมลง การอักเสบที่เพิ่มขึ้น และคุณภาพกล้ามเนื้อที่ลดลง ปัจจัยเหล่านี้ร่วมกันนำไปสู่การพัฒนาภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ซึ่งเน้นให้เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเพื่อรักษาสุขภาพกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ

ผลการศึกษานี้พบว่า ตัวแปรอายุ ภาวะโภชนาการ และภาวะรู้คิดบกพร่อง ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนจังหวัดปทุมธานี สามารถอธิบายได้ว่า แม้อายุที่เพิ่มขึ้นจะได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางว่าเกี่ยวข้องกับการเสื่อมของมวลกล้ามเนื้อ แต่ผลการศึกษานี้พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ซึ่งอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุที่แคบ ส่วนใหญ่อยู่ช่วงระหว่าง 60-70 ปี และยังคงสามารถดูแลตนเองได้ ส่งผลให้ความแปรปรวนไม่เพียงพอที่จะตรวจพบความแตกต่างทางสถิติ ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่เสนอว่าภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ควรถูกมองแยกจากอายุโดยตรง โดยอายุไม่แสดงความสัมพันธ์เมื่อพิจารณาพร้อมกับปัจจัยอื่น เช่น โรคประจำตัวและภาวะโภชนาการ²³ ในทำนองเดียวกันมีการศึกษาที่ระบุว่า อายุทางชีวภาพมีความเกี่ยวข้องต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพมากกว่า อายุทางปฏิทิน โดยเฉพาะในกลุ่มที่ยังมีสมรรถภาพดี²⁴ นอกจากนี้ มีการศึกษา พบว่าการมีกิจกรรมทางกายสามารถลดการสูญเสียกล้ามเนื้อที่เกิดตามวัย²⁵ และ อีการศึกษาชี้ว่า ความต้านทานในการสร้างกล้ามเนื้อ (Anabolic

resistance) จากอายุเป็นเพียงหนึ่งในหลายกลไกของภาวะนี้ ซึ่งไม่เพียงพอให้ใช้อายุเป็นตัวทำนายโดยลำพัง²⁶ ดังนั้น แม้อายุจะมีบทบาทในระดับประชากรแต่ไม่สามารถเป็นปัจจัยทำนายที่เป็นอิสระได้ เมื่อพิจารณาพร้อมกับปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ในผู้สูงอายุที่ยังมีสมรรถภาพดี

สำหรับภาวะโภชนาการ แม้คะแนนจากแบบประเมิน MNA จะแสดงแนวโน้มสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ แต่ผลการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ซึ่งอาจสะท้อนข้อจำกัดของเครื่องมือที่เน้นการประเมินจากน้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย และพฤติกรรมการบริโภค โดยไม่ครอบคลุมองค์ประกอบของกล้ามเนื้อโดยตรง ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรูปร่างอ้วนแต่คุณภาพกล้ามเนื้อต่ำ ค่าดัชนีมวลกายที่สูงอาจบ่งภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ทำให้การประเมินภาวะโภชนาการอาจคลาดเคลื่อนได้ ซึ่งมีการศึกษาพบว่าความแม่นยำของ MNA จะเพิ่มขึ้นเมื่อใช้ร่วมกับการประเมินไขมันสะสม หรือการวัดด้วยวิธีวิเคราะห์ความต้านทานไฟฟ้าในร่างกาย²⁷ นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาที่รายงานว่า การใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการผู้สูงอายุฉบับย่อ (Mini nutritional assessment – short form: MNA-SF) ร่วมกับค่ามุมเฟส (Phase angle) ช่วยเพิ่มความแม่นยำในการประเมินภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีโรคร่วมทางเมตาบอลิซึม (Metabolic syndrome)²⁸ ดังนั้น แม้ม NA และ MNA-SF จะเหมาะสำหรับการคัดกรองภาวะโภชนาการโดยรวม แต่การใช้งานในกลุ่มที่มีความเสี่ยงแฝง เช่น ผู้ที่มีรูปร่างอ้วนแต่กล้ามเนื้อลดลง อาจต้องใช้เครื่องมือร่วมเพิ่มเติมเพื่อให้ประเมินได้อย่างแม่นยำและตรงกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น

ในส่วนของ ภาวะรู้คิดบกพร่อง ผลการวิเคราะห์เบื้องต้นพบว่าคะแนนแบบทดสอบ TMSE มีความสัมพันธ์กับภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย แต่เมื่อนำ

ตัวแปรร่วมเข้าสู่แบบจำลองพหุคูณ ความสัมพันธ์ดังกล่าวกลับไม่ปรากฏอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สาเหตุหนึ่งอาจมาจากข้อจำกัดของ TMSE ที่เน้นประเมินภาวะรู้คิดโดยรวม ไม่ครอบคลุมความสามารถเฉพาะด้าน เช่น กระบวนการทางสมองระดับสูงซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับกลไกของการสูญเสียกล้ามเนื้อ มากกว่า²⁹ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะรู้คิดดีและอยู่ในช่วงอายุ 60–70 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่ยังไม่แสดงความเสื่อมทางความคิดอย่างชัดเจน ส่งผลให้คะแนน TMSE กระจัดกระจาย และไม่สามารถสะท้อนความแตกต่างของภาวะรู้คิดได้อย่างแม่นยำ นอกจากนี้ เมื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่สัมพันธ์กับทั้งภาวะรู้คิดและกล้ามเนื้อน้อย เช่น อายุและภาวะโภชนาการ ผลกระทบของ TMSE จะลดลง³⁰ ทั้งนี้ ภาวะรู้คิดอาจส่งผลผ่านทางอ้อม เช่น การลดกิจกรรมทางกายหรือภาวะซึมเศร้า ซึ่งแบบจำลองได้ควบคุมไว้แล้ว

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป การวิจัยนี้พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดปทุมธานี ได้แก่ เพศชาย ดัชนีมวลกาย และการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ โดยเพศชายมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยสูงกว่าเพศหญิงถึง 10.95 เท่า ดัชนีมวลกายที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่ลดลงร้อยละ 18.50 ในขณะที่การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอเพิ่มความเสี่ยงถึง 36.35 เท่า ตัวแปรอื่น เช่น อายุ คะแนนภาวะโภชนาการ และคะแนนภาวะการรู้คิด แม้แสดงแนวโน้มบางประการ แต่ไม่แสดงความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในแบบจำลองหลายตัวแปร

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพัฒนากิจกรรมทางกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะ

กิจกรรมแบบต้านทานหรือกิจกรรมที่เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เพื่อป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย

2. ควรให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกายต่ำเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย และเน้นถึงความสำคัญของโภชนาการที่ดีและการมีกิจกรรมทางกาย

3. ควรมีการตรวจคัดกรองผู้สูงอายุใน

ชุมชนที่มีกิจกรรมทางกายต่ำ เพื่อระบุและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรม

การทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการออกกำลังกายหรือการปรับโภชนาการเฉพาะกลุ่มในการลดความเสี่ยงต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย

References

1. Chen LK, Woo J, Assantachai P, et al. Asian Working Group for Sarcopenia: 2019 consensus update on sarcopenia diagnosis and treatment. *J Am Med Dir Assoc.* 2020;21(3):300–7. doi:10. 1016/j.jamda.2019.12.012.
2. Bertschi D, Kiss CM, Beerli N, et al. Impact of sarcopenia on daily functioning: a cross-sectional study among older inpatients. *Aging Clin Exp Res.* 2022;34: 2041–6.
3. Franzon K, Zethelius B, Cederholm T, et al. The impact of muscle function, muscle mass and sarcopenia on independent ageing in very old Swedish men. *BMC Geriatr.* 2019;19: 153.
4. Iskandar I, Joanny A, Azizan A, et al. The prevalence of sarcopenia and its impact on quality of life in elderly residing in the community. *Malays J Med Health Sci.* 2021;17(Suppl 3):261–6.
5. Teraž K, Marusic U, Kalc M, et al. Sarcopenia parameters in active older adults: an eight-year longitudinal study. *BMC Public Health.* 2023; 23:917.
6. Papadopoulou SK. Sarcopenia: a contemporary health problem among older adult populations. *Nutrients.* 2020;12(5):1293.
7. Sri-on J, Fusakul Y, Kredarunsooksree T, et al. The prevalence and risk factors of sarcopenia among Thai community-dwelling older adults as defined by the Asian Working Group for Sarcopenia (AWGS-2019) criteria. *BMC Geriatr.* 2022;22: 786.
8. Department of Health Service Support. 3 Doctors Know You [Internet]. 2024 Jan 2 [cited 2024 Mar 3]. Available from: <https://3doctor.hss.moph.go.th/main/login>. Thai.
9. Sureepan Worapongsathorn. Sample Size Determination for Health Science Research. Chiang Mai: S. Worapongsathorn; 2021.Thai.
10. Ministry of Public Health. Health Screening and Assessment Guidelines for Older Adults 2021. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2021. Thai.
11. Paravee Musikarat. Physical activity levels and related factors among older adults living in Health Region 2 [Master's thesis]. Phitsanulok: Naresuan University; 2020. Thai.
12. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Manual for Screening and Assessing the Health of Older Adults 2021. Bangkok: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2021.Thai.

