



วารสาร หอการพยาบาล Journal of Nursing Division

ปีที่ 53 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569 Vol 53 No.1 January-April 2026

ISSN 3088-1706 (online)

วารสารกองการพยาบาล

Journal of Nursing Division

ปีที่ 53 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569 Vol. 53 No.1 January-April 2026 eISSN 3088-1706

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 สารความรู้ 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, 4th Floor 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 | สธิรอังกูร | Teeraporn | Sathira-angura | กองการพยาบาล |
| 2. อาจารย์ศิริมา | ลีละวงศ์ | Sirima | Leelawong | สภาการพยาบาล |
| 3. อาจารย์อัมราภัสร์ | อรรถชัยวัฒน์ | Armarapas | Atthachaiwat | กองการพยาบาล |

บรรณาธิการ (Editor)

- | | | | | |
|------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 1. อาจารย์อุไรพร | จันทะอุมเม้า | Uraiporn | Janta-um-mou | กองการพยาบาล |
| 2. ดร.กนกพร | แจ่มสมบุญ | Dr.Kanogporn | Jamsomboon | กองการพยาบาล |

รองบรรณาธิการ (Associate Editor)

- | | | | | |
|-------------|----------------|------------|-------------|--------------|
| 1. ดร.ศศมน | ศรีสุทธิศักดิ์ | Dr.Sasamon | Srisuthisak | กองการพยาบาล |
| 2. นายวชิรา | โพธิ์ใส | Vachira | Posai | กองการพยาบาล |

กองบรรณาธิการ (Editorial Board)

- | | | |
|--|----------------|------------------------------|
| 1. ศาสตราจารย์ ดร.ภัทรภรณ์ | ภทรสกุล | มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| (Professor Dr. Patraporn Bhatarasakoon) | | |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ | พุททาพิทักษ์ผล | มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช |
| (Associate Professor Dr. Somjai Puttapitukpol) | | |
| 3. รองศาสตราจารย์ ดร.ดนุสดา | จามจุรี | มหาวิทยาลัยพะเยา |
| (Associate Professor Dr. Danulada Jamjuree) | | |
| 4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พนารัตน์ | วิศวเทพนิมิตร | สถาบันบรมราชชนก |
| (Assistant Professor Dr. Panarut Wisawatapnimit) | | |
| 5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พวงผกา | กรีทอง | มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช |
| (Assistant Professor Dr. Phuangphaka Krethong) | | |

ผู้ช่วยบรรณาธิการ (Assistant Editor)

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

ฝ่ายจัดการวารสาร (Management Staff)

- | | | | | | |
|----------------|------------|--------------|------------------|------------|--------------|
| 1. นายนิชมาน | เทือกปัญญา | กองการพยาบาล | 3. นายภูวนาด | ป้อมเมือง | กองการพยาบาล |
| 2. นางจรรุวรรณ | จันทา | กองการพยาบาล | 4. นางสาวสรินทร์ | บุญเหลี่ยม | กองการพยาบาล |

วารสารกองการพยาบาล (Journal of Nursing Division)
 รายงานผู้พิจารณากลับกรองบทความวิจัย/วิชาการ (Peer review)

1. ศาสตราจารย์ ดร. จงกลณี เรื่องอัมพร โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
2. รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
3. รองศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
4. รองศาสตราจารย์ ดร.เวหา เกษมสุข มหาวิทยาลัยมหิดล
5. รองศาสตราจารย์ ดร.ดนุตา จามจุรี วิทยาลัยการจัดการ มหาวิทยาลัยพะเยา
6. รองศาสตราจารย์ ดร.จิณพิชญ์ชา สาธิยมาส มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พวงผกา กรีทอง มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
8. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ สถาบันพระบรมราชชนก
9. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา สถาบันพระบรมราชชนก
10. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฬารัตน์ หัวหาญ สถาบันพระบรมราชชนก
11. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพน โบร์แมนน์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
12. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรัชย์ มณีเนตร มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
13. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชวณ สารข้าวคำ มหาวิทยาลัยมหิดล
14. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันตำรวจโท ดร. อภิสิทธิ์ ตามสัตย์ วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ
15. ดร.กฤษดา แสงดี สภาการพยาบาล
16. ดร.ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล มหาวิทยาลัยมหิดล
17. ดร.นวรรตน์ สุทธิพงศ์ สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์
18. ดร.ชลียา วามะลุน โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
19. ดร.จิราภรณ์ ศรไชย ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์
20. ดร.ชาริน สุวรรณวงศ์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
21. ดร.โชติณินท์ เลิศนิตธำรงรัฐ สถาบันโรคผิวหนัง
22. ดร.สุกมา แสงเดือนฉาย สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
23. ดร.อุทยา นาคเจริญ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
24. ดร. สุรีย์พร กุมภะคาม นักวิชาการอิสระ
25. ดร.ศศมน ศรีสุทธิศักดิ์ นักวิชาการอิสระ

26. ดร.กนกพร	แจ่มสมบูรณ์	นักวิชาการอิสระ
27. นางสาวไศภิชฐ์	สุวรรณเกษาวงษ์	มหาวิทยาลัยปทุมธานี
28. นางพรรณณี	บัลลังก์	สถาบันโรคทรวงอก
29. ดร.กนกพร	แจ่มสมบูรณ์	นักวิชาการอิสระ
30. นางศิริมา	ลีละวงศ์	นักวิชาการอิสระ
31. นางสาวสมจิตต์	วงศ์สุวรรณศิริ	นักวิชาการอิสระ
32. ดร.ธีรพร	สถิธิ์อังกูร	กองการพยาบาล
33. นางอัมราภัสร์	อรรถชัยวัฒน์	กองการพยาบาล
34. นางสาวอุไรพร	จันทะอุมเม้า	กองการพยาบาล
35. ดร.อรรธยา	อมรพรหมภักดี	กองการพยาบาล
36. ดร.พัชรีย์	กัตต์จอมพงษ์	กองการพยาบาล
37. นางสาวขวัญนภา	ขวัญสถาพรกุล	กองการพยาบาล
38. ร.ต.อ.หญิง ยุรีพรรณ	วณิชโยบล	กองการพยาบาล
39. นางนันทรัตน์	ศรีวชิรางกูร	กองการพยาบาล
40. นายวชิรา	โพธิ์ใส	กองการพยาบาล
41. นายภราดร	ยิ่งยวด	กองการพยาบาล

สารบัญ		Content
บรรณาธิการแถลง		Chief Editorial
บทความวิจัย		
การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลการเฝ้าระวังทารกในครรภ์ระยะคลอดสำหรับผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง อภิญญา อุยยะพัฒน์ วารุณี โสตะทวิ วิลัยรัตน์ เพ็งศรี จณัญญา สุขเกษม	1	Development and Evaluation of Clinical Nursing Practice Guidelines for Intrapartum Fetal Surveillance in High-Risk Pregnant Women Apinya Uiyyapat Warunee Sotatawi Wilairat Pengsri Jananya Sukkasem
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในจังหวัดปทุมธานี ฐิฎาภณณัฏฐ์ ภูมิชัยวิวัฒน์ จันทริจิรา นิคมประศาสน์ ภัทรพิชชา ครุฑทางคะ นพณัฐ จำปาเทศ	18	Factors Associated with the level of Depression Risk among Senior High School Students in Pathum Thani Province Thiyapan Poomchaiwivat Janjira Nikomprasasn Phatphitcha Kruthangka Nopphanath Chumpatha
ปัจจัยทำนายความตั้งใจเลือกศึกษาวิชาชีพการพยาบาลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในประเทศไทย พัชรภณัท ไชยสังข์ บุษกร สิริรัตนปทุม กิโธต์ สุจิตรา อูร์รัตนมณี	33	Predictive Factors of the Intention to Pursue Nursing Profession Among Grade 12 Students in Thailand Phatcharaphan Chaiyasung Bootsakon S. Guyot Sujitra Uratanamanee
การประเมินความต้องการจำเป็นแบบสมบูรณ์ของความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลเพื่อออกแบบนวัตกรรมการเรียนการสอนมหาวิทยาลัยปทุมธานี วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย ภัทรพิชชา ครุฑทางคะ นพณัฐ จำปาเทศ อมรศรี ยอดคำ วิญญา สุมาวัน กษิดิศ ครุฑทางคะ	43	A Comprehensive Needs Assessment of Nursing Students' Readiness for Clinical Practice to Inform Innovative Teaching and Learning Design at Pathumthani University Vanida Durongritichai Phatphitcha Kruthangka Nopphanath Chumpathat Amornsri Yortkham Winya Sumawan Kasidis Kruthangka
การพัฒนาแบบการจัดการทางพยาบาลด้านคลินิกในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลหาดใหญ่ อนงคนัท บุญรัตน์ ประณีต ส่งวัฒนา นฤมล อนุมาศ มยุรี เมฆทัศน์	58	Development of Clinical nursing management model in patient with head injury in Emergency department Anongnat Boonrat Praneed Songwathana Narumon Anumas Mayuree Mekthat
ปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่สังคมสูงวัยของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ ในจังหวัดนครราชสีมา จุฑามาศ วงจันทร์ คุณัสปกรณ์ มัคคัฒพลานนท์ นัฐิยา เพียรสูงเนิน สุพรรณิกา ประเสริฐสันเทียะ	77	Predictors factors of preparation before entering the aging society of the pre-elderly age group In Nakhon Ratchasima Province. Jutamast Wongjan Khunatpakorn Makkabphalanon Nattiya Piansungnoen Supannika Prasertsantiah

สารบัญ		Content
บทความวิจัย (ต่อ)		
การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย นวนายณัฐ สมเพชร จารุณี รัศมีสุวิวัฒน์	91	Development of an Integrative Program for Patients with Alcohol Dependence who were at Risk of Suicide Nuaynart Somphet Jarunee Ratsamesuviwat
ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการได้รับยากระตุ้นความดันโลหิตทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย สุรีย์พร กุมภาคม บุญเรือน ชุ่มแจ่ม นฤมล อัจฉริยาการณ วณิชชา เรืองศรี เกตุณรินทร์ บุญคล้าย	106	Effects of using the Clinical Nursing Practice Guideline for Preventing of Complications from Peripheral Intravenous Administration of Increased Blood Pressure Agents Sureeporn Kumphakam Boonruan Chomchaem Narumon Atcharyyakarun Wanitcha Ruangsri Ketnarin Bunklai
ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านวิดีโอและระบบแจ้งเตือนต่อการรับรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการรับวัคซีนของเด็กอายุ 0-5 ปี อัศรีย์ พิชัยรัตน์ เพ็ญภา เพ็ชรเล็ก สร้อยสุวรรณ พลสงฆ์	121	Effects of a Video-Based Educational Program and Reminder System on Parental Perception of Childhood Vaccination in Children Aged 0–5 Years Aussaree Pichairat Pennapa Petchlek Soysuwan Ponsong
ปัญหา ความต้องการด้านสุขภาพ การใช้บริการสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี นิชดา สารถวัลย์แพศย์ ปทุมทิพย์ อุดลวัฒน์ศิริ ศิริอร สิ้นธุ	135	Health Problems, Health Care Needs, Health Service Utilization and Quality of Life among Older Adults Living in Nonthaburi Province Nichada Santwanpas Patoomthip Adunwatanasiri Siriorn Sindhu
ผลของระบบตอบสนองเร่งด่วนในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลปทุมธานี บังอรรัตน์ บุญคง วรินทร์ธร ร่มไทร มาสริน สุกปลักษ์	152	The Effect of a Rapid Response System on Clinical Outcomes among Patients with Sepsis at Pathum Thani Hospital Bangorrut Boonkong Warinthon Romsai Masarin Sukolpuk

สารบัญ		Content
บทความวิชาการ		
การบูรณาการหลักฐานสู่การปฏิบัติ: การเชื่อมโยงการวิจัย หลักฐานเชิงประจักษ์ การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และแนวทางปฏิบัติทางคลินิก	164	Integrating Evidence into Practice: Linking Research, Evidence-Based Practice, Continuous Quality Improvement, and Clinical Practice Guideline
วชิรา โพธิ์ใส สุรัชชัย มณีเนตร ชนกพร จิตปัญญา		Vachira Posai Surachai Maninet Chanokporn Jitpanya

บรรณาธิการแถลง

วารสารกองการพยาบาลฉบับนี้เป็นฉบับที่ 1 ของปีพุทธศักราช 2569 อันเป็นปีที่ 53 ของวารสาร ซึ่งได้รับความสนใจจากสมาชิก นำบทความวิชาการและบทความวิจัย ส่งเข้ามาตีพิมพ์อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งทีมงานกองบรรณาธิการ ได้ช่วยกันดำเนินการด้วยความละเอียดรอบคอบ และทุ่มเท เป็นอย่างมากติดต่อกันมาอย่างต่อเนื่องเช่นกัน จึงหวังว่า สมาชิกทุกท่านจะติดตามและส่งผลงาน เข้ามาในฉบับต่อไปอย่างต่อเนื่อง

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

บรรณาธิการขอเชิญชวนนักวิชาการ สหวิชาชีพ พยาบาลประจำการ พยาบาลเฉพาะทาง พยาบาลผู้เชี่ยวชาญชั้นสูง และบุคคลหรือองค์กรอื่นๆ ที่ให้การดูแลผู้ป่วย ประชาชนทั่วไปและชุมชน ส่งงานวิจัย นวัตกรรม และบทความวิชาการต่างๆ โดยไม่ต้องสมัครเป็นสมาชิกของวารสาร ทั้งนี้กองการพยาบาลต้องการให้วารสารนี้เป็นสื่อและแหล่งความรู้ ให้กับมวลสมาชิกและผู้อ่านทุกท่าน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ความรู้ที่ทันสมัยในด้านวิชาการและการดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน โดยเนื้อหาสาระของวารสารฉบับนี้มีบทความที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์ทางด้านวิชาการและงานวิจัย ผู้อ่านสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้

ขอขอบคุณสมาชิกและท่านผู้อ่านที่เป็นทั้งพยาบาลและเพื่อนร่วมวิชาชีพสหสาขาต่างๆ ที่สนใจในการส่งบทความวิชาการและงานวิจัยลงเผยแพร่ในวารสารกองการพยาบาล และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านผู้อ่านทุกท่านจะสนใจเนื้อหา และส่งบทความวิจัยหรือบทความวิชาการมาเผยแพร่กันอย่างต่อเนื่องต่อไป

ดร.กนกพร แจ่มสมบุญ

บรรณาธิการ

เมษายน 2569

การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลการเฝ้าระวังทารกในครรภ์ระยะคลอด สำหรับผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง

อภิญญา อุยยะพัฒน์*	พย.บ.
วารุณี โสตะทวี**	พย.ม. (การผดุงครรภ์)
วิไลรัตน์ เฟื่องศรี***	พย.บ.
จณัญญา สุขเกษม****	วพย. การพยาบาลเด็ก

(รับ: 28 มกราคม 2569, แก้ไข: 19 กุมภาพันธ์ 2569, ตอรับ: 10 มีนาคม 2569)