13. Guligowska A, Chrzastek Z, Pawlikowski M, Pigłowska M, Pisarek H, Winczyk K, et al. Gonadotropins at advanced age – perhaps they are not so bad? Correlations between gonadotropins and sarcopenia indicators in older adults. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2021; 12:797243. doi:10.3389/fendo.2021.797243.
14. Tanganelli F, Meinke P, Hofmeister F, Jarmusch S, Baber L, Mehaffey S, et al. Type-2 muscle fiber atrophy is associated with sarcopenia in elderly men with hip fracture. *Experimental Gerontology*. 2021;144: 111171. doi:10.1016/j.exger. 2020.111171.
15. Choo YJ, Lee HJ. Prevalence of sarcopenia among the elderly in Korea: A meta-analysis. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*. 2021;54(2):96-102. doi:10.3961/jpmph.21.046.
16. Du Y, Wang Y, Zhang P, Zhong X, Pan T. Analysis of risk factors for the association of sarcopenia in patients with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity*. 2024;17: 1455-66. doi:10.2147/dmso.s446894.
17. Nguyen N, Vu HTT, Hu SH, Lin KC, Nguyễn TX, Huang H. Applying classification and regression tree analysis to identify risks of developing sarcopenia in the older population. *International Journal of Older People Nursing*. 2022;17(6). doi:10.1111/opn.12488.
18. Choi S, Chon J, Lee SA, Yoo MC, Yun Y, Chung SJ, et al. Central obesity is associated with lower prevalence of sarcopenia in older women, but not in men: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*. 2022;22(1). doi:10.1186/s12877-022-03102-7.
19. Yoo MC, Won CW, Soh Y. Association of high body mass index, waist circumference, and body fat percentage with sarcopenia in older women. *BMC Geriatrics*. 2022;22(1):3643. doi:10.1186/s12877-022-03643-x.
20. Wang J, Liu C, Zhang L, Liu N, Wang L, Wu J, et al. Prevalence and associated factors of possible sarcopenia and sarcopenia: Findings from a Chinese community-dwelling old adults' cross-sectional study. *BMC Geriatrics*. 2022;22(1):3286. doi:10.1186/s12877-022-03286-y.
21. Huh Y, Lee SH, Son KY. Difference of the association between low muscle mass and physical inactivity by sex resulting from the choice of the diagnostic criterion for low muscle mass in elderly Koreans. *Geriatrics Gerontology international*. 2022;23(2):71-77. doi:10.1111/ggi.14516.
22. Kornanong Yuenyongchaiwat, Rumpa Boonsinsukh. Sarcopenia and its relationships with depression, cognition, and physical activity in Thai community-dwelling older adults. *Current Gerontology and Geriatrics Research*. 2020;2020: 1-6. doi:10.1155/2020/8041489.
23. Krenzlin H, Schmidt L, Janković D, Schulze C, Brockmann MA, Ringel F, et al. Impact of sarcopenia and bone mineral density on implant failure after dorsal instrumentation in patients with osteoporotic vertebral fractures. *Medicina*. 2022;58(6):748. <https://doi.org/10.3390/medicina58060748>
24. Schlosser KA, Maloney SR, Thielan ON, Prasad T, Kercher KW, Augenstein VA, et al. Sarcopenia in patients undergoing open ventral hernia repair. *American Journal of Surgery*. 2019;85(9):985-91. <https://doi.org/10.1177/000313481908500940>

25. Moosavi D, Vučković I, Kunz H, Lanza IR. Metabolomic response to acute resistance exercise in healthy older adults by 1h-nmr. *PLoS One*. 2024;19(3): e0301037. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0301037>
26. Smeuninx B, McKendry J, Wilson D, Martin U, Breen L. Age-related anabolic resistance of myofibrillar protein synthesis is exacerbated in obese inactive individuals. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2017;102(9):3535–45. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-00869>
27. Yen C, Lee Y, Chang W, Lin P. The mini nutritional assessment combined with body fat for detecting the risk of sarcopenia and sarcopenic obesity in metabolic syndrome. *British Journal of Nutrition*. 2024;1–9. <https://doi.org/10.1017/s0007114524000369>
28. Zhu X, Dong X, Wang L, Lao X, Li S, Wu H. Screening efficacy of pha and mna-sf in different stages of sarcopenia in the older adults in community. *BMC Geriatrics*. 2023;23(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03716-x>
29. Thitipon Yaowaluk, Vorapun Senanarong, Chanin Limwongse, Rasda Boonprasert, Pornpimol Kijsanayotin. Influence of CYP2D6, CYP3A5, ABCB1, APOE polymorphisms and nongenetic factors on donepezil treatment in patients with Alzheimer's disease and vascular dementia. *Pharmacogenomics and Personalized Medicine*. 2019; 12:209–24. <https://doi.org/10.2147/PGPM.S211259>.
30. Liu X, Hou L, Xia X, Liu Y, Zuo Z, Zhang Y, Dong B. Prevalence of sarcopenia in multi-ethnic adults and the association with cognitive impairment: findings from west-china health and aging trend study. *BMC Geriatrics*. 2020;20(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1468-5>

การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลด้านการบริหาร กลุ่มยาความเสี่ยงสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

สุติภรณ์ ณะช้อย*	พย.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่)
มธุรส ณีฐฐารมณ**	พย.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่)
ประณีต ส่งวัฒนา***	ปร.ต. (มานุษยวิทยาการแพทย์)

(รับ: 17 เมษายน 2568, แก้ไข: 20 เมษายน 2568, ตอรับ: 21 เมษายน 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา และประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลด้านการบริหารกลุ่มยาความเสี่ยงสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของ NHMRC¹ เป็นกรอบแนวคิดการพัฒนา 2 ระยะ 1) พัฒนาแนวปฏิบัติ และ 2) การใช้และประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด จบหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางระยะสั้น 4 เดือน 11 คน และผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด 30 คน แนวปฏิบัติที่พัฒนาผ่านการตรวจสอบคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหา CVI=0.91 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการตรวจความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่น ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้แก่ แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ เท่ากับ 0.87 แบบสอบถามความคิดเห็น ความยาก-ง่ายของแนวปฏิบัติ เท่ากับ 0.89 ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ เท่ากับ 0.97 ส่วนแบบประเมินความรู้ของพยาบาลใช้คู่มือ-ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ 0.83 วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Wilcoxon Signed Ranks Test

ผลการวิจัย พบว่า 1. แนวปฏิบัติ ประกอบด้วย 3 หมวด คือ 1) การประเมินรายการยาเพื่อการบริหารยา กลุ่มความเสี่ยงสูงทางหลอดเลือดดำ 2) การพยาบาลตามหลักการบริหารยา กลุ่มเสี่ยงสูงหลายรายการร่วมกันทางหลอดเลือดดำ และ 3) การประเมินและติดตามผลลัพธ์ คือ ตัวชี้วัดการเกิดอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อนหลังการบริหารยา และ 2. การใช้และประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติ พบว่า พยาบาลทุกคนมีความพึงพอใจในระดับมาก แนวปฏิบัติ มีความง่ายมากในการใช้ และสามารถปฏิบัติได้ทั้งหมด ความรู้ของพยาบาลหลังใช้แนวปฏิบัติ สูงกว่าก่อนใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการบริหารยา กลุ่มยาความเสี่ยงสูง ดังนั้นแนวปฏิบัติ นี้สะท้อนการเพิ่มคุณภาพการพยาบาลในการบริหารยา และนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมอื่นได้

คำสำคัญ: กลุ่มยาความเสี่ยงสูง แนวปฏิบัติการพยาบาล ภาวะแทรกซ้อน การวิจัยและพัฒนา

* พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่

Corresponding author E-mail: nnsutipom@gmail.com

** พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

Development and evaluation of nursing practice guidelines for administering high-alert medications in patients with post open-heart surgery at surgical intensive care unit

Sutiporn Nachoy*	MNS. (Adult Nursing)
Mathuros Nattharom**	MNS. (Adult Nursing)
Praneed Songwathana***	Ph.D. (Medical Anthropology)

(Received: April 17, 2025, Revised: April 20, 2025, Accepted: April 21, 2025)

Abstract

This research and development study aimed to develop and evaluate nursing practice guidelines for the administration of high-alert medications in post-open-heart surgery patients in a surgical intensive care unit. The guidelines were developed based on the evidence-based framework of the National Health and Medical Research Council (NHMRC) and implemented in two phases: guideline development and effectiveness evaluation. Participants included 11 registered nurses who completed a four-month specialized short course in cardiac postoperative nursing and 30 patients who had undergone open-heart surgery. The guidelines were validated for content with a Content Validity Index (CVI) of 0.91. Research instruments included questionnaires assessing nurse satisfaction (Cronbach's $\alpha = 0.87$), perceived ease of use ($\alpha = 0.89$), feasibility of implementation ($\alpha = 0.97$), and nurse knowledge assessed using the Kuder-Richardson Formula 20 (KR-20 = 0.83). Data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon Signed Ranks Test.

The developed guidelines comprised three core components: (1) assessment of prescribed high-alert medications for intravenous administration, (2) nursing practices for administering multiple high-alert medications concurrently via intravenous routes, and (3) evaluation and monitoring of clinical outcomes, including the occurrence of medication-related adverse events and complications. Following implementation, all participating nurses reported high satisfaction levels, perceived the guidelines as easy to use, and were able to apply them in practice. Post-intervention knowledge scores were significantly higher than pre-intervention scores ($p < .01$). Notably, no patients experienced medication-related complications. These findings indicate that the guidelines contributed to improving the quality and safety of high-alert medication administration and demonstrate potential for broader application in other postoperative surgical populations.

Key words: nursing practice guidelines, high-alert medications, complications, research and development

* Professional Nurse, Hatyai Hospital, Songkhla, Corresponding author E-mail: nnsutiporn@gmail.com

** Registered Nurse and Advanced Practice Nurse, Hatyai Hospital, Songkhla

*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Hat Yai District, Songkhla Province

บทนำ

ยาความเสี่ยงสูงเป็นกลุ่มยาที่นำมาใช้บ่อยในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด ซึ่งมีภาวะเจ็บป่วยที่ซับซ้อน และต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด¹ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับยากลุ่มความเสี่ยงสูงหลายกลุ่มร่วมกันได้แก่ ยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ ยาต้านการเต้นหัวใจผิดปกติ ยาตีบหลอดเลือด กลุ่มยาบรรเทาอาการรอบกวน อีเล็คโทรไลต์ความเข้มข้นสูง เป็นต้น เพื่อแก้ไขระบบไหลเวียนโลหิตให้กลับมาสภาวะปกติ ป้องกันหรือลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่อาจเกิดได้ เช่น ภาวะปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง ภาวะเลือดออก ภาวะหัวใจถูกกดเฉียบพลัน ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ ภาวะไตวายเฉียบพลัน เป็นต้น³ กลุ่มยาความเสี่ยงสูงมีผลข้างเคียงร้ายแรงต่ออวัยวะสำคัญของร่างกาย เช่น สมอง หัวใจ ตับ ไต เป็นต้น รวมถึงพบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ความเข้ากันไม่ได้ของยา (drug incompatibility) ร้อยละ 15-16.8⁴⁻⁵ หากบริหารยาไม่ถูกต้อง โดยพบความไม่เข้ากันของยาระหว่างบริหารยาอย่างต่อเนื่อง กับยาชนิดระยะเวลาสั้นๆ (bolus) ถึงร้อยละ 26.6 และบริหารยาที่ให้อย่างต่อเนื่องร่วมกันร้อยละ 4.4 และบริหารยาชนิดระยะเวลาสั้นๆ ร่วมกันร้อยละ 68.8⁶ ซึ่งเป็นปฏิกิริยาที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น ที่อาจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงประสิทธิภาพในการรักษา และความเป็นพิษ เช่น การตกตะกอน สีเปลี่ยนไปจากเดิม บางครั้งยาอาจทำให้หมดฤทธิ์ได้ เช่น สภาพความเป็นกรด-ด่างของยาเปลี่ยนแปลงไป และยังทำให้ระคายเคืองของหลอดเลือดดำ เกิดตะกอนอุดตันในหลอดเลือด หรือการอุดตันภายในท่อของชุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็นต้น และบางเหตุการณ์อาจร้ายแรงถึงการสูญเสียชีวิต⁷ ความไม่เข้ากันของยาสามารถป้องกันได้ โดยผู้ปฏิบัติต้องมีความรู้ ความเข้าใจและเทคนิคการบริหารยา เช่น การล้างสายโดยใช้ของเหลว ที่เข้ากันได้ระหว่างบริหารยาร่วมกัน⁸ การเลือกการเข้าถึงหลอดเลือดดำส่วนกลาง หรือผ่านสายสวนแบบหลายลูเมน นอกจากนี้ยังมีการ

กำหนดเวลาการบริหารยา การจัดวางรายการยา การบริหารยาที่ทราบว่าจะเข้ากันไม่ได้ในลูเมนที่แยกจากกัน กำหนดมาตรฐานของการเจือจาง และการบริหารยา โดยมุ่งเน้นไปที่ยาที่เข้ากันไม่ได้ ซึ่งจะช่วยลดผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์⁹

จากการทบทวนเวชระเบียน¹⁰ และระบบงานพบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ 203 ราย ทุกรายได้รับยาที่มีผลเพิ่มการบีบตัวของหัวใจ เช่น dobutamine, dopamine เป็นต้น ยาที่มีผลเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือด เช่น adrenaline, norepinephrine เป็นต้น ยาบรรเทาอาการรอบกวน และยาแก้ไขภาวะความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ และมักมีการบริหารยากลุ่มความเสี่ยงสูงมากกว่า 2 รายการร่วมกันในสายสวนหลอดเลือดดำเดียวกัน เนื่องจากมีจำนวนรายการยามากขณะที่มีจำนวนสายสวนหลอดเลือดดำจำกัด พยาบาลตรวจสอบความเข้ากันได้ของยา โดยใช้ Y-site compatibility chart¹¹ พบประเด็นปัญหาไม่มีข้อมูลแสดง ความเข้มข้นของยาแต่ละรายการ และไม่ครอบคลุมยาทุกรายการที่ใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด นอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาลมีความเริงรีบในการบริหารยาหลายรายการร่วมกันเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย มียาตัวใหม่เพิ่มขึ้น วิธีปฏิบัติงานในการบริหารยาไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ความรู้ที่ได้รับ และมีการสืบค้นการบริหารยากลุ่มยาความเสี่ยงสูงที่ไม่พบบ่งบอกอินเตอร์เน็ต ปรีกษาเภสัชกร และยังพบอุบัติการณ์ความไม่เข้ากันของยา (อุดตันในสายสวน บางส่วน ยาตกตะกอน) 2 ครั้ง

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการบริหารยาความเสี่ยงสูง โดยเฉพาะในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด จากสภาวะของผู้ป่วยมีระบบไหลเวียนโลหิตไม่คงที่ พยาบาลต้องบริหารยาเสี่ยงสูงหลายรายการพร้อมกันผ่าน สายสวนเดียวกัน เนื่องจากช่องทางในการให้ยา และสารน้ำมีจำกัด นอกจากนี้ยังพบว่า

พยาบาลมีความรู้ไม่เพียงพอในการบริหารยาความเสี่ยงสูง¹² อีกทั้ง นโยบายการบริหารจัดการยาความเสี่ยงสูงไม่ชัดเจน ไม่เอื้อต่อผู้ปฏิบัติงาน รวมทั้งมียาตัวใหม่เพิ่มขึ้น ซึ่งต้องเพิ่มพูนความรู้ และทักษะให้แก่ ผู้ปฏิบัติเกี่ยวกับการบริหารยาความเสี่ยงสูงอย่าง สม่าเสมอ และจัดหาทรัพยากรที่เพียงพอ เพื่อส่งเสริม ให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ และเกิดความ ปลอดภัยสูงสุดต่อผู้รับบริการ อีกทั้งเป็นการเสริมสร้าง วัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กร

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาและ ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลด้านการบริหาร กลุ่มยาความเสี่ยงสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนา แนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยทางการแพทย์และ สุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย National Health and Medical Research Council (NHMRC)¹ โดยใช้หลักฐาน เิงประจักษ์ เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารยาแก่ ผู้ป่วยให้เกิดความปลอดภัยสูงสุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลด้านการ บริหารกลุ่มยาความเสี่ยงสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจชนิด เปิด
2. เพื่อศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลด้าน การบริหารกลุ่มยาความเสี่ยงสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัด หัวใจ ชนิดเปิด

กรอบแนวคิดการวิจัย

ใช้แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศ ออสเตรเลีย¹ ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีการบริหารกลุ่มยาความเสี่ยงสูง เพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน และการพยาบาลผู้ป่วย ที่ได้รับการบริหารกลุ่มยาความเสี่ยงสูง ในการพัฒนา แนวปฏิบัติการพยาบาล ด้านการบริหารกลุ่มยาความ เสี่ยงสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดหอผู้ป่วย

วิกฤตศัลยกรรม (Nursing guideline AHAM-OHS) เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการบริหารยา กลุ่มความเสี่ยงสูงหลายรายการ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัย และพัฒนา (Research and Development) นี้ ใช้แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติ ทางคลินิก ของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพ แห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย¹ ดำเนินการเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติ และระยะที่ 2 ทดลองใช้ และประเมินผลกรนำแนวปฏิบัติการ พยาบาลไปใช้ในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ (มกราคม-มีนาคม 2568) มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนตามกรอบแนวคิด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดประเด็น และขอบเขตของ ปัญหา โดยการทบทวนวรรณกรรม สทนากลุ่มพยาบาล ผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด พบประเด็น พยาบาล ขาดความมั่นใจในเรื่องความเข้ากันได้ของกลุ่มยาความ เสี่ยงสูง เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการบริหารยาความเสี่ยง สูงไม่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน ที่ต้องบริหารยาหลายรายการ ร่วมกันในสายสวนเดียวกัน และหน่วยงานยังไม่มีแนว ปฏิบัติการบริหารยาที่ครอบคลุมยาทุกตัวในผู้ป่วย หลังผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดที่ชัดเจน ที่สามารถปฏิบัติเป็น แนวทางเดียวกัน และยังพบอุบัติการณ์สายสวนอุดตัน บางส่วน (partial) และยาขุ่นในสายสวน

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ จำนวน 4 คน ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ทรวงอก เภสัชกร ประจำหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม พยาบาลวิชาชีพที่มี ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ และผู้วิจัย ร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนา Nursing guideline AHAM-OHS

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย และผลลัพธ์ ในการศึกษาครั้งนี้

วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลการใช้ Nursing guideline AHAM-OHS กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด จบหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง 4 เดือน จำนวน 11 คน และผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดที่เข้ารับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม 2568 จำนวน 30 คน กำหนดผลลัพธ์คุณภาพและประสิทธิผลของ Nursing guideline AHAM-OHS คือ ความคิดเห็น ความพึงพอใจ ความรู้ของพยาบาล และ อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนจากการบริหารกลุ่มยาความเสี่ยงสูงทางหลอดเลือดดำ

ขั้นตอนที่ 4 สืบค้นและการประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยสืบค้น และคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เหมาะสมจากตำรา วารสาร งานวิจัยฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ เช่น CINAHL, PubMed, ScienceDirect, The Cochrane Collaboration, Joanna Briggs Institute, Pub Med, Ovid, ThaiLIS, Google Scholar กำหนดช่วงปีสืบค้นระหว่าง พ.ศ. 2563 -2567 โดยใช้คำสำคัญหลักในการสืบค้น คือ high alert drug incompatibility, drug Interactions, postoperative care for open heart surgery, guideline PIV care และหลักการบริหารยาความเสี่ยงสูง แล้วคัดเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ Nursing guideline AHAM-OHS จัดระดับความน่าเชื่อถือ และคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ The Joanna Briggs Institute (JBI)¹³ ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 15 เรื่อง แบ่งเป็นงานวิจัยระดับ 1.b 1 เรื่อง ระดับ 3.b 3 เรื่อง ระดับ 4.a 1 เรื่อง ระดับ 4.b 3 เรื่อง ระดับ 5.a 4 เรื่อง ระดับ 5.b 2 เรื่อง และ ระดับ 5.c 1 เรื่อง