บทคัดย่อ

ภาวะครรภ์เสี่ยงสูง (high-risk pregnancy) เป็นการตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อมารดาและทารก โดยเฉพาะในระยะคลอดซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มีความสำคัญต่อความปลอดภัยของทารกในครรภ์ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่อ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการเฝ้าระวังทารกในครรภ์ระยะคลอดจึงมีความสำคัญต่อการเพิ่มคุณภาพและความปลอดภัยของการดูแลผู้คลอด การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการเฝ้าระวังทารกในครรภ์ระยะคลอดสำหรับผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง จำนวน 102 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 51 คน และกลุ่มทดลอง 51 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด จำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลการเฝ้าระวังทารกในครรภ์ระยะคลอดสำหรับผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง แบบทดสอบความรู้ และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา Paired samples t-test, Independent samples t-test และ Chi-square test

ผลการศึกษา พบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การจำแนกระดับความเสี่ยงของผู้คลอด (2) การเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์ด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Fetal Monitoring: EFM) (3) การตอบสนองต่อภาวะทารกในครรภ์เครียด และ (4) การสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพโดยใช้หลัก SBAR หลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้ พบว่า อัตราการเกิดภาวะ fetal distress และ birth asphyxia ในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นอกจากนี้ คะแนนเฉลี่ยความรู้และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้แนวปฏิบัติสูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลการวิจัยสะท้อนว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเฝ้าระวังทารกในครรภ์ระยะคลอด ลดภาวะแทรกซ้อนของทารกแรกเกิด และสนับสนุนแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพและปลอดภัยยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ครรภ์เสี่ยงสูง การเฝ้าระวังทารกในครรภ์ระยะคลอด แนวปฏิบัติการพยาบาล การวิจัยและพัฒนา

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลหาดใหญ่

Corresponding author E-mail: mairmoo320@gmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลหาดใหญ่

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลหาดใหญ่

**** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลหาดใหญ่

Development and Evaluation of Clinical Nursing Practice Guidelines for Intrapartum Fetal Surveillance in High-Risk Pregnant Women

Apinya Uiyapat*	B.N.S.
Warunee Sotatawi**	M.N.S. (Midwifery)
Wilairat Pengsri***	B.N.S.
Jananya Sukkasem****	Dip. APPN

(Received: January 28, 2026, Revised: February 19, 2026, Accepted: March 10, 2026)

Abstract

High-risk pregnancy referred to a condition in which maternal or fetal factors increased the risk of complications during pregnancy and childbirth. The intrapartum period was particularly critical for fetal safety. Developing evidence-based nursing practice guidelines for intrapartum fetal surveillance in high-risk pregnancies was therefore essential to improve the quality and safety of maternal and neonatal care. This research and development study aimed to develop and evaluate the effectiveness of nursing practice guidelines for intrapartum fetal surveillance among women with high-risk pregnancies. The study sample consisted of 102 women with high-risk pregnancies, divided into a control group (n = 51) and an experimental group (n = 51), and 20 registered nurses working in the labor room. Research instruments included the nursing practice guidelines for intrapartum fetal surveillance in high-risk pregnancies, a knowledge test, and a satisfaction questionnaire for registered nurses. Data were analyzed using descriptive statistics, paired samples t-test, independent samples t-test, and chi-square test.

The developed guidelines consisted of four main components: (1) classification of risk levels among women in labor, (2) fetal surveillance using Electronic Fetal Monitoring (EFM), (3) response to fetal distress, and (4) interdisciplinary team communication using the SBAR technique. After implementation of the guidelines, the rates of fetal distress and birth asphyxia in the experimental group were significantly lower than those in the control group receiving routine care ($p < 0.05$). In addition, the mean scores of nurses' knowledge and satisfaction after guideline implementation were significantly higher than those before implementation ($p < 0.05$). These findings indicated that the developed nursing practice guidelines enhanced the effectiveness of intrapartum fetal surveillance, reduced neonatal complications, and supported safer and higher-quality nursing care.

Keywords: high-risk pregnancy, intrapartum fetal surveillance, nursing practice guidelines, research and development

* Senior Professional Nurse, Head of Intrapartum Nursing Department, Hat Yai Hospital

Corresponding author E-mail: mairmoo320@gmail.com

** Special professional nurse, Intrapartum Nursing Department, Hat Yai Hospital

*** Professional nurse, Intrapartum Nursing Department, Hat Yai Hospital

**** Professional nurse, Neonatal Intensive care Unit, Hat Yai Hospital

บทนำ

ภาวะครรภ์เสี่ยงสูงเป็นการตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในมารดาและทารกในครรภ์ระยะของการตั้งครรภ์และการคลอด¹ ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในมารดา ได้แก่ ครรภ์เป็นพิษ ชนิดรุนแรงและการตกเลือดหลังคลอด² ขณะที่ในทารกพบความสัมพันธ์กับการเจริญเติบโตช้าในครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด และภาวะทารกในครรภ์เครียด (fetal distress) ซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงกับภาวะขาดออกซิเจนในครรภ์และในทารกแรกเกิด ส่งผลให้อัตราการตายปริกำเนิดเพิ่มสูงขึ้น³ องค์การอนามัยโลก รายงานว่าภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดเป็นสาเหตุสำคัญอันดับหนึ่งของการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดทั่วโลก โดยมีผู้เสียชีวิตประมาณ 900,000 รายต่อปี⁴ สำหรับประเทศไทย แม้ค่าอัตรา birth asphyxia ระดับประเทศในช่วงปี พ.ศ. 2564–2566 อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย (16.47, 16.54 และ 16.26 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย)⁵ แต่ปัญหานี้ยังคงเป็นประเด็นสำคัญด้านสุขภาพแม่และเด็กที่ต้องได้รับการเฝ้าระวังและจัดการอย่างเป็นระบบ

โรงพยาบาลหาดใหญ่เป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิที่มีบทบาทสำคัญในการให้บริการด้านสุขภาพมารดาและทารกแก่ประชาชนในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง โดยสอดคล้องกับยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2566–2570 ซึ่งมุ่งเน้นการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพแบบครบวงจร ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟู เพื่อมุ่งลดการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากสาเหตุที่ป้องกันได้ให้สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนและกรอบยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ⁶ อย่างไรก็ตาม สถานการณ์การดูแลทารกในระยะคลอดของโรงพยาบาลยังคงเป็นปีที่ 53 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569

ประเด็นท้าทายด้านคุณภาพบริการ โดยในช่วงปี พ.ศ. 2565–2568 อัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดเท่ากับ 52.5, 47.5, 60.1 และ 61.2 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 รายตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้ จากข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2568 พบผู้คลอดที่มีภาวะ fetal distress จำนวน 187 ราย และเกิดภาวะ birth asphyxia จำนวน 44 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.5⁷ ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังทารกในครรภ์ระยะคลอด และการจัดการภาวะเสี่ยงต่อการขาดออกซิเจนอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแล ลดอัตราภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มความปลอดภัยของมารดาและทารกในโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิ

แม้ว่าสถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิจะมีระบบการเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์ระยะคลอดโดยใช้เทคโนโลยี เช่น การตรวจติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Fetal Monitoring: EFM)^{8–12} ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการประเมินสภาวะของทารกในครรภ์และช่วยสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกของทีมสหวิชาชีพ อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติยังพบความแปรปรวนในการแปลผลสัญญาณคลื่นหัวใจทารก การจำแนกระดับความเสี่ยงของผู้คลอดในระยะคลอด (intrapartum maternal risk stratification)^{13–14} และการตอบสนองต่อภาวะทารกในครรภ์เครียด (standardized intrapartum response to fetal compromise)^{15–16} รวมทั้งกระบวนการสื่อสารข้อมูลทางคลินิกระหว่างทีมสหวิชาชีพ ซึ่งการสื่อสารอย่างเป็นระบบตามหลัก SBAR (Situation, Background, Assessment,

Recommendation)¹⁷⁻²⁰ ได้รับการยอมรับว่าเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยเพิ่มความปลอดภัยของผู้คลอดและทารก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูงซึ่งมีโอกาสเกิดภาวะทารกในครรภ์ขาดออกซิเจนและการเสียชีวิตปริกำเนิดสูงกว่ากลุ่มปกติ²¹

ในบริบทของห้องคลอดโรงพยาบาลขนาดใหญ่ การดูแลผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูงมีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์ระยะคลอดอย่างต่อเนื่อง โดยพยาบาลวิชาชีพมีการติดตามสัญญาณชีพของมารดา การประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ และการใช้เครื่องตรวจติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Fetal Monitoring: EFM) ร่วมกับการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลผู้คลอดอย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตาม แนวปฏิบัติในการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูงระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งแนวปฏิบัติการพยาบาลด้านการสื่อสารข้อมูลทางคลินิกเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก ยังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน และยังขาดรูปแบบการนำไปใช้ที่เป็นมาตรฐานและเป็นระบบอย่างชัดเจนในบริบทของห้องคลอด ส่งผลให้การจำแนกระดับความเสี่ยงของผู้คลอด การแปลผลข้อมูลจากการติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ และการตอบสนองต่อภาวะทารกในครรภ์เครียดอาจมีความแตกต่างในการปฏิบัติจากการทบทวนข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิกของหน่วยงานในช่วงปี พ.ศ. 2565-2568 พบว่าอัตราการเกิดภาวะ birth asphyxia (ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีค่าสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานระดับประเทศ สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังทารกในครรภ์ระยะคลอดให้มีความเป็นระบบ ชัดเจน ปีที่ 53 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569

และสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์มากยิ่งขึ้น เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกและเพิ่มความปลอดภัยของผู้คลอดและทารก

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด จึงพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์ระยะคลอดสำหรับผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง โดยให้มีโครงสร้างที่ชัดเจน เป็นมาตรฐานเดียวกัน และอ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ตามกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของ Soukup²² ร่วมกับมาตรฐานการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง แนวปฏิบัติดังกล่าวครอบคลุมการจำแนกระดับความเสี่ยงของผู้คลอด การเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์ด้วยระบบ Electronic Fetal Monitoring การตอบสนองต่อภาวะทารกในครรภ์เครียด และการสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพตามหลัก SBAR เพื่อยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยของการดูแลเพิ่มประสิทธิภาพการตัดสินใจทางคลินิก และนำไปสู่ผลลัพธ์การคลอดที่ดี สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศและเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก เพื่อพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการเฝ้าระวังทารกในครรภ์ระยะคลอดสำหรับผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง

วัตถุประสงค์รอง เพื่อ

1. เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของทารกแรกเกิด อัตราการเกิดภาวะ fetal distress และอัตราการเกิดภาวะ birth asphyxia ระหว่างกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติฯ (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติเดิม (กลุ่มควบคุม)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการเฝ้าระวังทารกในครรภ์ระยะคลอดสำหรับผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการเฝ้าระวังทารกในครรภ์ระยะคลอดสำหรับผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D)

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดตามการพัฒนาแนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Soukup ซึ่งอธิบายกระบวนการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระบุปัญหาทางคลินิกในห้องคลอด (Evidence-triggered phase) โดยเฉพาะในผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูงและมีความเสี่ยงต่อภาวะทารกในครรภ์เครียด (fetal distress) ผ่านการวิเคราะห์สถานการณ์ ทบทวนอุบัติการณ์ และระบุช่องว่างของการปฏิบัติ ระยะที่ 2 สืบค้นและสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Evidence-supported phase) รวมทั้งการวิเคราะห์แนวทางเวชปฏิบัติจากองค์กรวิชาชีพ เช่น WHO, ACOG และ RCOG เพื่อนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (Clinical Nursing Practice Guideline: CNPG) สำหรับการเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์ระยะคลอด ระยะที่ 3 นำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในหน่วยงาน (Evidence-observed phase) โดยมีการอบรมพยาบาล การใช้แนวปฏิบัติใน

ปีที่ 53 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569

สถานการณ์จริง และการติดตามการปฏิบัติ และระยะที่ 4 ประเมินผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (Evidence-based phase) ได้แก่ การลดภาวะ fetal distress และภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด (birth asphyxia) รวมทั้งการเพิ่มความรู้และความพึงพอใจของพยาบาล ผู้ดูแลผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูงในห้องคลอด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากร คือ ผู้คลอดอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในห้องคลอดโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โดยได้รับการวินิจฉัยภาวะครรภ์เสี่ยงสูง ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงหรือเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ (ทั้งชนิดที่พบระหว่างตั้งครรภ์และที่เป็นมาก่อน) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างรวม 102 คน โดยอ้างอิงการคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power (Effect size = 0.30, α = .05, Power = .80) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 88 คน และเพื่ออัตราการสูญเสียของข้อมูลเป็นกลุ่มละ 51 คน รวม 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุมที่ดูแลตามปกติ (พฤศจิกายน 2568) และกลุ่มทดลองที่ได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น (ธันวาคม 2568) โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) และแบ่งกลุ่มตามช่วงเวลาเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ ผู้คลอดอายุ 20 ปีขึ้นไป มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง (ความดันโลหิตสูงหรือเบาหวาน) อายุครรภ์ตั้งแต่ 34 สัปดาห์ขึ้นไป สามารถสื่อสารภาษาไทยและยินยอมเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้คลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมรุนแรง (เช่น รกลอกตัวก่อนกำหนด หรือภาวะตกเลือดก่อนคลอด) ทารกในครรภ์มีภาวะผิดปกติแต่กำเนิด หรือผู้ที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วนและถอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลการเฝ้าระวังทารกในครรภ์ระยะคลอดสำหรับผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การจำแนกระดับความเสี่ยงของผู้คลอด การตรวจติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Fetal Monitoring :EFM) การตอบสนองต่อภาวะทารกในครรภ์เครียด และการสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพโดยใช้หลัก SBAR แนวปฏิบัติดังกล่าวได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.85

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คลอด ทารกแรกเกิด และพยาบาลวิชาชีพ ใช้สำหรับเก็บข้อมูลลักษณะทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกที่เกี่ยวข้อง

2.2 แบบประเมินความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการเฝ้าระวังทารกในครรภ์ระยะคลอดสำหรับผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง เป็นแบบทดสอบชนิดตอบถูก-ผิด 20 ข้อ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.00 และนำไปทดสอบความเชื่อมั่นกับพยาบาลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 10 คน วิเคราะห์ด้วยสูตร Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล ปีที่ 53 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569

เป็นแบบสอบถามมาตรฐานมาตราส่วนค่า 5 ระดับครอบคลุมด้านความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ความสะดวกในการปฏิบัติ และความพึงพอใจโดยรวม ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.00 และทดสอบความเชื่อมั่นกับพยาบาลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 10 คน วิเคราะห์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80

ระยะเวลาในการทำวิจัย

ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2568 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2569

วิธีดำเนินการวิจัย

ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา โดยแบ่งขั้นตอนออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ค้นหาปัญหาทางคลินิก