ขั้นตอนที่ 5 ยกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยผู้วิจัยและทีมพัฒนา Nursing guideline AHAM-OHS ดำเนินการรวบรวมข้อสรุปที่ได้จากการคัดเลือกและประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อกำหนดเนื้อหาสาระสำคัญของปฏิบัติการพยาบาลฉบับยกร่าง

ขั้นตอนที่ 6 ตรวจสอบเครื่องมือ และแนวปฏิบัติการพยาบาล ดังนี้ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของ Nursing guideline AHAM-OHS ฉบับยกร่าง โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ ทรวงอก เกสัชกร และอาจารย์พยาบาล พิจารณาความเหมาะสม ความครอบคลุม ความสมบูรณ์ของเนื้อหา และความสอดคล้องระหว่างข้อความกับวัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติ หลังจากนั้นนำ Nursing guideline AHAM-OHS ฉบับยกร่าง ไปปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

ระยะที่ 2 ทดลองใช้ และประเมินผลการนำ Nursing guideline AHAM-OHS ไปใช้ มี 2 ขั้นตอน ตามกรอบแนวคิดต่อจากระยะที่ 1

ขั้นตอนที่ 7 ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ดังนี้ ภายหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลหาดใหญ่ ดำเนินการประชุมพยาบาลผู้ใช้ Nursing guideline AHAM-OHS เพื่อขอความร่วมมือในการนำ Nursing guideline AHAM-OHS ฉบับยกร่าง ทดลองใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด 10 คน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนในการทำวิจัย รายละเอียดของ Nursing guideline AHAM OHS และตอบแบบสอบถามการวิจัย

ขั้นตอนที่ 8 ประเมินผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ในเรื่องคุณภาพ และผลลัพธ์ของ Nursing guideline AHAM-OHS ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1) คิดเห็นของพยาบาลในการใช้ Nursing guideline AHAM-OHS 2) ความพึงพอใจของพยาบาล 3) ความรู้ของพยาบาลหลังใช้แนวปฏิบัติ และ 4) อุบัติการณ์ และ ภาวะแทรกซ้อนจากการบริหารกลุ่มยา ความเสี่ยงสูงทางหลอดเลือดดำ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม 20 คน และผู้ป่วยหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม กลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ เป็นพยาบาลวิชาชีพ จบหลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทาง 4 เดือน และให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด 11 คน และผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดทุกราย ที่เข้ารับการดูแล ในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ในระหว่างเดือนมกราคมถึงมีนาคม 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ Nursing guideline AHAM-OHS ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ และประเมินคุณภาพตามเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์¹³ 15 เรื่อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลในการใช้ Nursing guideline AHAM-OHS ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในด้านความยาก-ง่าย และด้านความเป็นไปได้ ในการนำไปใช้ 19 ข้อ เป็นแบบลิเกิต ค่าคะแนน 1-4 ประเมิน ด้านความยาก-ง่าย มีค่าคะแนน และความหมาย ดังนี้ 1 คะแนน ปฏิบัติในหัวข้อนั้นยากมาก 2 คะแนน ปฏิบัติในหัวข้อนั้นยาก 3 คะแนน ปฏิบัติในหัวข้อนั้นง่าย และ 4 คะแนน ปฏิบัติในหัวข้อนั้นง่ายมาก ส่วนการประเมินด้านความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ มีค่าคะแนน และความหมาย ดังนี้ 1 คะแนน ปฏิบัติในหัวข้อนั้นไม่ได้ 2 คะแนน ปฏิบัติในหัวข้อนั้นได้ บางส่วน 3 คะแนน ปฏิบัติในหัวข้อนั้นได้เกือบหมด และ 4 คะแนน ปฏิบัติในหัวข้อนั้นได้ทั้งหมด

2.2 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลในการนำ Nursing guideline AHAM-OHS ไปใช้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีข้อคำถามจำแนกเป็น 3 ด้าน ดังนี้ 1) ความง่ายและความสะดวก 2) ความชัดเจนของแนวปฏิบัติ และ 3) ความเหมาะสมกับการนำไปใช้ โดยแต่ละด้านประเมินจากมาตรวัดแบบตัวเลข

0-10 แบ่งระดับคะแนน ดังนี้ 0 ไม่มีความพึงพอใจ 1-3 ความพึงพอใจระดับน้อย 4-6 ความพึงพอใจระดับปานกลาง และ 7-10 ความพึงพอใจระดับมาก

2.3 แบบประเมินความรู้ของพยาบาล ในด้านการบริหารกลุ่มยาความเสี่ยงสูง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นข้อคำถามปลายปิด ให้ตอบชนิดถูก ผิด จำนวน 47 ข้อ แบ่งเป็น 3 หมวด คือ 1) การบริหารกลุ่มยาความเสี่ยงสูง 24 ข้อ 2) กิจกรรมการพยาบาล 15 ข้อ และ 3) ภาวะแทรกซ้อน จากการบริหารกลุ่มยาความเสี่ยงสูง 8 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของ Nursing guideline AHAM-OHS ฉบับยกกว้าง โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ประกอบด้วย แพทย์ ศัลยกรรมทรวงอก เกสัชกร และอาจารย์พยาบาล พิจารณาความเหมาะสมของแนวปฏิบัติการพยาบาล ความครอบคลุม ความสมบูรณ์ของเนื้อหา และความสอดคล้องระหว่างข้อความกับวัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติเกณฑ์การตัดสินใจ 4 ระดับ คือ 1=ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2=ไม่เห็นด้วย 3=เห็นด้วย และ 4 เห็นด้วยอย่างยิ่ง กรณีตอบไม่เห็นด้วยในข้อใด (ให้คะแนนระดับ 1 หรือ 2) ขอให้ผู้ทรงคุณวุฒิระบุข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงแก้ไข โดยรวบรวมความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิกำหนดค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ 0.91 และพบว่า ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับเนื้อหา และขั้นตอนการปฏิบัติ

2. การตรวจสอบความตรงและความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ประกอบด้วย แพทย์ศัลยกรรมทรวงอก เกสัชกร และอาจารย์พยาบาล ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยให้พยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง

หอยผู้ป่วยหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 10 คน ทดลองใช้ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ดังนี้ แบบสอบถามความคิดเห็นด้านความยาก-ง่าย = 0.89 ความเป็นไปได้ของการนำไปใช้ = 0.97 แบบประเมินความพึงพอใจ = 0.87 และแบบประเมินความรู้ของพยาบาลด้านการบริหารกลุ่มยาความเสี่ยงสูง ใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) มีค่า 0.83

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้ 1) เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของพยาบาลด้านการบริหารกลุ่มยาความเสี่ยงสูงก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ ด้วย Wilcoxon Signed Ranks Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และ 2) ความคิดเห็นด้านความยาก-ง่าย และความเป็นไปได้ของการนำไปใช้ ความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติ และผลลัพธ์การเกิดอุบัติเหตุการฉีดยาและภาวะแทรกซ้อน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ย

จริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิ

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ รหัสโครงการ HYHEC 118-67-01 วันที่รับรอง 17 มกราคม 2568 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ในกลุ่มตัวอย่าง และลงนามความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรด้วยความสมัครใจ สามารถปฏิเสธ หรือถอนตัวจากการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใดๆ

ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลด้านการบริหารกลุ่มยาความเสี่ยงสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ชนิดเปิดหอยผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม Nursing guideline AHAM-OHS ประกอบด้วย 3 หมวด (ดังแสดงในแผนภาพที่ 1) คือ

หมวดที่ 1 การประเมินรายการยาเพื่อการบริหารยาความเสี่ยงสูงทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง

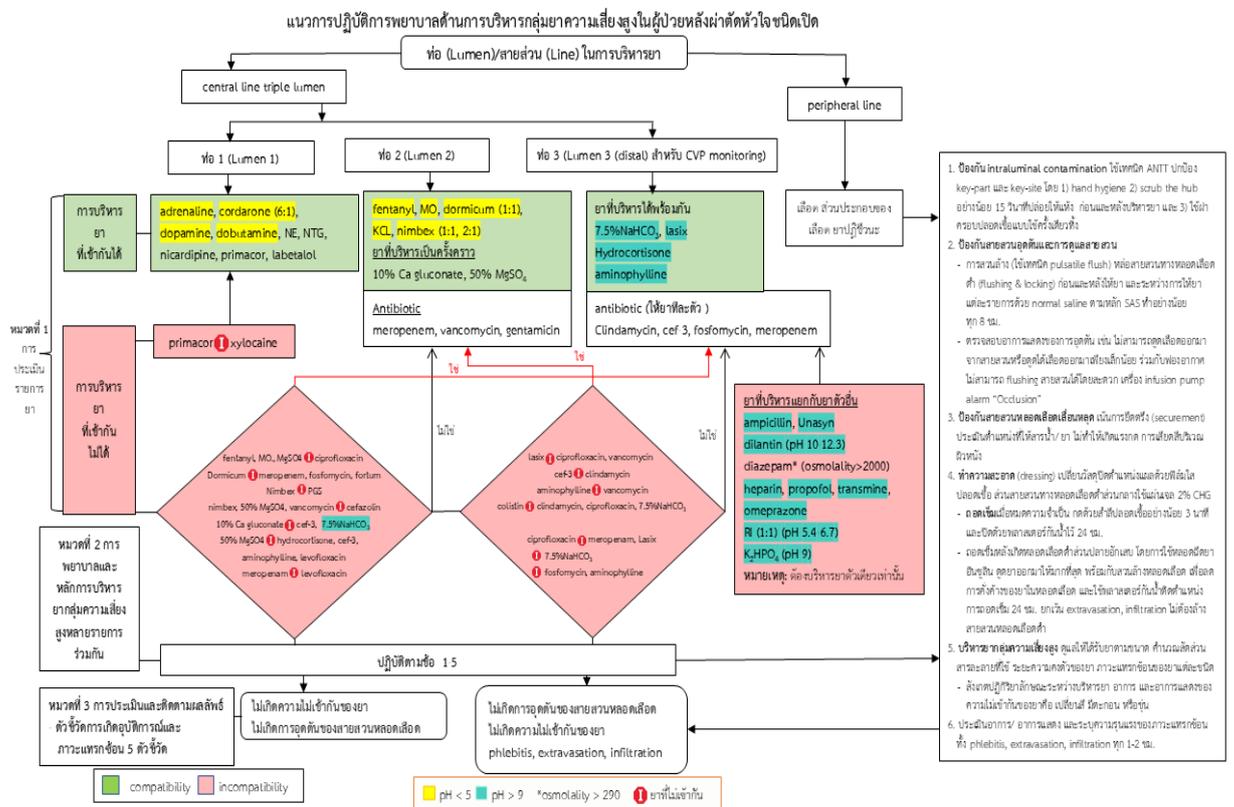
และส่วนปลาย เพื่อความปลอดภัยในการบริหารยาที่ผู้ป่วยจะได้รับในแต่ละท่อ (lumen) จึงมีแนวทางการประเมินรายการยาโดยจำแนกกลุ่มยาที่ได้เป็น 4 กลุ่ม คือ 1) ยาในกลุ่มเสี่ยงสูงที่เข้ากันได้ 2) ยาในกลุ่มเสี่ยงสูงที่เข้ากันไม่ได้ 3) ยาที่สามารถบริหารได้พร้อมกัน และ 4) ยาที่บริหารแยกกับยาตัวอื่น