ในเดือนกันยายน พ.ศ. 2568 ผู้วิจัยได้ดำเนินการค้นหาปัญหาทางคลินิกโดยการทบทวนกระบวนการเฝ้าระวังทารกในครรภ์ระยะคลอดในผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกพยาบาลวิชาชีพห้องคลอด 5 คน ผลการวิเคราะห์พบ ช่องว่าง (gap) ระหว่างหลักฐานเชิงประจักษ์กับการปฏิบัติจริง ได้แก่ การขาดเกณฑ์มาตรฐานในการจำแนกระดับความเสี่ยงของผู้คลอด ความแปรปรวนในการแปลผล Electronic Fetal Monitoring (EFM) การตอบสนองต่อภาวะทารกในครรภ์เครียดที่ยังไม่สอดคล้องกับแนวทางปัจจุบัน รวมทั้งแนวปฏิบัติในการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูงระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและการสื่อสารข้อมูลทางคลินิกที่ยังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน และขาดรูปแบบการดำเนินงานที่เป็นมาตรฐาน เช่น SBAR ส่งผลให้การตัดสินใจทางคลินิกอาจล่าช้าและเพิ่มความเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัยของมารดาและทารก

ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานและอ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลในห้องคลอด

ระยะที่ 2 สืบค้นและสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางคลินิก

ดำเนินการในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมและสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการเฝ้าระวังทารกในครรภ์ระยะคลอดสำหรับผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง ผู้วิจัยสืบค้นงานวิจัยที่ตีพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ. 2558–2568 จากฐานข้อมูล PubMed, CINAHL, ScienceDirect, ThaiJo และ Google Scholar โดยใช้กรอบแนวคิด PICO กำหนดขอบเขตการสืบค้น ได้แก่ P (Population) คือ ผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง (เช่น ครรภ์เป็นพิษและเบาหวานขณะตั้งครรภ์) I (Intervention) คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเฝ้าระวังทารกในครรภ์ระยะคลอด C (Comparison) คือ ไม่มีการเปรียบเทียบ และ O (Outcome) ได้แก่ ภาวะ fetal distress, birth asphyxia ความรู้และความพึงพอใจของพยาบาล โดยใช้คำสำคัญ เช่น electronic fetal monitoring, intrapartum maternal risk stratification, standardized intrapartum response to fetal compromise, fetal distress และ SBAR จากนั้นคัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณภาพและสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก เพื่อนำมาสังเคราะห์เป็นฐานความรู้สำหรับจัดทำร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลเบื้องต้น ซึ่งได้ผ่านการอภิปรายร่วมกับทีมพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อนำไปใช้ในระบะถัดไป

ระยะที่ 3 พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและการนำไปสู่การปฏิบัติ

ปีที่ 53 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569

3.1 พัฒนาแนวปฏิบัติ ดำเนินการในเดือน

ตุลาคม พ.ศ. 2568 โดยใช้แนวคิดการปฏิบัติบนหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice: EBP) ตามกรอบแนวคิดของ Soukup ซึ่งเน้นการบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดร่วมกับประสบการณ์ทางคลินิกของผู้ปฏิบัติและบริบทของหน่วยบริการ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติที่เหมาะสมและสามารถนำไปใช้ได้จริง ผู้วิจัยและคณะทำงานได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยนำผลการสืบค้น วิเคราะห์ และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์จากระยะก่อนหน้า มาประยุกต์ร่วมกับแนวทางเวชปฏิบัติสากลและบริบทของห้องคลอดโรงพยาบาลหาดใหญ่ เพื่อจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีความชัดเจนและเป็นระบบ แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การจำแนกระดับความเสี่ยงของผู้คลอด การเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์ด้วยระบบ Electronic Fetal Monitoring (EFM) การตอบสนองต่อภาวะทารกในครรภ์เครียดตามรูปแบบ Fetal Heart Rate Category และการสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพโดยใช้รูปแบบ SBAR ซึ่งมุ่งเน้นการประเมินความเสี่ยง การติดตามสัญญาณเตือน และการตอบสนองต่อสถานการณ์ทางคลินิกอย่างทันทั่วทั้งที่ เพื่อเพิ่มความปลอดภัยของมารดาและทารกในครรภ์

3.2 ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

(Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ สูติแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดาและทารก 1 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิได้ประเมินความเหมาะสม ความครอบคลุม ความครบถ้วนของเนื้อหา และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติ

วารสารกองการพยาบาล

ผลการประเมินพบว่าแนวปฏิบัติมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.91 หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้นำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้กับผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง 10 ราย เพื่อประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และปัญหาอุปสรรคในการนำไปใช้ในสภาพแวดล้อมจริง ก่อนนำไปใช้ในระยะต่อไป

3.3 เตรียมความพร้อมในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยจัดการประชุมและการอบรมให้แก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดและมีประสบการณ์ทำงานไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 20 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน การอบรมจัดขึ้น 2 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง เนื้อหาการอบรมครอบคลุมแนวคิดและรายละเอียดของแนวปฏิบัติ เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจและความตระหนักถึงความสำคัญของแนวปฏิบัติ หลังการอบรมมีการจัดกิจกรรมฝึกปฏิบัติเพื่อให้พยาบาลมีความเข้าใจตรงกันและสามารถนำแนวปฏิบัติไปใช้ได้ถูกต้อง จากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการนิเทศติดตามการใช้แนวปฏิบัติทั้งในระดับรายบุคคลและรายกลุ่ม เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด

ระยะที่ 4 ประเมินผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลา 8 สัปดาห์ หลังจากแนวปฏิบัติผ่านการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว แนวปฏิบัติดังกล่าวถูกนำไปใช้จริงในห้องคลอดโรงพยาบาลหาดใหญ่ เพื่อประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติในการลดการเกิดภาวะทารกในครรภ์เครียด (fetal distress) และภาวะทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน (birth asphyxia) การประเมินผลลัพธ์ใช้เปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่ม (two-group ปีที่ 53 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569

comparison) ได้แก่ กลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติเดิมของหน่วยงาน และกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังทารกในครรภ์ระยะคลอดที่พัฒนาขึ้น เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านการเกิด fetal distress และ birth asphyxia ระหว่างสองกลุ่ม

กลุ่มควบคุม เป็นผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูงซึ่งเข้ารับการรักษาในห้องคลอด โรงพยาบาลหาดใหญ่ ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2568 และได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติเดิมของหน่วยงาน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากผู้คลอด 51 ราย บันทึกข้อมูลทั่วไปและผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ การเกิด fetal distress และ birth asphyxia รวมทั้งตรวจสอบการปฏิบัติการพยาบาลจากเวชระเบียนและบันทึกทางการพยาบาล

กลุ่มทดลอง เป็นผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูงซึ่งเข้ารับการรักษาในห้องคลอด โรงพยาบาลหาดใหญ่ ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 และได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น 51 ราย โดยพยาบาลผู้ดูแลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติดังกล่าวตลอดระยะเวลาการศึกษา ผู้วิจัยติดตามความถูกต้องและความครบถ้วนของการปฏิบัติของพยาบาลโดยใช้แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ พร้อมทั้งนิเทศและให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง รวมถึงเปิดโอกาสให้ทีมสหวิชาชีพร่วมแลกเปลี่ยนและแก้ไขปัญหาในระหว่างการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และบันทึกข้อมูลทั่วไปและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้คลอด ได้แก่ fetal distress และ birth asphyxia

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ เลขที่ HYH EC 062-68-01 มีผลรับรองตั้งแต่วันที่ 3 กันยายน พ.ศ. 2568 ถึง

2 กันยายน พ.ศ. 2569 ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และสิทธิของกลุ่มตัวอย่างให้ทราบอย่างชัดเจน โดยเน้นว่าการเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบต่อ การได้รับบริการหรือสิทธิใด ๆ ทั้งสิ้น การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยไม่ระบุชื่อ ใช้รหัสแทนตัวบุคคล และเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ การสอบถามและการให้ข้อมูลกระทำในสถานที่ที่เหมาะสม มีความเป็นส่วนตัว และไม่กระทบต่อศักดิ์ศรีของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้นำไปใช้เพื่อการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมโดยไม่สามารถระบุตัวตนของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังนี้

1. วิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
2. เปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent samples t-test สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ และ Chi-square test สำหรับข้อมูลเชิงกลุ่ม
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้สถิติ Paired samples t-test
4. เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของทารกแรกเกิดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้

สถิติ Pearson's Chi-square test กรณีที่ข้อมูลไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ใช้ Fisher's Exact test

ผลการวิจัย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลการเฝ้าระวังทารกในครรภ์ระยะคลอดสำหรับผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง

แนวปฏิบัติฯ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การจำแนกระดับความเสี่ยงของผู้คลอด 2) การเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์ด้วย การตรวจติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Fetal Monitoring: EFM) 3) การตอบสนองต่อภาวะทารกในครรภ์เครียด และ 4) การสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพโดยใช้หลัก SBAR

2. ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติฯ

2.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง 102 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล 51 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ 51 คน ผลการเปรียบเทียบอายุเฉลี่ย พบว่า กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 31.84 ปี (SD = 5.70) และกลุ่มทดลอง 30.65 ปี (SD = 6.08) เมื่อเปรียบเทียบกับ Independent samples t-test พบว่า อายุเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.024, p = .308$) อายุครรภ์เฉลี่ย กลุ่มควบคุมมีอายุครรภ์เฉลี่ย 37.89 สัปดาห์ (SD = 1.19) และกลุ่มทดลอง 38.22 สัปดาห์ (SD = 1.17) พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.386, p = .169$) เมื่อนำลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาเปรียบเทียบโดยใช้ Chi-square test พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ในด้านระดับการศึกษา ($\chi^2 = 1.34, p = .721$) อาชีพ ($\chi^2 = 1.99,$

วารสารกองการพยาบาล

$p = .738$) รายได้ ($\chi^2 = 2.59, p = .459$) สิทธิการรักษาพยาบาล ($\chi^2 = 2.34, p = .310$) ประวัติการตั้งครรภ์ ($\chi^2 = .66, p = .957$) ภาวะครรภ์เป็นพิษ ($\chi^2 = .16, p = .689$) และภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ($\chi^2 = 1.93, p = .165$)

2.2 ผลลัพธ์ทางคลินิกของทารกในครรภ์และทารกแรกเกิด พบว่า กลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ทาง

คลินิกดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งในด้านการเกิดภาวะ fetal distress และภาวะ birth asphyxia โดยกลุ่มทดลองมีสัดส่วนของทารกที่อยู่ใน FHR Category I สูงกว่า และมีอัตราการเกิด birth asphyxia ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของทารกในครรภ์และทารกแรกเกิดแรกเกิดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 102$)

ผลลัพธ์ทางคลินิก	กลุ่มควบคุม ($n=51$)	กลุ่มทดลอง ($n=51$)	χ^2	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
1. การเกิดภาวะ fetal distress			14.53	.001*
Category I	18 (35.3)	35 (68.6)		
Category II	27 (52.9)	9 (17.6)		
Category III	6 (11.8)	7 (13.7)		
2. การเกิดภาวะ birth asphyxia			6.22	.013*
เกิดภาวะ birth asphyxia	15 (29.4)	5 (9.8)		
ไม่เกิดภาวะ birth asphyxia	36 (70.6)	46 (90.2)		

*p-value < 0.05

2.3 ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้นาฬิกาชีพจร พบว่า พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้นาฬิกาชีพจร 20 คน มีอายุระหว่าง 26–49 ปี (เฉลี่ย = 35.8 ปี) โดยร้อยละ 75 มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในห้องคลอดมากกว่า 10 ปี ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 95) และร้อยละ 95 เคยผ่านการอบรมด้านการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะทารกในครรภ์เครียดในผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของ

พยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้นาฬิกาชีพจร พบว่า คะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพทั้งก่อนและหลังการใช้นาฬิกาชีพจรมีการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้สถิติ paired samples t-test พบว่า ภายหลังจากการใช้นาฬิกาชีพจร พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนการใช้นาฬิกาชีพจรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการใช้นาฬิกาชีพจรเท่ากับ 18.50 คะแนน (SD = 1.10) ก่อนการใช้นาฬิกาชีพจรเท่ากับ 14.30 คะแนน (SD = 1.56) ($t = 11.672, df = 19, p < .001$) แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติฯ (n = 20)

คะแนนเฉลี่ย	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
	14.30	1.56	18.50	1.10		

*p-value < 0.05

2.4 ความพึงพอใจของพยาบาลก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติฯ คะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพทั้งก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ มีการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้สถิติ paired samples t-

test พบว่า ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติ พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนความพึงพอใจสูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติในทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติฯ (n = 20)

ความพึงพอใจของพยาบาล	ก่อนใช้		หลังใช้		t	p-value
	แนวปฏิบัติ		แนวปฏิบัติ			
	Mean	SD	Mean	SD		
1. ด้านการจำแนกประเภทผู้คลอด	3.81	.67	4.18	.28	2.96	.008*
2. ด้านการอ่านและแปลผล EFM	3.97	.50	4.27	.28	2.94	.008*
3. ด้านการตอบสนองต่อภาวะ Fetal Distress	3.80	.56	4.18	.24	3.38	.003*
4. ด้านการสื่อสารทางคลินิกโดยใช้หลัก SBAR	3.78	.53	4.09	.17	2.59	.018*

*p-value < 0.05

อภิปรายผล

1. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการเฝ้าระวังทารกในครรภ์ระยะคลอดสำหรับผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ 1) การจำแนกระดับความเสี่ยงของผู้คลอด 2) การตรวจติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ด้วยระบบ Electronic Fetal Monitoring (EFM) 3) การตอบสนองต่อภาวะทารกในครรภ์เครียดตามระดับ FHR Category และ 4) การสื่อสารระหว่างทีม

ปีที่ 53 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569

สหวิชาชีพโดยใช้รูปแบบ SBAR เมื่อเปรียบเทียบกับแนวปฏิบัติเดิมของหน่วยงาน พบว่าแม้จะมีการใช้ EFM และการติดตามอาการทางคลินิก แต่ยังขาดระบบการจำแนกระดับความเสี่ยงของผู้คลอด แนวทางการตอบสนองต่อรูปแบบ FHR อย่างเป็นระบบ และรูปแบบการสื่อสารมาตรฐานระหว่างทีมสุขภาพ ทำให้การประเมินสถานการณ์และการตัดสินใจทางคลินิกอาจแตกต่างกันระหว่างผู้ปฏิบัติ

แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นจึงได้บูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์และแนวทางเวชปฏิบัติสากล เพื่อให้การเฝ้าระวังทารกในครรภ์ระยะคลอดในผู้คลอดครรภ์เสี่ยงสูงมีความเป็นระบบมากขึ้น ทั้งด้านการประเมินความเสี่ยง การติดตามสัญญาณชีพของทารกในครรภ์ การตอบสนองต่อภาวะผิดปกติ และการสื่อสารภายในทีมสุขภาพ ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนของทารกและผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ของทารกแรกเกิด^{3,4}

การพัฒนาแนวปฏิบัติดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการความเสี่ยงทางสุติกรรม โดยการนำระบบการจำแนกระดับความเสี่ยงของผู้คลอดมาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดการจัดประเภทผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของกองการพยาบาล¹³ และแนวคิดระดับการดูแลมารดา (levels of maternal care)¹⁴ เพื่อสนับสนุนการกำหนดลำดับความสำคัญของการดูแลและการรายงานแพทย์อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังใช้การตรวจติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ด้วย EFM ร่วมกับระบบ Three-Tiered FHR Classification ตามแนวทางของ American College of Obstetricians and Gynecologists เพื่อให้การแปลผลมีมาตรฐานเดียวกันและสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกได้อย่างเป็นระบบ รวมทั้งกำหนดแนวทางการตอบสนองต่อรูปแบบ FHR ตามระดับความรุนแรง และบูรณาการการสื่อสารแบบ SBAR เพื่อเพิ่มความชัดเจนในการรายงานข้อมูลระหว่างทีมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของ Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists และ National Institute for Health and Care Excellence ที่เน้นการเฝ้าระวังทารกในครรภ์ระยะคลอดอย่างเป็นระบบและ

การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเพื่อเพิ่มความปลอดภัยของมารดาและทารก^{8-10, 14-18}

2. ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีสัดส่วนของทารกในครรภ์ที่อยู่ใน Category I ซึ่งเป็นภาวะปกติ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (ร้อยละ 68.6 เทียบกับ 35.3) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีสัดส่วนของ Category II ซึ่งสะท้อนถึงภาวะสงสัยผิดปกติสูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างชัดเจน (ร้อยละ 52.9 เทียบกับ 17.6) แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยให้การเฝ้าระวังทารกในครรภ์มีประสิทธิภาพมากขึ้น และสามารถคงสภาพของทารกให้อยู่ในระดับปกติได้ตลอดระยะคลอด ผลลัพธ์ดังกล่าวอธิบายได้จากการที่แนวปฏิบัติมีการกำหนดกระบวนการประเมินและการแปลผล EFM อย่างเป็นระบบโดยใช้การจำแนก category I-III ซึ่งช่วยให้พยาบาลสามารถรับรู้การเปลี่ยนแปลงของสภาพทารกในครรภ์ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และสามารถดำเนินการแก้ไขหรือรายงานแพทย์ได้อย่างทันท่วงที จึงช่วยป้องกันการดำเนินไปสู่ภาวะ hypoxia และ fetal acidemia ซึ่งเป็นกลไกสำคัญของการเกิด fetal distress และภาวะแทรกซ้อนของทารกในครรภ์²¹ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ ACOG และ AWHONN ที่ระบุว่า การใช้ระบบการจำแนก FHR เป็น 3 Category ร่วมกับการดูแลแก้ไขตามแนวทางที่เหมาะสม สามารถช่วยลดการดำเนินไปสู่ภาวะ fetal acidemia และลดความรุนแรงของ FHR abnormal patterns ได้⁹⁻¹⁰

กลุ่มทดลองมีอัตราการเกิด birth asphyxia ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 9.8 เทียบกับ 29.4) สะท้อนว่าแนวปฏิบัติสามารถลดความรุนแรงของการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เนื่องจากแนวปฏิบัติช่วยให้

วารสารกองการพยาบาล

สามารถตรวจพบสัญญาณผิดปกติของ FHR และภาวะ fetal distress ได้รวดเร็วขึ้น และมีแนวทางการตอบสนองที่ชัดเจน เช่น การแก้ไขสาเหตุของภาวะการทำงานของรกบกพร่อง (uteroplacental insufficiency) การจัดท่าผู้คลอด การให้ออกซิเจน และการประสานแพทย์เพื่อพิจารณาการคลอดโดยเร่งด่วน ส่งผลให้สามารถป้องกันการดำเนินไปสู่ fetal acidemia และ birth asphyxia ได้⁹⁻¹¹ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของการดูแลเพื่อป้องกันการเกิด fetal hypoxia และ fetal acidemia ซึ่งระบุว่า การเฝ้าระวัง FHR อย่างเป็นระบบร่วมกับการตอบสนองที่รวดเร็วสามารถลดอัตราการเกิด birth asphyxia และภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทในทารกแรกเกิดได้^{8,21}

แม้พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างจะมีประสบการณ์ทำงานในห้องคลอดมากกว่า 10 ปีและเคยผ่านการอบรมมาก่อน แต่ผลการวิจัย พบว่า การใช้แนวปฏิบัติใหม่ยังคงมีช่องว่างของความรู้เฉพาะด้าน โดยเฉพาะการแปลผลการตรวจติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (EFM) และการตอบสนองต่อภาวะเสี่ยงตามระดับความรุนแรง อย่างไรก็ตาม ภายหลังจากใช้แนวปฏิบัติฯ คะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่าแนวปฏิบัติดังกล่าวสามารถเสริมสร้างความเข้าใจทั้งในด้านการจำแนกผู้คลอด การอ่านและแปลผล FHR, การจัดการภาวะ fetal distress รวมถึงการสื่อสารทางคลินิกอย่างเป็นระบบ ช่วยเปลี่ยนผ่านองค์ความรู้จากเชิงทฤษฎีสู่การปฏิบัติจริงในคลินิกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ AWHONN (2024) และ ACOG (2025) ซึ่งเน้นย้ำว่าปีที่ 53 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569

การมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ และใช้ภาษาทางคลินิกที่เป็นมาตรฐานเดียวกันจะช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการตีความข้อมูลและสร้างความมั่นใจให้แก่พยาบาล โดยเฉพาะการใช้ระบบการแปลผล FHR แบบสามระดับ ซึ่งช่วยลดความแปรปรวนในการตีความข้อมูล การเพิ่มขึ้นของคะแนนความรู้ยังมีนัยสำคัญยังพิสูจน์ให้เห็นว่าการอบรมทฤษฎีเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอหากปราศจากแนวปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม สอดคล้องกับแนวคิดของ Cornell และคณะ (2020) ที่ว่าการผสมผสานแนวปฏิบัติเข้ากับการสื่อสารทางคลินิกที่มีโครงสร้างจะช่วยสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกที่แม่นยำและทันทั่วถึง อันเป็นปัจจัยสำคัญในการลดความเสี่ยงต่อผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ของทารกแรกเกิด

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการเฝ้าระวังทารกในครรภ์ระยะคลอดสำหรับผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจทั้งโดยรวมและรายด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สะท้อนว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นสามารถตอบสนองต่อการปฏิบัติงานจริงในห้องคลอดได้อย่างเหมาะสม และช่วยเสริมสร้างความชัดเจน ความมั่นใจ และประสิทธิภาพในการดูแลผู้คลอดกลุ่มเสี่ยงสูง

ความพึงพอใจด้านการจำแนกระดับความเสี่ยง การตรวจติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Fetal Monitoring :EFM) และการตอบสนองต่อภาวะทารกในครรภ์เครียดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากแนวปฏิบัติได้กำหนดเกณฑ์และแนวทางการดูแลที่ชัดเจน เชื่อมโยงกับระบบการแปลผล FHR แบบ Category I–III และการกำหนดระดับการตอบสนองตามความรุนแรง ทำให้พยาบาลสามารถประเมินสถานการณ์

ตัดสินใจ และดำเนินการได้อย่างเป็นระบบและสอดคล้องกันภายในทีม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ ACOG และ AWHONN ที่เน้นการจำแนกระดับความเสี่ยงและการเฝ้าระวังตามมาตรฐานสากล⁸⁻¹⁰ รวมทั้งแนวคิดการป้องกัน fetal acidemia ที่ให้ความสำคัญกับการตอบสนองอย่างทันที่และเหมาะสม^{8,21} นอกจากนี้ ความพึงพอใจด้านการสื่อสารโดยใช้ SBAR เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่า แนวปฏิบัติช่วยสนับสนุนการสื่อสารที่มีโครงสร้างชัดเจน และลดความคลาดเคลื่อนในการถ่ายทอดข้อมูล โดยเฉพาะในสถานการณ์เร่งด่วน เช่น ภาวะ fetal distress ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่รายงานว่า SBAR ช่วยเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย และประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมในห้องคลอด¹⁷⁻²⁰

โดยสรุป แนวปฏิบัติการพยาบาลการเฝ้าระวังทารกในครรภ์ระยะคลอดสำหรับผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง มีประสิทธิผลในการปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกของทารกทั้งในระยะก่อนคลอดและหลังคลอด โดยช่วยเพิ่มสัดส่วนของทารกที่มีสภาวะปกติ (category I) และลดการเกิด birth asphyxia อย่างมีนัยสำคัญ แนวปฏิบัตินี้สามารถใช้เป็น ต้นแบบมาตรฐานเฉพาะโรคด้านการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ซึ่งสะท้อนถึงคุณภาพของแนวปฏิบัติ ของแนวปฏิบัตินี้ในการยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยของการดูแลผู้คลอดในหน่วยบริการระดับตติยภูมิและตติยภูมิ

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. งานวิจัยนี้จัดกลุ่มตัวอย่างตามช่วงเวลา (Time-based allocation) เนื่องจากข้อจำกัดด้าน

จริยธรรมและความปลอดภัยของผู้ป่วยในบริบทการดูแลผู้คลอดจริง ซึ่งไม่สามารถสุ่มตัวอย่างได้อย่างสมบูรณ์ การดำเนินการในลักษณะนี้อาจทำให้เกิดปัจจัยกวน (Confounding factors) ที่มีผลต่อผลลัพธ์การศึกษา เช่น ความแตกต่างของระดับความรุนแรงของภาวะครรภ์เสี่ยงสูง ทักษะประสบการณ์ของบุคลากร หรือปัจจัยด้านระบบบริการในแต่ละช่วงเวลา ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่ผู้วิจัยควรนำมาพิจารณาและอภิปรายประกอบผลการศึกษาด้วย

2. ดำเนินการในโรงพยาบาลแห่งเดียว การศึกษานี้ดำเนินการในโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิ ซึ่งมีทรัพยากร บุคลากร และระบบการดูแลที่แตกต่างกันจากโรงพยาบาลระดับอื่น ทำให้การนำผลไปอ้างอิงหรือขยายผลไปยังโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิอาจต้องพิจารณาบริบทอย่างรอบคอบ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรขยายรูปแบบการวิจัยเป็นการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial) เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการศึกษาและลดอิทธิพลของปัจจัยรบกวน ควรมีการสุ่มจัดกลุ่มผู้คลอดหรือหน่วยบริการให้ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติหรือการดูแลตามปกติ

2. ควรดำเนินการศึกษาในหลายระดับของหน่วยบริการ เช่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ เพื่อประเมินความเป็นไปได้และประสิทธิผลของแนวปฏิบัติในบริบทที่แตกต่างกัน และเพิ่มความสามารถในการนำผลไปใช้ทั่วไป (generalizability)

Reference

1. Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development. High-risk pregnancy [Internet]. Bethesda (MD): National Institutes of Health; [cited 2025 Oct 20]. Available from: <https://www.nichd.nih.gov/health/topics/high-risk>
2. Gallardo Cerna NV, Jara Huapaya NM, Aguirre Quispe W. Preeclampsia as a risk factor for postpartum hemorrhage: a systematic review and meta-analysis. *J Obstet Gynaecol Can.* 2025;47(12):103157. doi:10.1016/j.jogc.2025.103157
3. Giles-Clark HJ, Skinner SM, Linn MM, Rolnik DL, Mol BW. Prediction models for intrapartum fetal hypoxia: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2025;308:99–111. doi:10.1016/j.ejogrb.2025.02.052
4. World Health Organization. Birth asphyxia estimates and global burden. Geneva: World Health Organization; 2024.
5. Department of Health, Ministry of Public Health. National health indicators report 2023. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023. Thai.
6. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Five-year action plan of the Ministry of Public Health (2023–2027). Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023. Thai.
7. Labor Room, Hatyai Hospital. Delivery statistics report, 2021–2025. Songkhla: Hatyai Hospital; 2025. Thai.
8. Li S, Yang Q, Niu S, Liu Y. Effectiveness of remote fetal monitoring on maternal-fetal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *JMIR Mhealth Uhealth.* 2023;11:e41508. doi:10.2196/41508
9. American College of Obstetricians and Gynecologists. Intrapartum fetal heart rate monitoring: nomenclature, interpretation, and general management principles. *ACOG Practice Bulletin.* Washington (DC): ACOG; 2025.
10. Association of Women’s Health, Obstetric and Neonatal Nurses. Fetal heart monitoring principles and practices. 6th ed. Washington (DC): AWHONN; 2024.
11. Royal Thai College of Obstetricians and Gynecologists. Intrapartum fetal monitoring: RTCOG clinical practice guideline [Internet]. Bangkok: Royal Thai College of Obstetricians and Gynecologists; 2020 [cited 2025 Oct 15]. Available from: <https://www.rtcog.or.th/photo/cpg/OB-63-025.pdf>. Thai.

12. Fueanglada Thongprasert. Abnormal fetal heart rate patterns [Internet]. Chiang Mai: Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Chiang Mai University; [date unknown] [cited 2025 Oct 19]. Available from: <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lessons/33346/>. Thai.
13. Nursing Division, Ministry of Public Health. Patient classification based on severity of illness and nursing care needs. Bangkok: Ministry of Public Health; 2004. Thai.
14. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG obstetric care consensus no. 9: levels of maternal care: correction. *Obstet Gynecol.* 2023;141(4):864. doi:10.1097/AOG.0000000000005128
15. Kelly S, Lamé G, Dixon-Woods M, Liberati E, Kyriacou H, Dunn H, et al. Influences on safety of intrapartum electronic fetal heart rate monitoring practices: a scoping review. *BMJ Open.* 2024;14(12):e085827. doi:10.1136/bmjopen-2024-085827
16. Jareesri Kunsiripunyo. Nurses' roles in intrapartum fetal surveillance using continuous electronic fetal heart rate and uterine contraction monitoring. *J Phrapokklao Nurs Coll Chanthaburi.* 2019;30(1):226–38. Thai.
17. Shinta N, Bunga A. The implementation of SBAR communication method for patient safety: a literature review. *Malahayati Int J Nurs Health Sci.* 2024;7. doi:10.33024/minh.v7i5.190
18. Pissamai Chuatong, Chanakan Anuntariyakoon. The Effectiveness of Using SBAR Communication Program at Phaholpolpayuhasena Hospital (Phahol Electronic SBAR). *Kanchanaburi Med J.* 2023;11(33):65–76. Thai.
19. Ghonem NME-S, El-Husany WA. SBAR shift report training program and its effect on nurses' knowledge and practice and their perception of shift handoff communication. *SAGE Open Nurs.* 2023;9:23779608231159340. doi:10.1177/23779608231159340
20. Müller M, Jürgens J, Redaelli M, Klingberg K, Hautz WE, Stock S. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ Open.* 2018;8(8):e022202. doi:10.1136/bmjopen-2018-022202.
21. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Fetal monitoring in labour: NICE guideline [NG229]. London: NICE; 2022 [updated 2025 Nov 12; cited 2025 Oct 20]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng229>

22. Soukup SM. The center for advanced nursing practice evidence-based practice model: promoting the scholarship of practice. Nurs Clin North Am. 2000;35(2):301-9.
23. Cornell P, Townsend-Gervis M, Vardaman JM, Yates L. Improving situation awareness and patient outcomes through interdisciplinary rounding and structured communication. J Nurs Adm. 2014;44(3):164-169. doi:10.1097/NNA.0000000000000045.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในจังหวัดปทุมธานี

ฐิณภณณ ภูมิจัยวิวัฒน์*	พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
จันทร์จิรา นิคมประศาสน์**	วท.ม. (จิตวิทยาชุมชน)
ภัทรพิชชา ครุฑทางคะ*	ค.ด. (วิธีวิทยาการวิจัยการศึกษา)
นพนันธุ์ จำปาเทศ*	ปร.ด. (อายุรศาสตร์เขตร้อน)

(รับ: 16 กุมภาพันธ์ 2569, แก้ไข: 27 กุมภาพันธ์ 2569, ตอรับ: 15 มีนาคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 417 คน ได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพ โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.61-1.00 และค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.88-0.90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและการถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง (ร้อยละ 50.60) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง (ร้อยละ 52.76) และได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง (ร้อยละ 50.60) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม โดยเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญ ($OR = 1.606$, 95% $CI = 1.084-2.378$, $p = 0.012$) นักเรียนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำถึงปานกลางมีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มที่มีระดับสูง ($OR = 2.119$, 95% $CI = 1.430-3.139$, $p < 0.001$) และนักเรียนที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำถึงปานกลางมีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนระดับสูง ($OR = 2.071$, 95% $CI = 1.402-3.060$, $p < 0.001$) ขณะที่อายุไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญในการลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ข้อเสนอพบสามารถใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการกำหนดนโยบาย การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตในสถานศึกษา และการเสริมสร้างระบบสนับสนุนในครอบครัวและชุมชน เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า นักเรียน มัธยมศึกษาตอนปลาย

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

Corresponding author; E-mail: janjira.ni@ptu.ac.th

Factors Associated with the level of Depression Risk among Senior High School Students in Pathum Thani Province

Thiyapan Poomchaiwiwat*	M.N.S. (Psychiatric and Mental Health Nursing)
Janjira Nikomprasasn**	M.Sc. (Community Mental Health)
Phatphitcha Kruthangka*	Ph.D. (Educational Research Methodology)
Nopphanath Chumpathat*	Ph.D. (Tropical Medicine)

(Received: February 16, 2026, Revised: February 27, 2026, Accepted: March 15, 2026)

Abstract

This study aimed to examine factors associated with the level of depression risk among senior high school students in Pathum Thani Province. The sample consisted of 417 students selected through multistage sampling. Research instruments included a demographic questionnaire, a health literacy questionnaire, a social support questionnaire, and the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). The instruments were tested for quality, with content validity indices ranging from 0.61 to 1.00 and reliability coefficients ranging from 0.88 to 0.90. Data were analyzed using descriptive statistics and binary logistic regression.

The results revealed that most students were at a severe level of depression risk (50.60%). Health literacy was predominantly at a moderate level (52.76%), while social support was at a high level (50.60%). Factors significantly associated with depression risk included gender, health literacy, and social support. Female students had a significantly higher risk of depression than male students (OR = 1.606, 95% CI = 1.084–2.378, $p = 0.012$). Students with low to moderate health literacy were more likely to be at risk of depression than those with high health literacy (OR = 2.119, 95% CI = 1.430–3.139, $p < 0.001$). Similarly, students receiving low to moderate levels of social support were more likely to experience depression risk compared to those receiving high levels of social support (OR = 2.071, 95% CI = 1.402–3.060, $p < 0.001$). Age was not significantly associated with depression risk.

These findings indicate that health literacy and social support are important factors in reducing depression risk among adolescents. The results provide empirical evidence for policy formulation, the development of school-based mental health promotion programs, and the strengthening of social support systems within families and communities to prevent and reduce depression severity and promote long-term well-being among adolescents.

Key words: Social support; Health literacy; Depression; Senior high school students

* Lecturer, Faculty of Nursing, Pathumthani University

** Lecturer, Faculty of Nursing, Pathumthani University,

Corresponding author; E-mail: janjira.ni@ptu.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้า (depression) เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่ส่งผลกระทบต่อความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคล ผู้ที่มีภาวะนี้มักมีอาการเศร้า เบื่อหน่าย ขาดความสนใจในกิจกรรมที่เคยชอบ รู้สึกโดดเดี่ยว ไร้คุณค่า และมีมุมมองด้านลบต่อตนเอง ส่งผลให้การดำเนินชีวิตประจำวัน การเรียน การทำงาน และความสัมพันธ์ทางสังคมลดลงอย่างชัดเจน¹ องค์การอนามัยโลกชี้ให้เห็นว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญของประชากรโลก โดยมีผู้ได้รับผลกระทบมากกว่า 350 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด นอกจากนี้ ภาวะซึมเศร่ายังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เชื่อมโยงกับการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายจำนวนมากในแต่ละปี² สะท้อนความจำเป็นเร่งด่วนในการเฝ้าระวัง ป้องกัน คัดกรอง และจัดระบบดูแลสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่องในทุกระดับ โดยอาศัยความร่วมมือจากครอบครัว โรงเรียน ชุมชน และสถานบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในเด็กและวัยรุ่นตอนต้น ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีความเปราะบางทางอารมณ์จากการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน หากขาดการดูแลที่เหมาะสมอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตระยะยาว

วัยรุ่นเป็นช่วงวัยเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งด้านชีวภาพ ความคิด อารมณ์ และสังคม ส่งผลให้เป็นช่วงวัยที่มีความเปราะบางต่อปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่กระทบต่อคุณภาพชีวิต การเรียนรู้ และการทำหน้าที่ทางสังคมของเยาวชน วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงมักมีความบกพร่องด้านการเรียน การทำงาน และความสัมพันธ์ทางสังคม อีกทั้งยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง และอาจส่งผลต่อเนื่องไปสู่การเกิดโรคซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ³ ข้อมูลสุขภาพ

คนไทย 2568 จากสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า จำนวนผู้ป่วยซึมเศร้าที่เข้ารับบริการเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละ 19,656 ราย กลุ่มเสี่ยงสูงสุด คือ ช่วงอายุ 18-24 ปี (26.90%) และผู้หญิงมีโอกาสเป็นมากกว่าผู้ชาย 2 เท่า ซึ่งชัดเจนว่าวัยรุ่นตอนปลาย เป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางทางสุขภาพจิตสูงสุด และในปี พ.ศ. 2567 พบว่าเด็กและวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 18 ปี เกือบครึ่งหนึ่งของเด็กไทยมีสุขภาพจิตไม่ดี (48.60%) และมีความเสี่ยงฆ่าตัวตายในระดับ สูง (14.00%)⁴ สอดคล้องกับ ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC)⁵ และการรายงานผลผ่านระบบ Mental Health Check-in ของกรมสุขภาพจิต ซึ่งเห็นว่าสถานการณ์โรคซึมเศร้าในประเทศไทยมีแนวโน้มขยับสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดย พบว่า แนวโน้มความชุกและกลุ่มเสี่ยง (Prevalence and High-risk Groups) ในช่วงปี พ.ศ. 2565 พบจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสะสมทั่วประเทศประมาณ 1.2 ล้านคน อย่างไรก็ตาม ในปี พ.ศ. 2566-2567 พบว่า ตัวเลขผู้ที่มีความเสี่ยงและผู้ป่วยรายใหม่มีทิศทางเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรช่วงอายุ 15-24 ปี (Gen Z) ซึ่งผลการสำรวจจะพบว่ามีความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงที่สุดเมื่อเทียบกับประชากรกลุ่มอายุอื่น⁶ สอดคล้องกับรายงานภาวะสังคมไทยที่ระบุว่าปัญหาสุขภาพจิต เป็นประเด็นลำดับต้น ๆ ที่คุกคามคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นในปัจจุบัน

จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น พบว่า เพศและอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยพบว่า วัยรุ่นหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าวัยรุ่นชาย และพบว่า วัยรุ่นหญิงและวัยรุ่นชายในช่วงวัยรุ่นตอนต้นมี

ภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกันแต่หลังจากอายุ 15 ปี พบภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นหญิงมากกว่าชายถึง 2 เท่า⁷ วัยรุ่นที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยให้วัยรุ่นสามารถรับรู้ เข้าใจ และประเมินอาการทางอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม สามารถเลือกใช้วิธีการจัดการความเครียด การเผชิญปัญหา และการแสวงหาความช่วยเหลือได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้ลดโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ดีกว่าเมื่อเทียบกับวัยรุ่นที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ⁸⁻¹⁰ นอกจากนี้ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม (social support) ก็มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับภาวะซึมเศร้าเช่นกัน เนื่องจากการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลใกล้ชิด มีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความมั่นคงทางอารมณ์ ความรู้สึกมีคุณค่า และการรับรู้ว่าตนเองไม่ได้เผชิญปัญหาเพียงลำพัง ซึ่งมีผลเชิงป้องกันต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ยิ่งได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก โอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าจะลดลง^{8-9,11} อีกทั้งยังช่วยส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสม จากแนวโน้มสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีความเปราะบางทางอารมณ์ ประกอบกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชี้ให้เห็นว่าเพศ อายุ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดปทุมธานี เพื่อสะท้อนสถานการณ์สุขภาพจิตของวัยรุ่นในจังหวัดปทุมธานี เนื่องจากเป็นพื้นที่สำคัญในแถบปริมณฑลที่มีลักษณะเป็นสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท (Semi-urbanization) ส่งผลให้วัยรุ่นในพื้นที่เผชิญกับสภาวะแวดล้อมที่เร่งรีบและการแข่งขันทาง

การศึกษาที่รุนแรง เพราะเป็นที่ตั้งของสถาบันการศึกษาชั้นนำจำนวนมาก ลักษณะทางกายภาพและสังคมของพื้นที่ปทุมธานีที่มีการขยายตัวของภาคอุตสาหกรรมและอสังหาริมทรัพย์อย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบต่อโครงสร้างครอบครัว โดยพบว่า สัมพันธภาพและการสนับสนุนทางสังคมภายในครอบครัวลดลงเนื่องจากภาระทางเศรษฐกิจของพนักงานในเขตนิคมอุตสาหกรรมและผู้ประกอบการในพื้นที่¹² สอดคล้องกับแนวคิดทางจิตสังคมที่ระบุว่า สภาพแวดล้อมที่ขาดความยืดหยุ่นทางสังคม (Social Resilience) เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่กระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย การศึกษาครั้งนี้จึงไม่ได้เป็นเพียงการสำรวจความทุกข์เพียงอย่างเดียว แต่เป็นการค้นหาปัจจัยกำหนดสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของวัยรุ่นในปริมณฑลเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบระบบเฝ้าระวัง และพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตที่จำเพาะเจาะจง (Tailored Intervention) ต่อบริบทของนักเรียนในจังหวัดปทุมธานี อันจะช่วยลดอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าและการสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹³

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อ

1. ศึกษาระดับความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ของนักเรียน มัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดปทุมธานี

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดปทุมธานี ได้แก่ เพศ อายุ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะ

วารสารกองการพยาบาล

ซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในจังหวัด
ปทุมธานี

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า
ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ปัจจัยความ
รอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ของนักปม¹⁴
ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล
และบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ
ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการ
ตัดสินใจและการรู้เท่าทันสื่อ และปัจจัยการสนับสนุน
ทางสังคม (social support) ตามแนวคิดของเฮาส์¹⁵
ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ การสนับสนุน

ด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร
การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ และการสนับสนุนด้าน
การประเมิน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยเพศ
และอายุมีความสัมพันธ์จากอิทธิพลของฮอร์โมน การ
เปลี่ยน แปลงทางสรีระและวุฒิภาวะทางอารมณ์
โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นตอนปลายที่ต้องเผชิญกับการ
เปลี่ยนผ่านช่วงวัย (Transition Period)¹² ความรอบรู้
ด้านสุขภาพทำหน้าที่เป็นกลไกในการจัดการ
ความเครียด และการสนับสนุนทางสังคมทำหน้าที่
เป็นเกราะป้องกัน หากนักเรียนมีทั้งทักษะภายในที่
เข้มแข็งและมีระบบสนับสนุนภายนอกที่ดีย่อมส่งผล
ให้ระดับความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าลดลง ภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) นี้เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในจังหวัดปทุมธานี โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา ในจังหวัดปทุมธานี ซึ่งกำลังศึกษาอยู่ในปีการศึกษา 2566 โดยมีจำนวนนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายทั้งหมด 26,420 คน¹⁶

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4, 5 และ 6 ที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี และกำลังศึกษาอยู่ในปีการศึกษา 2566 ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรมคำนวณขนาดตัวอย่างออนไลน์ของ Select Statistics¹⁷ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และระดับความเชื่อมั่นที่ 0.95 ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 379 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือข้อมูลไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20¹⁸ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 455 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) เพื่อให้ได้ตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากร โดยในขั้นตอนแรกใช้การสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากประเภทของโรงเรียน ได้โรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยวิธีจับฉลากเลือกอำเภอ 7 อำเภอ ให้เหลือ 4 อำเภอ และสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) เลือกโรงเรียนอำเภอละ 2 โรงเรียน รวม 8 โรงเรียน หลังจากนั้น ผู้วิจัยคัดเลือกนักเรียนจากแต่ละโรงเรียน ด้วยวิธีการเลือกตามสะดวก (convenience sampling) โรงเรียนละ 57 คน โดย

แบ่งตามระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ได้แก่ ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4, 5 และ 6 ระดับชั้นละ 19 คน โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายทั้งเพศชายและหญิงที่กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2566 สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทยได้ และยินยอมสมัครใจให้ความร่วมมือในการวิจัย และกำหนดเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ นักเรียนขอระงับการให้ข้อมูลหรือถอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม 1 ฉบับ แบ่งเป็น 4 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบตรวจสอบรายการ (checklist) 2 ข้อ ได้แก่ เพศ และอายุ ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนาตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนันทิพย์¹⁴ เป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ 30 ข้อ ในด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อ โดยกำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย 3.68–5.00 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 2.34–3.67 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย 1.00–2.33 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ตอนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยพัฒนาตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์¹⁵ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ และการสนับสนุนด้านการประเมิน เป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ 17 ข้อ โดยกำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย 3.68–5.00 หมายถึง

การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.34–3.67 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย 1.00–2.33 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อย ตอนที่ 4 แบบคัดกรองความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (Center for Epidemiological Studies Depression Scale; CES-D)¹⁹ ซึ่งประเมินอาการหรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 20 ข้อ คะแนนสำหรับข้อคำถามเชิงลบ แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 0 คะแนน หมายถึง ไม่เกิดขึ้นเลย 1 คะแนน หมายถึง เกิดขึ้นนาน ๆ ครั้ง (1–2 วันต่อสัปดาห์) 2 คะแนน หมายถึง เกิดขึ้นค่อนข้างบ่อย (3–4 วันต่อสัปดาห์) และ 3 คะแนน หมายถึง เกิดขึ้นบ่อยครั้ง (5–7 วันต่อสัปดาห์) ส่วนข้อคำถามเชิงบวก ให้คะแนนในลักษณะกลับทิศทาง (reverse scoring) คะแนนรวมของแบบคัดกรองมีค่า 0–60 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การแปลผลความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า ดังนี้ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน หมายถึง ภาวะปกติ คะแนน 16–21 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย และคะแนนมากกว่า 21 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพและแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เพื่อประเมินความเหมาะสมของภาษา ความชัดเจนของข้อคำถาม และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย คำดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) พบว่าทุกข้อคำถามมีค่า CVI อยู่ระหว่าง 0.60–1.00 สำหรับแบบคัดกรองความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