หมวดที่ 2 การพยาบาลตามหลักการบริหารยา กลุ่มเสี่ยงสูงหลายรายการร่วมกันทางหลอดเลือดดำที่สำคัญ ดังนี้ 1) ป้องกัน intraluminal contamination ใช้เทคนิค ANTT ปกป้อง key-part และ key-site และการใช้ฝาครอบปลอดภัย แบบใช้ครั้งเดียวทิ้ง 2) ป้องกันสายสวนอุดตัน และการดูแลสายสวนโดยการสวนล้าง (ใช้เทคนิค pulsatile flush) และหล่อสายสวนหลอดเลือดดำ (flushing & locking) ก่อนและหลังระหว่งการให้ยาแต่ละรายการด้วย normal saline ตามหลัก SAS อย่างน้อยทุก 8 ชม. พร้อมตรวจสอบอาการแสดงของการอุดตัน 3) ป้องกันสายสวนหลอดเลือดอุดตัน เน้นการยึดตตรึง (securement) 4) ทำความสะอาด (dressing) เปลี่ยนวัสดุปิดตำแหน่งแผลด้วยฟิล์มใสปลอดภัย ส่วนสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลางปิดด้วยแผ่นเจล 2% CHG ถอดเข็มเมื่อหมดความจำเป็น กดด้วยสำลีปลอดเชื้ออย่างน้อย 3 นาที และปิดด้วยพลาสติกกันน้ำไว้ 24 ชม. 5) บริหารยา กลุ่มเสี่ยงสูง ดูแลให้ได้รับยาตามขนาด คำนวณสัดส่วนสารละลายที่ใช้ สังเกตปฏิกิริยาระหว่างบริหารยาอาการแสดง ความไม่เข้ากันของยา คือ เปลี่ยนสี มีตะกอนหรือขุ่น และ 6) ประเมินอาการแสดง และระบุความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนทั้ง phlebitis, extravasation, infiltration ทุก 1-2 ชม.

หมวดที่ 3 การประเมินและติดตามผลลัพธ์เป็นตัวชี้วัดการเกิดอุบัติเหตุการฉีดยาและภาวะแทรกซ้อน 5 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) ความไม่เข้ากันของยา 2) สายสวนอุดตัน 3) หลอดเลือดดำอักเสบ (phlebitis) 4) การรั่วซึมของสารน้ำ (infiltration) และ 5) การรั่วซึมของยา (extravasation)

2. ผลการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ในการทดลองใช้ Nursing guideline AHAM OHS โดยผู้วิจัยนำ Nursing guideline AHAM-OHS ฉบับยกร่าง ให้พยาบาลใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดจำนวน 10 ราย พบประเด็นปัญหาที่ทำให้

ต้องปรับ Nursing guideline AHAM-OHS เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการบริหารยา และจัดรายการยาทุกรายการที่ใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด ร่วมกับเภสัชกรในฐานะข้อมูลยา มีรายละเอียด ดังนี้



แผนภาพที่ 1 แนวปฏิบัติการพยาบาลด้านการบริหารกลุ่มยาความเสี่ยงสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด

แนวปฏิบัติการพยาบาลด้านการบริหารกลุ่มยา ความเสี่ยงสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด

1) ไม่พบข้อมูลสนับสนุนการเข้ากันของยา ในฐานะข้อมูลยา แสดงว่ายาตัวนี้ยังไม่เคยมีการศึกษาผลการให้ร่วมกันมาก่อน ไม่แนะนำให้บริหารยาผ่าน y-site จึงควรบริหารแยกจากยารายการอื่น อีกทั้งรายการยาที่พบเป็นยากลุ่มที่มีค่าออกสโมลาริตีสูง ยากลุ่มที่มีค่าแสดงความเป็นกรด-ด่างของสารละลาย (pH) แตกต่างกับค่าความเป็นกรด-ด่างของเลือดมาก ค่า pH ของเลือดปกติ คือ 7.4 และค่า osmolality ของเลือดประมาณ 275-295 mOsm/L ส่งผลให้เกิดการระคาย

เคืองของหลอดเลือดดำ และเกิดตะกอนอุดตัน ดังนั้นยาที่บริหารแยกกับยาตัวอื่น ต้องบริหารในลูเมนที่ไม่มี การบริหารยาตัวอื่นเลย ได้แก่ ampicillin (pH 8-11), Unasyn (pH 8-11), dilantin (pH 10-12.3), heparin (pH 6.5 -8), propofol (pH 7-8.5) ส่วน RI (1:1) (pH 5.4-6 7) ให้บริหารยาแยกเนื่องจากการปรับเปลี่ยน อัตราความเร็วของยาชนิดอื่น ส่งผลต่อการออกฤทธิ์ของยาอินซูลิน มีผลต่อภาวะน้ำตาลในเลือดได้

2) พบความเข้ากันได้ของกลุ่มยาที่มีคุณสมบัติเป็นด่างจากฐานข้อมูลยา จากการตรวจสอบความเข้ากันได้ของกลุ่มยาที่มีคุณสมบัติเป็นด่างที่

บริหารให้กับผู้ป่วยจากฐานข้อมูลยา พบว่าเป็นคู่ยาที่มีความเข้ากันได้ และสามารถบริหารยาได้พร้อมกันทันทีโดยไม่ต้องรอให้ยาชนิดแรกหมดก่อน ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับยา ได้รวดเร็วขึ้น โดยบริหารกลุ่มยานี้พร้อมกันในท่อที่ 3 ได้แก่ 7.5%NaHCO₃, lasix, hydrocortisone, aminophylline

3) รายการยาในกลุ่มความเสี่ยงสูงไม่สื่อถึงค่าออสโมลาลิตี ความเป็นกรด-ด่าง ซึ่งพยาบาลต้องมีความรู้ในการบริหารยาก่อนการให้ยาเสมอ เพื่อช่วยในการตรวจสอบความเข้ากันได้ของยา เพราะยาที่มีคุณสมบัติดังกล่าว มีผลทำให้เกิดการระคายเคืองของหลอดเลือดดำ และตกตะกอน จึงเน้นการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยยาฉีด และสารน้ำที่มี pH นอกช่วง 5-9 และ/ หรือ ออสโมลาลิตีสูงเกิน 290 mOsm/ L แนะนำให้ยาผ่านหลอดเลือดดำเส้นใหญ่ที่อัตราการไหลเวียนเลือดสูง เช่น subclavian vein, proximal auxiliary vein หรือ superior vena cava¹⁴

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีการปรับ Nursing guideline AHAM-OHS โดยเพิ่มกล่องรายการยาที่บริหารแยกกับยาตัวอื่น กล่องยาที่บริหารได้พร้อมกัน เพิ่มคู่ยาที่เข้ากันได้และระบุค่าออสโมลาลิตี ความเป็นกรด-ด่างของยา (ใช้สีอักษร) ผู้วิจัย พยาบาล และเภสัชกรร่วมกันตรวจสอบความเข้ากันได้ของยา ทุกรายการที่บริหารให้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดเพื่อความถูกต้อง โดยใช้ฐานข้อมูลยา (IV Compatibility: Micromedex, Trissel's IV Compatibility, Y-site compatibility ร่วมกับ Drug Compatibility Checker TUH ซึ่ง เป็น mobile application ในการตรวจสอบความถูกต้อง ทั้งความเข้ากันได้ ความเข้ากันไม่ได้ของยา ความเข้มข้นของยา และสารละลายในการผสมยา ในการทบทวนครั้งนี้ ทวนสอบจากฐานข้อมูลยาที่น่าเชื่อถือเพื่อให้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงกัน โดยการตรวจสอบความเข้ากันได้ของยาทุกรายการ กับยาปฏิชีวนะที่เพิ่มเข้าไปทั้งหมด จับคู่รายการยาทุกตัวใน Nursing guideline AHAM-OHS อีกครั้ง