(CES-D) ฉบับภาษาไทย¹⁹ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพและนำไปใช้ในกลุ่มวัยรุ่นไทยแล้ว ผู้วิจัยจึงมิได้ดำเนินการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเพิ่มเติม

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทั้งหมดไปทดลองใช้กับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดปทุมธานีที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 30 คน และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่า แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบคัดกรองความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.90 0.89 และ 0.88 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี เลขที่โครงการ PTU-REC 019/2566 เมื่อวันที่ 3 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ดำเนินการโดยคำนึงถึงหลักคุณธรรมและจริยธรรมทางการวิจัย ความยุติธรรม และการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของกลุ่มตัวอย่างอย่างเท่าเทียม ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยโดยสังเขป ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถาม ตลอดจนสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการปฏิเสธหรือยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการเรียนหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งนี้ การชี้แจงข้อมูลดังกล่าวดำเนินการในรูปแบบลายลักษณ์อักษร และได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยทั้งหมดจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ วิเคราะห์ และนำเสนอในภาพรวมในรูปแบบบทความวิจัย โดยไม่สามารถระบุตัวตนของผู้ให้ข้อมูลได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้จัดทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ และขอบเขตการเก็บข้อมูล รวมถึงขออนุญาตเก็บข้อมูลจากนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายที่เป็นตัวอย่างวิจัย เมื่อได้รับอนุญาตจากสถานศึกษาแล้ว เริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทีมผู้ช่วยวิจัย แบบสอบถามที่ได้รับคืนได้รับการตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล ดำเนินการในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 ได้รับแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ 417 ฉบับ คิดเป็น 91.65%

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของตัวอย่าง และการทดสอบการแจกแจงข้อมูลตัวแปรการวิจัย ด้วยค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage)

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า สถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบ 2 กลุ่ม (Binary Logistic Regression) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย 417 คน เป็นเพศหญิง 224 คน (53.72%) เพศชาย 184 คน (44.12%) และไม่ระบุเพศ 9 คน (2.16%) มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 ปี 280 คน (67.15%) และ

มีอายุมากกว่า 17 ปี 137 คน (32.85%) เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 118 คน (28.30%) ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 158 คน (37.89%) และชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 141 คน (33.81%)

2. ระดับความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงมากที่สุด 211 คน (50.60%) รองลงมา คือ มีระดับความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 115 คน (27.58%) และไม่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 91 คน (21.82%) สำหรับระดับความรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า โดยภาพรวมนักเรียนมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง 220 คน (52.76%) รองลงมา คือ ระดับสูง 186 คน (44.60%) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า นักเรียนมากกว่าครึ่งหนึ่งมีทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และมีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพอยู่ในระดับสูงมากที่สุด (57.79% และ 55.16% ตามลำดับ) ขณะที่ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านทักษะการจัดการตนเอง และด้านทักษะการตัดสินใจ อยู่ในระดับปานกลาง (49.64% ถึง 54.20%) และสำหรับระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของนักเรียน พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง 211 คน (50.60%) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า นักเรียนได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านวัตถุสิ่งของ และด้านการประเพณี อยู่ในระดับสูงมากที่สุด (56.83%, 50.36% และ 47.96% ตามลำดับ) แต่นักเรียนได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด (46.52%) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จำแนก
รายด้าน (N=417)

ปัจจัย	ระดับของปัจจัย					
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	11	2.64	220	52.76	186	44.60
- การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและ บริการสุขภาพ	20	4.80	223	53.48	174	41.73
- ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	14	3.36	173	41.49	230	55.16
- ทักษะการสื่อสาร	65	15.59	209	50.12	143	34.29
- ทักษะการจัดการตนเอง	38	9.11	226	54.20	153	36.69
- ทักษะการตัดสินใจ	23	5.52	207	49.64	187	44.84
- การรู้เท่าทันสื่อ	9	2.16	167	40.05	241	57.79
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	21	5.04	185	44.36	211	50.60
- การสนับสนุนด้านอารมณ์	28	6.71	152	36.45	237	56.83
- การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	59	14.15	194	46.52	164	39.33
- การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ	42	10.07	165	39.57	210	50.36
- การสนับสนุนด้านการประเมิน	25	6.00	192	46.04	200	47.96

การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า พบว่า เพศหญิงมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพศหญิงมีความเสี่ยงถึง 55.80% ขณะที่เพศชายมีความเสี่ยง 44.02% และมีค่า Odds Ratio เท่ากับ 1.606 (95%CI = 1.084–2.378, $p = .012$) แสดงว่าเพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชายประมาณ 1.61 เท่า เมื่อพิจารณาตามอายุ พบว่า นักเรียนที่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 ปีมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าถึง 54.32% ขณะที่กลุ่มอายุมากกว่า 17 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยง 48.24% แม้กลุ่มอายุน้อยมีโอกาสเสี่ยงมากกว่า 1.27 เท่า OR=1.276, (95%CI = 0.860 – 1.894) แต่ความแตกต่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .012$)

ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า นักเรียนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลางมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 58.87% ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง (40.32%) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า Odds Ratio เท่ากับ 2.119 (95%CI = 1.430-3.139, $p < .001$) แสดงว่านักเรียนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลางมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่านักเรียนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงประมาณ 2.12 เท่า ในทำนองเดียวกัน การสนับสนุนทางสังคมก็มีความสัมพันธ์อย่างชัดเจน โดยนักเรียนที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำถึงปานกลางมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 59.71% ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง (41.71%)

วารสารกองการพยาบาล

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า Odds Ratio เท่ากับ 2.071 (95%CI = 1.402-3.060, $p < .001$) แสดงว่า นักเรียนที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำถึงปานกลางมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่านักเรียนที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับสูงประมาณ 2.07 เท่า ดังนั้น สามารถสรุปได้ว่า

นักเรียนเพศหญิง นักเรียนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำถึงปานกลาง และนักเรียนที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำถึงปานกลาง เป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่อายุพบความแตกต่างที่ไม่มีนัยสำคัญ ดังตาราง 2

ตารางที่ 2 ปัจจัย (เพศ, อายุ, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม) ที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า

ตัวแปร	ความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า		รวม	OR	95%CI	p
	ปกติถึงเล็กน้อย	รุนแรง				
เพศชาย	103 (55.98%)	81 (44.02%)	184	1		.012
เพศหญิง	99 (44.20%)	125 (55.80%)	224	1.606	1.084 – 2.378	
อายุ ≥ 17 ปี	132 (51.76%)	123 (48.24%)	255	1		.133
อายุ < 17 ปี	74 (45.68%)	88 (54.32%)	162	1.276	0.860 – 1.894	
ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง	111 (59.68%)	75 (40.32%)	186	1		<.001
ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำถึงปานกลาง	95 (41.135)	136 (58.87%)	231	2.119	1.430-3.139	
การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง	123 (58.29%)	88 (41.71%)	211	1		<.001
การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำถึงปานกลาง	83 (40.29%)	123 (59.71%)	206	2.071	1.402-3.060	

หมายเหตุ. OR = Odds Ratio; CI = Confidence Interval. กลุ่มอ้างอิง (OR = 1.00)

เป็นตัวแทนของผู้เข้าร่วมที่มีระดับความเสี่ยงต่ำ.

การอภิปรายผล

นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดปทุมธานี เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงสูงถึง 50.60% แสดงให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งร่างกาย อารมณ์ ความคิด ประกอบกับเป็นช่วงที่มีความกดดันจากภาระการเรียนและเตรียมสอบเพื่อเข้าศึกษาต่อใน

ระดับอุดมศึกษา ความคาดหวังของครอบครัว และบริบทความสัมพันธ์กับเพื่อน นอกจากนี้ การขาดการสนับสนุนทางสังคมที่ดี อาทิเช่น การสื่อสารที่ไม่เพียงพอในครอบครัว หรือการรับรู้ความช่วยเหลือที่ต่ำ สามารถทำให้วัยรุ่นรู้สึกโดดเดี่ยวและรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง ซึ่งสัมพันธ์กับระดับซึมเศร้าเพิ่มขึ้น²⁰ สอดคล้องกับการศึกษาของ ภักดิ์พิชชา ครุฑทางคะ และคณะ⁹ ที่พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

ในเขตกรุงเทพมหานครมีระดับภาวะซึมเศร้าโดยรวมอยู่ในระดับรุนแรงเช่นกัน สำหรับด้านความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของนักเรียนอยู่ในระดับปานกลาง (52.76%) ทั้งนี้เป็นไปได้ว่าถึงแม้นักเรียนจะมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลทางสุขภาพจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ทั้งจากการเรียนและสื่อรอบตัว แต่ยังมีข้อจำกัดในด้านทักษะที่ต้องใช้ในชีวิตจริง เช่น การคัดกรองความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเหมาะสม การสื่อสารกับผู้ใหญ่ การจัดการตนเอง และการตัดสินใจด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นทักษะที่ต้องอาศัยประสบการณ์ ส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมไม่สูงเท่าที่ควร สอดคล้องกับการศึกษาของ สาวิณี ยศสอน และคณะ²¹ ทำการศึกษาในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่า มีระดับความรู้สุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอาจเป็นเพราะนักเรียนไม่ทราบแหล่งช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต และส่วนใหญ่จะเชื่อเพื่อนมากกว่าครูและพ่อแม่ เมื่อเกิดปัญหามักเลือกปรึกษาเพื่อนเป็นอันดับแรก และสำหรับด้านการสนับสนุนทางสังคมโดยภาพรวมของนักเรียนอยู่ในระดับสูง (50.60%) ทั้งนี้อาจเกิดได้จากกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนโรงเรียนเอกชน ซึ่งมีความพร้อมในด้านโครงสร้างความสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายที่ได้รับการดูแลจากทั้งครอบครัว เพื่อน และเครือข่ายสังคมใกล้ชิด ซึ่งเครือข่ายเหล่านี้มีความสำคัญต่อสุขภาพจิตของวัยรุ่น เนื่องจากช่วยให้วัยรุ่นรู้สึกได้รับการยอมรับในสังคม มีความมั่นคงทางอารมณ์ และมีช่องทางให้คำแนะนำหรือช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาของ ณฐธร จิตธนากรนุกูร และคณะ²² เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 6 พบว่า นักเรียนได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยเกิดจากเครือข่ายสังคมจากครอบครัว ครู และเพื่อนที่ดีเช่นกัน

ปัจจัยส่วนบุคคล ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ปัจจัยด้านเพศ พบว่านักเรียนเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย และมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าประมาณ 1.61 เท่า ทั้งนี้อาจเกิดได้จากความแตกต่างทางชีวภาพและพัฒนาการในช่วงวัยรุ่น ด้านการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน เช่น estrogen และ progesterone มีผลต่อสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์ และความไวต่อความเครียดที่เพิ่มขึ้นในเพศหญิง ขณะที่ testosterone ในเพศชายมีความคงที่มากกว่า จึงไม่ก่อให้เกิดความผันผวนทางอารมณ์ในระดับเดียวกัน ร่วมกับปัจจัยทางจิตสังคม เช่น แนวโน้มการกังวล ความคาดหวังด้านบทบาททางสังคม การให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์และการยอมรับจากเพื่อน อาจส่งผลต่อภาพลักษณ์ของตนเอง ทำให้เพศหญิงรับรู้ความเครียดสูงและเกิดอาการซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชาย²³ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rukkiat และคณะ²⁴ ที่พบว่า นักเรียนเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับปัจจัยด้านอายุ พบว่านักเรียนที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 ปีมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกับกลุ่มอายุมากกว่า 17 ปีขึ้นไป ผลลัพธ์นี้สะท้อนว่าอายุเพียงอย่างเดียวอาจไม่ใช่ปัจจัยชี้ขาดต่อความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น แต่อาจเกิดได้จากหลายปัจจัยร่วมกัน อาทิเช่น ความแปรปรวนของปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตวัยรุ่น ไม่ว่าจะเป็นสภาพครอบครัว เศรษฐกิจ และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอาจมีผลมากกว่าอายุเพียงอย่างเดียว

ปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพ ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ พบว่า นักเรียนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลางมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่านักเรียนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงประมาณ 2.12 เท่า แสดงให้เห็นถึง

ความรู้ด้านสุขภาพเป็นเกราะป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งหากมีความรู้ด้านสุขภาพระดับสูงจะช่วยลดความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้อาจเกิดจากนักเรียนมีความสามารถในการเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ทำให้มีความสามารถในการตัดสินใจและจัดการกับความเครียดได้ดีกว่า ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของนักปม¹⁴ ที่ระบุว่าความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานและการตัดสินใจที่เหมาะสม นักเรียนที่มีความรู้ด้านสุขภาพสูงสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ เข้าใจความรู้ และใช้ทักษะการตัดสินใจได้ดี ทำให้สามารถจัดการกับความเครียดและปัญหาชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ภักดิ์พิชชา ครุทางคะ และคณะ⁸ ที่พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากความรู้ด้านสุขภาพช่วยให้วัยรุ่นสามารถจัดการอารมณ์ได้ดีขึ้น และลดโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ดีกว่าเมื่อเทียบกับวัยรุ่นที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ¹⁰ ความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า โดยนักเรียนที่มีความรู้ด้านสุขภาพสูงจะสามารถเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลสุขภาพ รวมถึงมีทักษะการตัดสินใจที่ดี ทำให้จัดการกับความเครียดและปัญหาชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่านักเรียนที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำถึงปานกลางมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงประมาณ 2.071 เท่า ทั้งนี้อาจเกิดได้จากแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และครู ช่วยสร้างความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย และเพิ่มคุณค่าในตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยป้องกันที่สำคัญต่อสุขภาพจิตของวัยรุ่น สอดคล้องกับการศึกษาของ Jain

and Jha²⁵ ที่พบว่า การรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากครอบครัวและเพื่อนมีความสัมพันธ์ต่อการลดลงของอาการซึมเศร้า โดยมีบทบาทในการเป็นเกราะป้องกันต่ออาการซึมเศร้า แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญในการลดความเสี่ยงซึมเศร้าในวัยรุ่นได้

จากผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงความทุกข์ของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ความรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมกับโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า อย่างไรก็ตาม แม้นักเรียนส่วนใหญ่จะมีระดับความรู้ด้านสุขภาพและได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับที่ดี แต่ยังคงพบว่ามีตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง สะท้อนให้เห็นว่าอาจมีปัจจัยอื่นที่อาจมีบทบาทร่วมสำคัญและส่งผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียน อาทิเช่น ความกดดันทางการเรียน ความซับซ้อนของความสัมพันธ์ในครอบครัว และปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคม ซึ่งควรได้รับการพิจารณาเพิ่มเติมในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มวัยรุ่น

ข้อเสนอแนะ

1. ในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่านักเรียนมากกว่าครึ่งหนึ่งมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง ดังนั้นควรมีการเสริมสร้างระบบการสนับสนุนทางสังคมในสถานศึกษาผ่านกิจกรรมพัฒนาสัมพันธภาพ ครอบครัว-ครู-เพื่อน เช่น ระบบเพื่อนช่วยเพื่อน การสื่อสารเชิงบวกระหว่างครูกับนักเรียน เป็นต้น หรือมีการจัดระบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น นักเรียนเพศหญิง นักเรียนที่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับ

ต่ำถึงปานกลาง หรือนักเรียนที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำถึงปานกลาง เป็นต้น

2. ในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อภาวะซึมเศร้าเพิ่มเติม ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลอื่นๆ เช่นบุคคลที่อาศัยในครอบครัว ภาวะเศรษฐกิจครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว ปัจจัยด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง การใช้สื่อสังคมออนไลน์ หรือ

ภาระทางการเรียน เป็นต้น หรือทำการศึกษาวิจัยแบบระยะยาว (longitudinal study) เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องตามช่วงเวลา

2.2 ควรมีการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมสอดคล้องกับความต้องการของวัยรุ่น และทดลองใช้เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมต่อการลดภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น

References

- 1 Beck JS. Cognitive therapy: basics and beyond. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2011.
- 2 World Health Organization. Depression [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [cited 2025 Dec 25]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/en>
- 3 Durand VM, Barlow DH, Hofmann SG. Essentials of abnormal psychology. 8th ed. Singapore: Cengage; 2019.
- 4 Thai Health Project. Thai Health 2025. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2025. Thai.
- 5 Health Data Center (HDC). Percentage of patients with depression accessing mental health services [Internet]. 2023 [cited 2024 May 20]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th>. Thai.
- 6 Department of Mental Health. Summary report of mental health screening of the Thai population via the Mental Health Check-in system. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2024. Thai.
- 7 Ruetairat Chidmongkol, Rattikorn Mueannadon, Sumuttana Kaewma, Veerapong Riabporn. Depression and Mental Health Literacy in Adolescents. Nursing Public Health and Education Journal. 2020 May-Aug;21(2):40-51. Thai.
- 8 Phatphitcha Kruthangka, Jeerawan Ukakimaparn, Kasidis Kruthangka. The correlation of health literacy and social support to depression among senior high school students. Nurs J CMU. 2025;52(2):246-258. Thai.
- 9 Phatphitcha Kruthangka, Patrabel Naksusuk. Factors predicting depression among senior high school students in Bangkok. J Nurs Div. 2024;51(3):16-29. Thai.
- 10 Li X, Yin X, Guan Z, Qian Y, Loux T. Association between health literacy and risk of depression: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Public Health. 2025;242:179-185. doi:10.1016/j.puhe.2025.03.001

- 11 Jin LQ, Pan CW, Zhao CH, Li DL, Wu YB, Zhang TY. Perceived social support and symptoms of depression and anxiety among Chinese adolescents: a moderated chain mediation model. *Int J Ment Health Promot.* 2025;27(1):29. doi:10.32604/ijmh.2025.057962
- 12 Office of the National Economic and Social Development Council. Thai Social Situation and Outlook in the Fourth Quarter and Overview of 2023. Bangkok: Office of the Prime Minister; 2023. Thai.
- 13 Strategy and Planning Division. Action Plan for Mental Health Prevention and Resolution, Fiscal Years 2023-2027. Nonthaburi: Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2023.
- 14 Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med.* 2008;67(12):2072-2078. doi:10.1016/j.socscimed.2008.09.050
- 15 House JS. Work stress and social support. Reading (MA): Addison-Wesley; 1981.
- 16 Pathum Thani Provincial Statistical Office. Pathum Thani Provincial Development Plan 2024 [Internet]. Pathum Thani: Pathum Thani Provincial Statistical Office; 2024 [cited 2025 May 27]. Available from: https://pathumthani.nso.go.th/images/ebook/plan/nsoplan67_compressed.pdf
- 17 Select Statistics. Sample size calculator (population proportion) [Internet]. Select-Statistics.co.uk; [cited 2025 Dec 27]. Available from: <https://select-statistics.co.uk/calculators/sample-size-calculator-population-proportion/>
- 18 In J, Kang H, Kim JH, Kim TK, Ahn EJ, Lee DK, Lee S, Park JH. Tips for troublesome sample-size calculation. *Korean J Anesthesiol.* 2020;73(2):114-120. doi:10.4097/kja.19497
- 19 Umaporn Trangkasombat, Vachira Larpoonsarp, Piyalamporn Havanond. CES-D as a screen for depression in adolescents. *J Med Assoc Thai.* 1997;42(1):2-13. Thai.
- 20 Thai Health Promotion Foundation. Research Project on Mental Health Issues of Children and Adolescents. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation (ThaiHealth); [n.d.]. Thai.
- 21 Savinee Yosson, Waraporn Boonchieng, Pimchanok Kueausukon. Mental health literacy among junior high school students in schools under municipal jurisdiction. *J Nurs Health Res.* 2023;24(1):107-119. Thai.
- 22 Natthorn Chitthanakornnukur, Supanee Sontirat. Social support, coping with stress and academic success of Mathayomsuksa 6 students at Saint Gabriel's College. *J Pac Inst Manag Sci (Hum Soc Sci).* 2022;8(2):630-647. Thai.
- 23 Li G, Mei J, You J, et al. Gender differences in the prevalence, correlated factors and comorbidity of depression in adolescents: a cross-sectional study in Shanghai, China. *Front Public Health.* 2022;10:876987.

วารสารกองการพยาบาล

- 24 Mayurat Rukkiat, Rungnapa Panitrat. Prevalence and factors associated with depression among junior high school students in Laksi district, Bangkok, Thailand. Kasetsart J Soc Sci. 2024;45(2):443-452. Thai.
- 25 Jain AM, Jha M. Social support as a protective factor against depressive symptoms: A review. Journal of Ravishankar University (Part-A: Soc Sci). 2022;28(1):93-103. doi:10.52228/JRUA.2022-28-1-11

ปัจจัยทำนายความตั้งใจเลือกศึกษาวิชาชีพการพยาบาลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในประเทศไทย

พัชรภรณ์ ไชยสังข์*	ปร.ด. (การวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา)
บุษกร สิริรัตนปทุม กิโธต์**	ปร.ด. (พยาบาลศาสตร์)
สุจิตรา อูรัตนมณี***	ปร.ด. (พยาบาลศาสตร์)

(รับ: 30 มกราคม 2569, แก้ไข: 3 มีนาคม 2569, ตอรับ: 15 มีนาคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความตั้งใจเลือกศึกษาวิชาชีพการพยาบาล และวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถทำนายความตั้งใจดังกล่าวในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในประเทศไทย กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 756 คน ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ ด้านสถาบันการศึกษา ด้านการเงินและค่าใช้จ่าย ด้านหลักสูตร ด้านครอบครัว และด้านสังคม รวมถึงแบบวัดความตั้งใจเลือกศึกษาวิชาชีพการพยาบาล ซึ่งมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.98 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจเลือกศึกษาวิชาชีพการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 35.6) ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ด้านครอบครัว เพศหญิง ความต้องการกู้ยืมเพื่อการศึกษา การมีภูมิภานาในแต่ละภูมิภาค (ภาคกลาง ภาคตะวันตก ภาคใต้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียง) การมีบุคคลในครอบครัวประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ด้านหลักสูตร ระดับผลการเรียนเฉลี่ยสะสม 3.01–3.50 และรายได้ครอบครัวต่อเดือน 20,000–30,000 บาท โดยตัวแปรทั้ง 13 ตัวสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความตั้งใจได้ร้อยละ 44.90 ($R^2 = 0.449$)

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงบทบาทของปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยเชิงสังคมเศรษฐกิจต่อความตั้งใจเลือกศึกษาวิชาชีพการพยาบาล ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนเชิงนโยบายและการส่งเสริมการเข้าสู่วิชาชีพพยาบาลในอนาคต

คำสำคัญ: ความตั้งใจเลือก วิชาชีพพยาบาล นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

Corresponding author; E-mail: sujitra0431@gmail.com

Predictive Factors of the Intention to Pursue Nursing Profession Among Grade 12 Students in Thailand

Phatcharaphan Chaiyasung* Ph.D. (Research and Statistics in Cognitive Science)

Bootsakon S. Guyot ** Ph.D. (Nursing Science)

Sujitra Uratanamanee *** Ph.D. (Nursing Science)

(Received: January 30, 2026, Revised: March 3, 2026, Accepted: March 15, 2026)

Abstract

This predictive correlational study aimed to examine the level of intention to pursue a nursing profession and to identify factors predicting such intention among Grade 12 students in Thailand. The sample comprised 756 students selected using simple random sampling. Data were collected using a structured questionnaire covering five domains: educational institution, finance and expenses, curriculum, family, and social factors, along with a scale measuring intention to pursue nursing. The instrument demonstrated excellent content validity (CVI = 0.98) and high internal consistency (Cronbach's alpha = 0.90). Data were analyzed using stepwise multiple regression analysis.

The findings indicated that 35.6% of the participants reported a moderate level of intention to pursue a nursing profession. Significant predictors at the 0.05 level included family factors, female gender, intention to apply for student loans, regional residence (Central, Western, Southern, Northeastern, Northern, and Eastern regions), having a family member working in a health-related profession, curriculum factors, cumulative grade point average (GPA) between 3.01-3.50, and monthly family income between 20,000-30,000 baht. These 13 variables jointly explained 44.90% of the variance in intention to pursue a nursing profession ($R^2 = 0.449$).

The results highlight the important roles of family, individual characteristics, and socioeconomic factors in shaping students' intentions to pursue nursing education. These findings may inform policy development and strategic planning to promote entry into the nursing profession in the future.

Keywords: Intention to choose, Nursing profession, Grade 12 Students

* Assistant Professor, Faculty of Nursing, Rajamangala University of Technology Thanyaburi

** Instructor Faculty of Nursing, Kasetsart University

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University

Corresponding author; E-mail: sujitra0431@gmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาบุคคลให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การตัดสินใจเลือกศึกษาต่อในระดับปริญญาตรีของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย มีความสำคัญต่ออนาคตอาชีพ ปัจจุบันประเทศไทยมีความต้องการบุคลากรด้านสาธารณสุขสูง โดยเฉพาะ “พยาบาลวิชาชีพ” ที่ประสบปัญหาขาดแคลน¹ มีสถาบันเปิดสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตกว่า 106 แห่ง² รัฐบาลจึงมีนโยบายเพิ่มการผลิตพยาบาลจาก 6,000 เป็นอย่างน้อย 8,000 คนต่อปี เพื่อตอบสนองความต้องการพยาบาลของประเทศไทย³

การตัดสินใจเลือกศึกษาต่อระดับมหาวิทยาลัยของนักเรียนมัธยมปลายเป็นกระบวนการสำคัญที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีความคาดหวัง (Expectancy Theory) ซึ่งเน้นการเลือกทางเลือก ที่ให้ผลดีที่สุด⁴ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกศึกษาต่อ ได้แก่ สภาพแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวก หลักสูตร และภาพลักษณ์ของมหาวิทยาลัย⁵ โดยภาพลักษณ์ของมหาวิทยาลัยเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในหลายรอบการรับเข้าเรียน⁶ สำหรับสาขาพยาบาลศาสตร์ ปัจจัยด้านภาพลักษณ์วิชาชีพ ความมั่นคงในอาชีพ และภาระงานที่สูงขึ้นส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกเรียน⁷ การเปิดสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตมีเป้าหมายเพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันพบว่าจำนวนนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ที่สมัครเข้าศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษาลดลง⁸

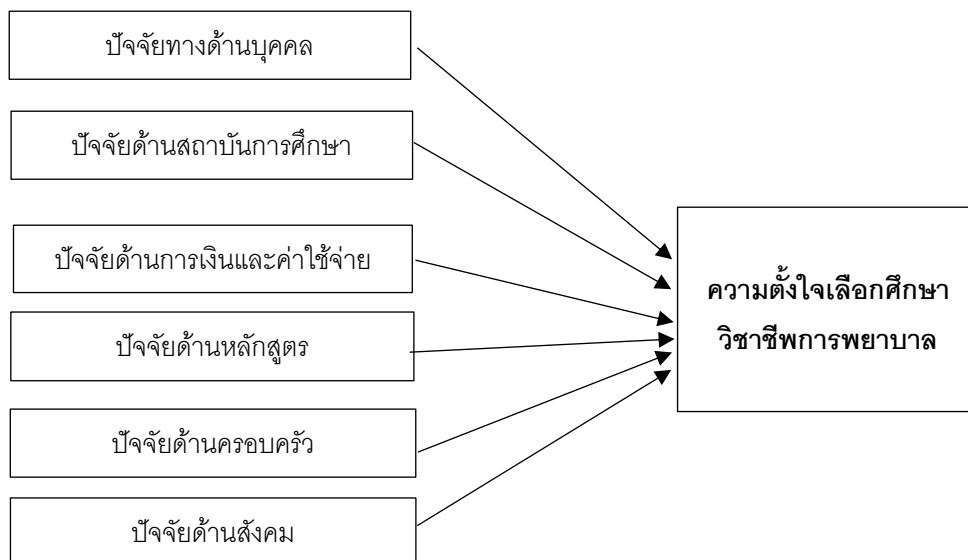
อีกทั้งในยุคปัจจุบัน กลุ่มวัยรุ่นไทยโดยเฉพาะคนรุ่น GEN Z มีความสนใจในอาชีพ “ยูทูบเบอร์” ติดอันดับต้น ๆ เนื่องจากเติบโตมากับเทคโนโลยีและคุ้นชินกับการใช้สมาร์ทโฟน แท็บเล็ต และคอมพิวเตอร์⁹ ส่งผลให้ความสนใจในการเลือกศึกษาวิชาชีพพยาบาลลดลง ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงมีความจำเป็นในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกศึกษาวิชาชีพพยาบาลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาหลักสูตรและวางแผนการจัดการศึกษาพยาบาลของประเทศไทยในอนาคตอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความตั้งใจเลือกศึกษาวิชาชีพการพยาบาลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอำนาจทำนายความตั้งใจเลือกศึกษาวิชาชีพการพยาบาลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในประเทศไทย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความคาดหวังของวูม¹⁰ เพื่อศึกษาตัวแปร 6 ปัจจัย ประกอบด้วย ปัจจัยทางด้านบุคคล ด้านสถาบันการศึกษา ด้านการเงินและค่าใช้จ่าย ด้านหลักสูตร ด้านครอบครัว และด้านสังคม ที่เกี่ยวกับปัจจัยทำนายความตั้งใจเลือกศึกษาวิชาชีพพยาบาลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในประเทศไทย โดยสามารถอธิบายได้ดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research design)