ร่วมกับเภสัชกร เนื่องจากรายการยาที่เพิ่มใหม่จะส่งผลกระทบต่อความเข้ากันได้ของรายการยาที่มีอยู่เดิม จึงต้องให้ความสนใจ ทวนสอบกันหลายครั้ง ช่วยกันดูเพื่อไม่ให้เกิดข้อผิดพลาด และปรับรายการยาในกล่องยาที่เข้ากันได้ และเข้ากันไม่ได้ และร่วมกันทวนซ้ำอีกครั้งเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการนำ Nursing guideline AHAM-OHS ไปใช้ในการบริหารยาของพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัย รวมถึงการออกแบบผังรายการยา ตามรายการยาและความเข้มข้นที่มีใช้อยู่จริง เพื่อให้สามารถลงสู่การปฏิบัติไม่เกิดความผิดพลาด ตรวจสอบ ข้อมูลได้ง่าย สะดวก และรวดเร็วในการปฏิบัติ

โดยข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้ Nursing guideline AHAM-OHS คือ ตรวจสอบยาที่เข้ากันไม่ได้เสมอ ก่อน การบริหารยา โดยให้ยาในกล่องที่เข้ากันได้เป็นรายการยาหลัก และให้ยาปฏิชีวนะ/ ยาอื่นเพิ่มเติมเป็นรายการยาที่ตรวจสอบยาที่เข้ากันไม่ได้เสมอ ก่อน การบริหารยา

ขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยมีกลยุทธ์ในส่งเสริมการนำ Nursing guideline AHAM OHS ไปทดลองใช้ เพื่อเพิ่มความรู้และความมั่นใจในการบริหารยาในกลุ่มเสี่ยงสูงของพยาบาล โดยใช้กลยุทธ์ ดังนี้

1) การให้ความรู้ โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อทำความเข้าใจในการใช้ Nursing guideline AHAM-OHS และร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นประเด็นปัญหาในการบริหารยา การปฏิบัติการพยาบาล อธิบาย คู่มือการปฏิบัติการพยาบาลด้านการบริหารกลุ่มยาความเสี่ยงสูงในเรื่องฤทธิ์ของยา (pH) ออสโมลาลิตี การบริหารยา ความเข้ากันได้ ความเข้ากันไม่ได้ของยา และการระบุระดับความรุนแรง และจำแนกประเภทของภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำ/ ยา การติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วย (monitoring) ร่วมกับฝึกการเรียนรู้จากภาพ โดยกำหนดสถานการณ์การได้รับยา/ สารน้ำของผู้ป่วย ร่วมกับแสดงภาพภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นร่วมกัน วิเคราะห์สาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อน

เพื่อให้พยาบาลระบุนความรุนแรงได้ ที่สำคัญคือ การจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ หากสามารถประเมินได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว

2) จัดทำคู่มือการปฏิบัติการพยาบาลด้านการบริหารกลุ่มยาความเสี่ยงสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด เพื่อให้พยาบาลสามารถใช้ศึกษาเพิ่มเติม ทำความเข้าใจ และรู้จักยกยอความเสี่ยงสูงแต่ละรายการ ทำให้เกิดความมั่นใจในการใช้ Nursing guideline AHAM-OHS และบริหารกลุ่มยาความเสี่ยงสูงได้อย่างถูกต้อง

3) การนิเทศ กำกับ ติดตาม ในระหว่างมีการนำ Nursing guideline AHAM-OHS ไปใช้ มีความสำคัญที่ช่วยส่งเสริม และพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติ โดยการตรวจเยี่ยมสามารถให้ความรู้ ให้คำปรึกษา และคำแนะนำเพิ่มเติมในกรณีที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง และร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นประเด็นปัญหาในการบริหารยา และสามารถช่วยเหลือแก้ปัญหา อุปสรรค ทั้งแบบรายบุคคล และรายกลุ่มโดยการสื่อสารทางไลน์กลุ่ม เพื่อให้ รับทราบการปฏิบัติที่ถูกต้องอย่างทั่วถึง เกิดความมั่นใจในการบริหารยาและสามารถตามปฏิบัติตาม Nursing guideline AHAM-OHS ได้ถูกต้อง

4) การสะท้อนคิด โดยเปิดโอกาสให้พยาบาลเล่าเหตุการณ์ในการบริหารกลุ่มยาความเสี่ยงสูงตามแนว ปฏิบัติการพยาบาลฯ กิจกรรมการพยาบาล รวมถึงเทคนิคในการสวนล้างสายสวนเพื่อขจัด particle เล็ก ๆ ที่อาจ เกาะอยู่ที่ผนังหลอดเลือด ทำให้พยาบาลเกิดการทบทวนการปฏิบัติ ความรู้ และทักษะ

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละจำแนกตามความคิดเห็นของพยาบาลในการใช้ Nursing guideline AHAM-OHS (N=11 คน)

Nursing guideline AHAM-OHS	ความยาก-ง่ายของการนำไปใช้		ความเป็นไปได้ของการนำไปใช้	
	ง่าย	ง่ายมาก	ปฏิบัติได้เกือบ	ปฏิบัติได้ทั้ง
	จำนวน	จำนวน	หมด	หมด จำนวน
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	(ร้อยละ)
การบริหารยาความเสี่ยงสูง				
1. การประเมินยาที่ออกบริหารกลุ่มยาความเสี่ยงสูงทางหลอดเลือดดำส่วนกลางและส่วนปลาย	2 (18.18)	9 (81.82)	11 (100)	

3. ประเมินผลการนำ Nursing guideline AHAM-OHS ไปใช้

3.1 ผลลัพธ์ด้านผู้ใช้ (พยาบาล) พยาบาลมีความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่พัฒนาในทางบวก เนื่องจากแนวปฏิบัติฯ ทำให้พยาบาลมีความรู้ในการบริหารยาเพิ่มขึ้น ปฏิบัติในการ บริหารยาเป็นแนวทางเดียวกัน ใช้ง่าย สะดวกในตรวจสอบความเข้ากันได้และความเข้ากันไม่ได้ของยา ลดความผิดพลาดในการบริหารยา ผล คือ ผู้ป่วยได้รับยาตรงตามแนวปฏิบัติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน มีรายละเอียด ดังนี้

1) ความคิดเห็นของพยาบาลในการใช้ Nursing guideline AHAM-OHS ดังตารางที่ 1 พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 85 มีความคิดเห็นว่า แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ มีความง่ายมากของการนำไปใช้ และพยาบาลมากกว่าร้อยละ 90 สามารถปฏิบัติได้ทั้งหมด ทั้งนี้เนื่องจาก เป็นกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยอยู่เดิม จึงสามารถจัดรายการยาเข้ากลุ่มได้ถูกต้อง โดยดูความเข้ากันได้ของยา ส่วนกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลสายสวน เช่น ทำความสะอาด ข้อต่อด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อเป็นเวลา 5-15 วินาที และปล่อยให้แห้งก่อนเชื่อมต่อกับอุปกรณ์เป็นกิจกรรมที่พยาบาล ต้องปฏิบัติทุกครั้งก่อนและหลังบริหารยา ซึ่งจำนวนรายการยามาก และต้องให้อย่างต่อเนื่อง ทำให้ต้องรอเวลาให้ alcohol แห้ง การระบุนความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พบบ่อย ต้องใช้ความรู้ในเรื่องการออกฤทธิ์ของยา ความเป็นกรด-ด่าง ช่วยให้ทราบสาเหตุ และการจัดการที่ถูกต้อง

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละจำแนกตามความคิดเห็นของพยาบาลในการใช้ Nursing guideline AHAM-OHS

(N=11 คน) (ต่อ)

Nursing guideline AHAM-OHS	ความยากง่ายของการนำไปใช้		ความเป็นไปได้ของการนำไปใช้	
	ง่าย จำนวน (ร้อยละ)	ง่ายมาก จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติได้เกือบ หมด จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติได้ทั้ง หมด จำนวน (ร้อยละ)
2. ตรวจสอบความเข้ากันได้ของกลุ่มยาความ เสี่ยงสูงก่อนการบริหารยาในแต่ละลูเมน และ ตรวจสอบคูลยาที่เข้ากัน ไม่ได้	1 (9.09)	10 (90.91)		11 (100)
3. ตรวจสอบรายการยาที่มีฤทธิ์เป็นกรด ต่าง มี ค่าออสโมลาลิตีสูง	4 (36.36)	7 (63.64)		11 (100)
4. ท่อที่ 1 กลุ่มยาความเสี่ยงสูงที่เข้ากันได้ อาทิ ยา inotrope และยาตีบหลอดเลือด เป็นต้น เป็นการให้ยทาง หลอดเลือดอย่างต่อเนื่อง ในเวลาเดียวกันหลีกเลี่ยงการ บริหารยา/สารน้ำเพิ่มเติมจะส่งผลต่อระบบไหลเวียนเลือด		11 (100)		11 (100)
5. ท่อที่ 2 กลุ่มยาความเสี่ยงสูงที่เข้ากันได้ เช่น ยา บรรเทาปวด ยาระงับประสาท ยาแก้ไขความ ผิดปกติของเกลือแร่ และการให้ยาเป็นครั้งคราว เป็นการให้ยาอย่างต่อเนื่อง	1 (9.09)	10 (90.91)		11 (100)
6. ท่อที่ 3 (CVP monitoring) ยาที่บริหารได้พร้อมกัน		11 (100)		11 (100)
7. รายการยาที่บริหารแยกกับยาตัวอื่น โดย บริหารในท่อที่ไม่มีการบริหารยาตัวอื่นเลย เช่น Dormicum (2:1), Dilantin (pH 10-12.3), Diazepam osmolality>2000)	3 (27.27)	8 (72.73)		11 (100)
กิจกรรมการพยาบาล				
1. ปฏิบัติตาม ANTT ปกป้อง keypart กับ key-site เช่น ทำความสะอาดข้อต่อด้วยน้ำยาล้างข้อโดยใช้น้ำแรงขัดถู และ ปล่อยให้แห้งก่อนต่อกับอุปกรณ์	3 (27.27)	8 (72.73)	1 (9.09)	10 (90.91)
2. ป้องกันสายสวนอุดตัน โดยสวนล้าง ใช้เทคนิค pulsatile และหล่อสายสวนหลอดเลือดดำก่อน หลัง และระหว่างการบริหารยาแต่ละตัว ด้วย normal saline ตามหลัก SAS ทำอย่างน้อยทุก 8 ชม.		11 (100)	1 (9.09)	10 (90.91)
3. ทำความสะอาดผิวหนัง ก่อนเปิดหลอดเลือด ดำสวนปลายโดย เช็ด ขัดถู (scrub with friction) ปล่อยให้แห้ง ยึดตรึงด้วยฟิล์มใสปลอดเชื้อ สาย สวนหลอดเลือดดำส่วนกลางใช้แผ่น CHG	1 (9.09)	10 (90.91)		11 (100)
4. ตรวจสอบอาการแสดงการอุดตัน เช่น ไม่สามารถดูด เลือดออกมาจากสายสวนหรือ flushing ได้		11 (100)		11 (100)

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละจำแนกตามความคิดเห็นของพยาบาลในการใช้ Nursing guideline AHAM-OHS

(N=11 คน) (ต่อ)

Nursing guideline AHAM-OHS	ความยากง่ายของการนำไปใช้		ความเป็นไปได้ของการนำไปใช้	
	ง่าย จำนวน (ร้อยละ)	ง่ายมาก จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติได้เกือบ หมด จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติได้ทั้ง หมด จำนวน (ร้อยละ)
5. ถอดเข็มหลังเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ โดยการใช้หลอดเลือดยาอินซูลินดูดยาออกให้มากที่สุด พร้อมสวนล้าง ใช้พลาสติกเกอร์กันน้ำปิดตำแหน่งการถอดเข็ม 24 ชม.	3 (27.27)	8 (72.73)		11 (100)
6. ป้องกันสายสวนหลอดเลือดเส้นโลหิต เน้นการยึดตรึง (securement) ประเมินตำแหน่งที่ให้สารน้ำ/ ยา ไม่เกิดแรงกด การเสียดสีบริเวณผิวหนัง		11 (100)		11 (100)
7. ถอดเข็มเมื่อหมดความจำเป็น กดด้วยสำลีปลอดเชื้อ อย่างน้อย 3 นาที และปิดด้วยพลาสติกเกอร์กันน้ำไว้ 24 ชม.	1 (9.09)	10 (90.91)		11 (100)
8. บริหารยาตามความเสี่ยงสูง ดูแลให้ได้รับยาตามขนาด คำนวณสัดส่วนสารละลายที่ใช้ ระยะเวลาคงตัวของยา ภาวะแทรกซ้อนของยาแต่ละชนิด	3 (27.27)	8 (72.73)		11 (100)
ภาวะแทรกซ้อนจากการบริหารกลุ่มยาความเสี่ยงสูง				
1. ประเมินอาการแสดงและระบุความรุนแรงของ phlebitis	2 (18.18)	9 (81.82)		11 (100)
2. ประเมินอาการแสดงและระบุความรุนแรงของ extravasation	2 (18.18)	9 (81.82)		11 (100)
3. ประเมินอาการแสดงและระบุความรุนแรงของ infiltration	2 (18.18)	9 (81.82)		11 (100)
4. สังเกตปฏิกิริยาลักษณะระหว่างบริหารยา ของความไม่เข้ากันของยา คือ เปลี่ยนสี มีตะกอน หรือขุ่น		11 (100)		11 (100)

2) ความพึงพอใจของพยาบาลในการนำ Nursing guideline AHAM-OHS ไปใช้ พบว่า พยาบาลทุกคนให้คะแนนความพึงพอใจในระดับมาก ทั้ง 3 ด้าน (7 คะแนนขึ้นไปจากคะแนนเต็ม 10) คือ 1) ความง่ายและความสะดวก และ 2) ความชัดเจนของแนวทาง 9 คะแนน จำนวน 9 คน (ร้อยละ 81.82) ความพึงพอใจระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 9.18, S.D. 0.404 และ 3) ความเหมาะสมกับการนำไปใช้ 9 คะแนนจำนวน 8 คน (ร้อยละ 72.73) ความพึงพอใจระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 9.27, S.D. 0.467 เนื่องจาก Nursing guideline AHAM-OHS ใช้ง่าย

ชัดเจน ใช้ดูความเข้ากันของยา สะดวก ไม่ต้องเสียเวลาในการค้นหา และยังสามารถแยกกลุ่มยาได้ อีกทั้ง Nursing guideline AHAM-OHS มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ทำให้พยาบาลเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน พยาบาลเห็นประโยชน์ของการตรวจสอบข้อมูลความเข้ากันได้ของยา เพื่อป้องกันปัญหาการตะกอนของยาขณะบริหารยาให้แก่ผู้ป่วย

3) ความรู้ของพยาบาลหลังใช้ Nursing guideline AHAM-OHS ดังตารางที่ 2 พบว่า ความรู้ของพยาบาลในด้านการบริหารกลุ่มยาความเสี่ยงสูง

หลังการใช้ Nursing guideline AHAM-OHS ในภาพรวมและรายชื่อสูงกว่าก่อนการใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) รายละเอียด ดังตารางที่ 2 เนื่องจากผู้วิจัยจัดอบรมให้ความรู้ และทบทวนทักษะ

การดูแลสายสวนทั้งการสวนล้าง การล๊อค การยึดตรึง และการดูแลตำแหน่งของสายสวนร่วมกับการตรวจสอบ ขั้นตอนการบริหารยาของพยาบาล และให้ข้อมูลย้อนกลับ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้ของพยาบาลก่อนและหลังใช้ Nursing guideline AHAM-OHS ด้วย Wilcoxon Signed Rank Test (N=11)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา			Z	p-value
	Range	Mean	SD	Range	Mean	SD		
ความรู้	33-42	37.18	2.48	43-47	45.09	1.30	-3.99	0.01

3.2 ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยาทุกกลุ่มในหอผู้ป่วย 30 คน ไม่พบอุบัติเหตุ และภาวะแทรกซ้อนจาก การบริหารกลุ่มยาความเสี่ยงสูงทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยทุกคนมีความปลอดภัยจากการบริหารยา หลังได้รับการปฏิบัติตามสาระสำคัญใน Nursing guideline AHAM-OHS อย่างจริงจัง และสม่ำเสมอ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี

อภิปรายผล

Nursing guideline AHAM-OHS พัฒนามาจากการทบทวนและคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เชื่อถือได้ตามหลักวิชาการ โดยการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และเภสัชกรของหอผู้ป่วย วิกฤตศัลยกรรม ที่มีความสอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานตั้งแต่แรกเริ่มอย่างเป็นทางการ ใช้ กระบวนการคิดและทำร่วมกันของทีมพัฒนาในหน่วยงาน โดยใช้ฐานข้อมูลยา ทั้ง Y-site compatibility ฐานข้อมูลยาจำนวน 2 ฐาน คือ IV Compatibility: Micromedex และ Trissel's IV Compatibility¹⁵⁻¹⁷ ร่วมกับ Drug Compatibility Checker TUH¹⁸ ซึ่งเป็น mobile application ในการตรวจสอบความถูกต้อง ทั้งความเข้ากันได้และเข้ากันไม่ได้ของยาที่สำคัญคือ เป็นรายการยาและความเข้มข้นของยาที่มีใช้จริง ในการทบทวนครั้งนี้ ทวนสอบจากหลายฐานข้อมูล ซึ่งข้อมูลที่ได้ต้องตรงกันระหว่างพยาบาลและเภสัชกร ทั้งนี้หากตรวจสอบความ

เข้ากันได้ของยาจากฐานข้อมูลยา ไม่พบข้อมูลสนับสนุนการเข้ากันได้ของยา/ไม่มีข้อมูลยาในฐานข้อมูลยา เภสัชกรแนะนำให้ถือว่า "ไม่มีความเข้ากันของยา" เนื่องจากมีหลายรายการร่วมกัน ต้องมีความเข้มข้นมาก ทำให้พยาบาลมีความมั่นใจ มีเหตุผลในการใช้ยาอย่างปลอดภัย

หลักการบริหารยากลุ่มความเสี่ยงสูงทางหลอดเลือดดำในการศึกษานี้ พัฒนามาจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ ร่วมกับประยุกต์ใช้มาตรฐานการปฏิบัติการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำของ Infusion Therapy Standards of Practice: INS¹⁴ และแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำของสมาคมเครือข่ายพยาบาลผู้ให้สารน้ำแห่งประเทศไทย Infusion Nurses Network Association: INNA¹⁹ ซึ่งมีการประชุมทบทวนแนวปฏิบัติทุกปี จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ามียาที่ควรบริหารแยกกับยาตัวอื่น เนื่องจากไม่พบข้อมูลในฐานข้อมูลยา ยกเว้นสามารถ บริหารได้ทั้งท่อที่ 2, 3 และหลอดเลือดดำส่วนปลาย (หากหลีกเลี่ยงไม่ได้) ต้องให้ความสำคัญกับการดูแลสาย สวนอย่างเคร่งครัด สอดคล้องกับการศึกษาการใช้ 3-lumen catheter สำหรับการให้ยาหลายชนิดในผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตหลังการผ่าตัดใหญ่ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด สามารถช่วยให้การบริหารยาหลายชนิดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยไม่ทำให้เกิด

ปฏิริยาระหว่างยาหรือการให้ยาผิดช่องทาง การเลือกยาให้เหมาะสมกับลูเมน แต่ละช่องเป็นสิ่งสำคัญ²⁰ และพบว่า การตรวจสอบความเข้ากันได้ของยา ก่อนการให้ยาในท่อต่างๆ ช่วยลดการเกิดปฏิริยาระหว่างยาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการให้ยาผิดประเภท โดยต้องมีการตรวจสอบการผสมยาอย่างละเอียด²¹ และติดตามผลการใช้ยา อย่างใกล้ชิดในผู้ป่วยที่ใช้ 3-lumen catheter เป็นวิธีสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาในผู้ป่วย หลังการผ่าตัดหัวใจ²²

ส่วนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลใช้หลักการบริหารกลุ่มยาความเสี่ยงสูงหลายชนิดร่วมกัน ประกอบด้วย 1) ป้องกัน intraluminal contamination ใช้เทคนิค ANTT 2) ป้องกันสายสวนอุดตันและการดูแลสายสวนโดยการสวนล้าง 3) ป้องกันสายสวนหลุดเลือดเลือนหลุด 4) ทำความสะอาด และ 5) บริหารยาความเสี่ยงสูง พบว่าสามารถนำไปปฏิบัติได้ มีระดับง่ายมากกว่าร้อยละ 85 และพยาบาลมีความคิดเห็นที่สามารถปฏิบัติในด้านการบริหารกลุ่มยาความเสี่ยงสูง ด้านกิจกรรมการพยาบาล และด้านภาวะแทรกซ้อนจากการบริหารกลุ่มยาความเสี่ยงสูงได้ทั้งหมดมากกว่าร้อยละ 90 ส่งผลให้สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการบริหารยาหลายรายการในสายสวนเดียวกัน พบว่า bundle care ที่รวบรวมการปฏิบัติต่างๆ เช่น การล้างมือ การใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ (aseptic technique) การยึดตรึงสายสวนอย่างมั่นคง การป้องกันการติดเชื้อจากสายสวน สามารถลดการติดเชื้อจากสายสวนหลุดเลือดในผู้ป่วย ICU ได้อย่างมีประสิทธิภาพ²³ สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของชุดการดูแลสายสวนหลุดเลือดส่วนปลาย ประกอบด้วย การล้างมืออย่างถูกวิธี การใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ การยึดตรึงสายสวนอย่างถูกต้อง และการจัดการการบริหารยาหลายชนิดในสายสวนเดียวกัน ในการลดการติดเชื้อที่เกิดจากการใช้สายสวนหลุดเลือด²⁴

นอกจากนี้มีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับ

กลุ่มยาความเสี่ยงสูง และ Nursing guideline AHAM OHS รวมถึงทบทวนทักษะการดูแลสายสวน ส่งผลกระทบด้านบวก เช่น ความปลอดภัยของผู้ป่วย การลดภาวะแทรกซ้อน การพัฒนาคุณภาพการบริการ และการทำงานร่วมกันในทีม ซึ่งจะนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยที่มี คุณภาพและปลอดภัยสูงสุด ซึ่งการอบรมบุคลากรทางการแพทย์ ช่วยเพิ่มทักษะและความรู้เกี่ยวกับการบริหาร กลุ่มยาความเสี่ยงสูงและทำให้สามารถลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้²⁵ อุบัติการณ์และ ภาวะแทรกซ้อน เช่น ความไม่เข้ากันของยา สายสวนอุดตัน phlebitis, infiltration และ extravasation ทั้งนี้เนื่อง การปฏิบัติจากหลายวิธีการ เช่น การใช้เทคนิคการดูแลที่ปลอดภัย การตรวจสอบความเข้ากันได้ของยา การ ติดตามผลการรักษา และการที่พยาบาลได้รับการอบรมให้มีความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง และปลอดภัย จะช่วยลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา

สรุปและข้อเสนอแนะ

แนวปฏิบัตินี้ได้มาจากองค์ความรู้ที่น่าเชื่อถือ และสามารถปฏิบัติได้จริง สามารถตรวจสอบคู่ยาที่บริหารร่วมกันได้หลายรายการในสายสวนหลุดเลือดเดียวกัน ร่วมกับกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลสายสวน ช่วยป้องกันลดอุบัติการณ์ และภาวะแทรกซ้อนจากการบริหารกลุ่มยาความเสี่ยงสูง และยังสามารถนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ในในกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมอื่นที่ ได้ยากกลุ่มเสี่ยงสูงหลายรายการร่วมกัน โดยหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับความเข้มข้นของยาหากพบที่ไม่ตรงกับแนวปฏิบัติ และควรปรับให้เหมาะสมกับบริบทของการรักษาและการดูแลผู้ป่วยของแต่ละโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำ การศึกษาวิจัย เพื่อ ประเมิน ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในระยะยาว และผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ในด้าน

การลดค่าใช้จ่ายหรือการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ
ที่ชัดเจน รวมทั้งการขยายผลโดยศึกษาประสิทธิผล
ในการบริหารยาในกลุ่มความเสี่ยงสูงในผู้ป่วยหลัง
ผ่าตัดศัลยกรรมอื่น ๆ เพื่อการประกันคุณภาพ

ทางการพยาบาล หรือผู้ป่วยวิกฤตและศึกษาปัจจัย
อื่น ๆ ที่คาดว่าจะส่งผลกระทบต่อสมรรถนะในการบริหาร
ยาในกลุ่มความเสี่ยงสูงของพยาบาล

References

1. National Health and Medical Research Council. A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. Canberra (AU): National Health and Medical Research Council; 1998.
2. Younis I, Shaheen N, Bano S. Knowledge & practice about administration of high alert medication in the tertiary care hospital in Lahore. *Int J Health Med Nurs Pract.* 2021;3(4):1–16.
3. Hardin SR, Kaplow R. *Cardiac surgery essentials for critical care nursing.* 3rd ed. Burlington (MA): Jones & Bartlett Learning; 2019.
4. Naiane RM, Daiandy S, Denise B. Drug incompatibilities in the adult intensive care unit of a university hospital. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2016;28(2):147–53. doi:10.5935/0103-507X.20160029
5. Lao GC, Reyes MR, Turet JR, Dot MP, Muner DS, Cabezas CL. Compatibility of drugs administered as Y-site infusion in intensive care units: a systematic review. *Med Intensiva.* 2020;44(2):80–7. doi:10.1016/j.medin.2019.06.005.
6. Sriram S, Aishwarya S, Moithu A, Sebastian A, Kumar A. Intravenous drug incompatibilities in the intensive care unit of a tertiary care hospital in India: Are they preventable? *J Res Pharm Pract.* 2020;9(2):106–111. doi:10.4103/jrpp.JRPP_20_11.
7. ISMP List of high-alert medications in acute care settings. Report medication errors to the ISMP National Medication. 2018.
8. Newton D. Drug incompatibility chemistry. *Am J Health-Syst Pharm.* 2009;66(4):348–57. doi:10.2146/ajhp080059.
9. Paes GO, Moreira SO, Moreira MB, Martins TG. Drug incompatibility in the ICU: Review of implications in nursing practice. *Rev Enferm Centro-Oeste Min.* 2017;19(3):1–11. doi:10.5216/ree.v19.38718.
10. Medical records of critically ill patients at Hat Yai Hospital. Medical records report. Hat Yai: Hat Yai Hospital; 2023. Thai.
11. Pharmaceutical Care, Pharmacy Department Hatyai Hospital. Pharmaceutical care report. Hatyai: Pharmacy Department, Hatyai Hospital; 2019. Thai.
12. Zyoud SH, Khaled SM, Kawasmi BM, Habeba AM, Amadneh AT, Anabosi HH, et al. Knowledge about the administration and regulation of high alert medications among nurses in Palestine: A cross-sectional study. *BMC Nurs.* 2019;18(1):1–17. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0336-0>.
13. Joanna Briggs Institute. *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 Edition.* Adelaide: The

- Joanna Briggs Institute; 2014.
14. Nickel B, Gorski L, Kleidon T, Kyes A, Devries M, Keogh S, et al. Infusion therapy standards of practice 9th. *J Infus Nurs.* 2024;47(S1):S1–S285. doi:10.1097/NAN.0000000000000506.
 15. Jang DH, Chan KW. Compatibility of intravenous drugs in a clinical setting: a review of Y-site compatibility data. *J Clin Pharmacol.* 2018;58(2):184–92. doi:10.1002/jcph.1023.
 16. Lischka JR, Manley HM. Drug compatibility in critical care: the role of IV medication compatibility. *Am J Health-Syst Pharm.* 2019;76(12):875–82. doi:10.1093/ajhp/zxz163.
 17. Wongwanit P, Preechawong S. Compatibility of injectable drugs in ICU patients at a tertiary hospital in Thailand. *J Thai Med Assoc.* 2020;103(4):380–389. doi:10.2337/thai.103.4.380.
 18. Rairai Singkhompong. Easy and safety check drug compatibility & incompatibility. *Thammasat Univ Hosp J Online.* 2016;1(3):35–37. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TUHJ/article/view/240217>
 19. Phattrarat Tannukit, Suwadi Sukeenit, Jiraporn Chaopothong. Nursing guidelines for patients receiving intravenous fluids. Vision Prepress Co., Ltd; 2024. Thai.
 20. Garza AM, Kirven SM. Optimization of multi-drug administration in 3-lumen central venous catheters for post-operative cardiac surgery patients. *J Clin Pharmacol Ther.* 2020;45(3):210–9. doi:10.1002/jcpt.12990.
 21. Chen L, Zhang H. Drug compatibility in cardiac surgery patients: a focus on 3-lumen central catheter administration. *Crit Care Med.* 2019;47(8):944–50. doi:10.1097/CCM.0000000000003982
 22. Wong W, Sim K. Surveillance and risk management of drug interactions in post-cardiac surgery patients using 3-lumen catheters. *J Crit Care Nurs.* 2021;35(4):366–372. doi:10.1016/j.jccn.2021.03.004.
 23. O'Grady NP, Alexander M, Burns LA, Dellinger EP, Garland J, Heard SO, et al. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. *Clin Infect Dis.* 2011;52(7):1036–42. doi:10.1093/cid/cir257.
 24. Mermel LA. Prevention of intravascular catheter-related infections: a clinical practice guideline. *Clin Infect Dis.* 2017;64(12):1601–8. doi:10.1093/cid/cix555.
 25. Dunn C, et al. Improving safety in high-risk medications: A review of training programs. *J Nurs Educ Pract.* 2019;9(4):45-50. doi:10.5430/jnep.v9n4p45.