ประชากร คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในประเทศไทยปีการศึกษา 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในประเทศไทยที่ผู้ปกครอง และนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 เสนยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และยินยอมให้เก็บข้อมูลทางออนไลน์ Google Form ช่วงเดือนพฤษภาคม -กรกฎาคม 2567 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size)¹¹ ในการวิเคราะห์เพื่อให้มีอำนาจทดสอบ .80 (Power of Test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 688 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 10 เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลจำนวน = 756 คน เกณฑ์ที่กำหนดการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling)¹² ขั้นที่ 1 คือ แบ่งเป็น 6 ภาค ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันตก ภาคใต้ เพิ่มกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ขั้นที่ 2 จับฉลาก

ปีที่ 53 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569

เลือกภาคละ 2 จังหวัด เพิ่มกรุงเทพและปริมณฑล 2 จังหวัด = 14 จังหวัด ขั้นที่ 3 จับฉลากเลือกจังหวัดละ 1 โรงเรียน = 14 โรงเรียน ขั้นที่ 4 เก็บโรงเรียนละ 54 คนโดยความสมัครใจจากประกาศป้ายประชาสัมพันธ์ (ทางออนไลน์) ที่เว็บเพจของโรงเรียน ขั้นที่ 5 เก็บข้อมูลด้วยการติดต่อผู้วิจัยประสานงานกับคุณครูแนะแนวของแต่ละโรงเรียน เกณฑ์การคัดเข้าเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 ปีการศึกษา 2567 สามารถใช้มือถือ แท็บเล็ต คอมพิวเตอร์ ในการตอบแบบสอบถามทางออนไลน์ (Google Form) โดยได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก ไม่สมัครใจให้ข้อมูล และตอบแบบสอบถามทางออนไลน์ Google Form ไม่ครบทุกข้อ

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ เป็นแบบสอบถามทาง Google Form เกี่ยวกับระดับและปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจเลือกศึกษาวิชาชีพการพยาบาลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ประจำปีการศึกษา 2567 ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบ

วารสารกองการพยาบาล

ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้าศึกษาต่อระดับปริญญาตรี⁶ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามตามข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ แผนการเรียน คะแนนเฉลี่ยสะสม รายได้เฉลี่ยครอบครัว ภูมิภูมิลำเนา การกักขังเพื่อการศึกษา คนในครอบครัวอยู่ในวิชาชีพด้านสุขภาพ การได้รับการประชาสัมพันธ์หลักสูตรวิชาชีพพยาบาล

ส่วนที่ 2 (ตัวแปรต้น) แบบสอบถามปัจจัยที่มีอำนาจทำนายความตั้งใจเลือกศึกษาวิชาชีพการพยาบาลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 23 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน 1) ด้านสถาบันการศึกษา จำนวน 6 ข้อ 2) ด้านการเงินและค่าใช้จ่าย จำนวน 5 ข้อ 3) ด้านหลักสูตรจำนวน 3 ข้อ 4) ด้านครอบครัว จำนวน 4 ข้อ และ 5) ด้านสังคมจำนวน 5 ข้อ โดยใช้มาตรวัดแบบลิเคอร์ท (Likert Scale) แต่ละคำถามมีคำตอบเป็นตัวเลือก 5 ระดับ คือ ระดับความสำคัญของปัจจัย น้อยที่สุด (1 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) มาก (4 คะแนน) มากที่สุด (5 คะแนน)

ส่วนที่ 3 (ตัวแปรตาม) ความตั้งใจเลือกศึกษาวิชาชีพการพยาบาลของ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 แนวโน้มหรือความตั้งใจเลือกศึกษาวิชาชีพการพยาบาลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ใช้ทฤษฎีความคาดหวังของรอม¹⁰ ที่ชี้ให้เห็นว่าความตั้งใจในการเลือกขึ้นอยู่กับความเชื่อในผลลัพธ์ที่ต้องการ ซึ่งแต่ละคำถามมีคำตอบเป็นตัวเลือก 5 ระดับ คือ ระดับความสำคัญของปัจจัย น้อยที่สุด (1 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) มาก (4 คะแนน) มากที่สุด (5 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ค่าความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาล 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.98, 0.96 และ 0.98 ตามลำดับ

ค่าความเที่ยงโดยนำเครื่องมือวิจัยไปใช้กับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 30 คนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.90 , 0.92 และ 0.88 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ รหัสใบรับรอง COE No. COE67/035 ให้การรับรองวันที่ 9 เมษายน 2567 – 8 เมษายน 2568 ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลในการวิจัยตามขั้นตอนที่กำหนด โดยการศึกษาंनाเสนอในภาพรวมและรักษาเป็นความลับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ผ่าน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ถึงผู้อำนวยการโรงเรียนที่ได้รับการคัดเลือกเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นเมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยประสานกับครูแนะแนวเพื่อประชาสัมพันธ์ทางออนไลน์ผ่านเว็บเพจของโรงเรียน และจัดส่งแบบอธิบายโครงการให้ผู้ปกครองอ่านทำความเข้าใจ ก่อนให้ผู้ปกครองและนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 เซ็นหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และดำเนินการตอบแบบสอบถามออนไลน์ผ่าน Google Form

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยที่มีอำนาจทำนายความตั้งใจเลือก และความตั้งใจเลือกศึกษาวิชาชีพการพยาบาลของ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ปัจจัยที่มีอำนาจทำนายความตั้งใจเลือกศึกษาวิชาชีพการพยาบาลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ใช้สถิติการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product

Moment Correlation Coefficient)

3. การทำนายปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจเลือกศึกษาวิชาชีพการพยาบาล โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบ ขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัย

1. นักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 75.7 แผนการเรียนวิทยาศาสตร์-คณิตศาสตร์ร้อยละ 73.5 คะแนนเฉลี่ยสะสม 3.01-3.50 ร้อยละ 50.0 รายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 20,000 บาท/เดือน ร้อยละ 32.3 ภูมิลำเนากรุงเทพ และปริมณฑล และภาคตะวันตก ร้อยละ 15.1 มีความต้องการกู้ยืมเพื่อการศึกษา ร้อยละ 57.4 ไม่มีบุคคลในครอบครัวที่

ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ร้อยละ 74.1 แหล่งที่รับทราบข้อมูลการประชาสัมพันธ์หลักสูตรระดับปริญญาตรีจากเว็บไซต์ต่างๆ ร้อยละ 45.1

2. ระดับความตั้งใจเลือกศึกษาวิชาชีพการพยาบาลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในประเทศไทยมีความตั้งใจเลือกศึกษาวิชาชีพการพยาบาลปานกลาง ร้อยละ 35.6

3. ปัจจัยด้านสถาบันการศึกษา การเงินและค่าใช้จ่ายหลักสูตร ครอบครัว สังคมมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจเลือกศึกษาวิชาชีพการพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.05$ ($r = .420, .463, .405, .448$ และ $.477$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลาง กับความตั้งใจเลือกศึกษาวิชาชีพการพยาบาล ($n = 756$ คน)

ปัจจัย	ความตั้งใจเลือกศึกษาวิชาชีพการพยาบาล	
	r	p-value
1. ปัจจัยด้านสถาบันการศึกษา	.420	<.05
2. ปัจจัยด้านการเงินและค่าใช้จ่าย	.463	<.05
3. ปัจจัยด้านหลักสูตร	.405	<.05
4. ปัจจัยด้านครอบครัว	.448	<.05
5. ปัจจัยด้านสังคม	.477	<.05

4. อำนาจการทำนายปัจจัยต่างๆ กับความตั้งใจเลือกศึกษาวิชาชีพการพยาบาล ในการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เมื่อทดสอบตัวทำนายความตั้งใจเลือกศึกษาวิชาชีพการพยาบาล พบว่า ตัวแปร (ปัจจัย) ที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการตามลำดับ คือ 1) ครอบครัว 2) เพศหญิง 3) ความต้องการกู้ยืมเพื่อการศึกษา 4) ภูมิลำเนา ภาคกลาง 5) บุคคลในครอบครัวประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ 6) หลักสูตร 7) ภูมิลำเนาภาคตะวันตก 8) ภูมิลำเนา

ภาคใต้ 9) ภูมิลำเนาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 10) ภูมิลำเนาภาคเหนือ 11) ภูมิลำเนาภาคตะวันออก 12) คะแนนเฉลี่ยสะสมในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย 2.01-2.50 และ 13) รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 20,000-30,000 บาท โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (R^2) เท่ากับ 0.449 ตัวแปร (ปัจจัย) ทั้ง 13 ตัวสามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจเลือกศึกษาวิชาชีพการพยาบาล ได้ร้อยละ 44.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 อำนาจการทำนายปัจจัยต่างๆ กับ ความตั้งใจเลือกศึกษาวิชาชีพการพยาบาล (n = 756 คน)

ตัวแปรทำนายความตั้งใจเลือกฯ	b	Beta	t	p-value
1. ครอบครัว	.339	.252	6.561	<.001
2. เพศหญิง	.724	.264	8.910	<.001
3. ความต้องการกู้ยืมเพื่อการศึกษา	.351	.147	4.730	<.001
4. ภูมิฐานะภาคกลาง	-.969	-.286	-7.494	<.001
5. บุคคลในครอบครัวประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ	.244	.091	2.917	.004
6. หลักสูตร	.215	.144	4.228	<.001
7. ภูมิฐานะภาคตะวันตก	-.793	-.241	-5.678	<.001
8. ภูมิฐานะภาคใต้	-.705	-.209	-5.437	<.001
9. ภูมิฐานะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	-.720	-.213	-5.045	<.001
10. ภูมิฐานะภาคเหนือ	-.568	-.167	-4.201	<.001
11. ภูมิฐานะภาคตะวันออก	-.492	-.143	-3.215	.001
12. คะแนนเฉลี่ยสะสมในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย 3.01-3.50	-.405	-.085	-2.742	.006
13. รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 20000-30000 บาท	.182	.069	2.355	.019
Constant a = .925 R ² = .449 Adjust R square = .439 F = 46.090				
p-value<.05				

ในการสร้างสมการทำนาย พบว่าค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (b) ของตัวทำนายที่ถูกเลือกไปวิเคราะห์ตามลำดับ คือ 1) ครอบครัว 2) เพศหญิง 3) ความต้องการกู้ยืมเพื่อการศึกษา 4) ภูมิฐานะภาคกลาง 5) บุคคลในครอบครัวประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ 6) หลักสูตร 7) ภูมิฐานะภาคตะวันตก 8) ภูมิฐานะภาคใต้ 9) ภูมิฐานะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 10) ภูมิฐานะภาคเหนือ 11) ภูมิฐานะภาคตะวันออก 12) คะแนนเฉลี่ยสะสมในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย 2.01-2.50 และ 13) รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 20,000-30,000 บาท และมีค่าคงที่ (Constant) เท่ากับ 0.925 ดังนั้นสามารถสร้างสมการทำนายความตั้งใจเลือกศึกษาวิชาชีพการพยาบาล ในรูปคะแนนดิบได้ ดังนี้

Y (ความตั้งใจเลือกศึกษาวิชาชีพการพยาบาล) = 0.925 + 0.339 (ครอบครัว) + 0.724 (เพศหญิง) + 0.351 (ความต้องการกู้ยืมเพื่อการศึกษา) - 0.969 (ภูมิฐานะภาคกลาง) + 0.244 (บุคคลในครอบครัวประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ) + 0.215 (หลักสูตร) - 0.793 (ภูมิฐานะภาคตะวันตก) - 0.705 (ภูมิฐานะภาคใต้) - 0.720 (ภูมิฐานะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) - 0.568 (ภูมิฐานะภาคเหนือ) - 0.492 (ภูมิฐานะภาคตะวันออก) - 0.405 (คะแนนเฉลี่ยสะสมในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย 3.01-3.50) + 0.182 (รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 20,000-30,000 บาท) และสร้างสมการในรูปของคะแนนมาตรฐานได้ ดังนี้

Z (ความตั้งใจเลือกศึกษาวิชาชีพการพยาบาล) = 0.252 (ครอบครัว) + 0.264 (เพศหญิง)

+ 0.147 (ความต้องการกู้ยืมเพื่อการศึกษา) – 0.286 (ภูมิฐานะภาคกลาง) + 0.091 (บุคคลในครอบครัวประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ) + 0.144 (หลักสูตร) – 0.241 (ภูมิฐานะภาคตะวันตก) -0.209 (ภูมิฐานะภาคใต้) – 0.213 (ภูมิฐานะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) – 0.167 (ภูมิฐานะภาคเหนือ) – 0.143 (ภูมิฐานะภาคตะวันออก) – 0.085 (คะแนนเฉลี่ยสะสมในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย 2.01-2.50) + 0.069 (รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 20,000-30,000 บาท)

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการศึกษาปัจจัยทำนายต่อความตั้งใจเลือกศึกษาวิชาชีพการพยาบาลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในประเทศไทยดังนี้

1. นักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 ในประเทศไทยมีความตั้งใจเลือกศึกษาวิชาชีพการพยาบาลในระดับปานกลางเพียงร้อยละ 35.6 ซึ่งไม่ถึงครึ่งของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับงานวิจัยในภาคตะวันออกที่พบว่าความตั้งใจเลือกเรียนพยาบาลลดลงเมื่อเทียบกับ 10 ปีก่อน⁷ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของกุลจิรา โดหะพรหมและคณะ¹³ ที่พบว่าการตัดสินใจเข้าศึกษาคณะพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ ปัจจัยหนึ่งมาจากวัยรุ่นยุคใหม่ที่มีนิยมอาชีพโดดเด่น เช่น “ยูทูบเบอร์”¹¹ ซึ่งติดอันดับอาชีพในฝันของคน GEN Z¹⁴ ส่งผลให้ความตั้งใจเรียนพยาบาลลดลง ทั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดการตัดสินใจ⁴ ที่อธิบายว่าการเลือกของบุคคลเกิดจากกระบวนการคิด วิเคราะห์ และใช้ข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจ

2. ปัจจัย (ตัวแปร) 13 ตัวสามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจเลือกศึกษาวิชาชีพการพยาบาลได้ร้อยละ 44.90 โดยปัจจัยสำคัญ 5 อันดับแรก ได้แก่ ปัจจัยด้านครอบครัว โดยเฉพาะกรณีที่มีบุคคลในครอบครัวประกอบอาชีพด้านสุขภาพ เช่น พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้และแรง

บันดาลใจในการเลือกเดินตามอาชีพดังกล่าว⁸ นอกจากนี้ ปัจจัยด้านเพศหญิงสามารถทำนายแนวโน้มการเลือกเรียนพยาบาลได้ เนื่องจากอาชีพนี้ถูกมองว่าเหมาะสมกับผู้หญิงมากกว่าเพศชาย¹⁵ ด้านภูมิฐานะ นักเรียนจากต่างจังหวัดมักเลือกเรียนพยาบาลมากกว่านักเรียนในกรุงเทพฯ เพราะมองว่าเป็นอาชีพมั่นคง มีรายได้ดี และสามารถกลับไปพัฒนาบ้านเกิด¹⁶ อีกทั้งปัจจัยด้านเศรษฐกิจและการกู้ยืมเพื่อการศึกษา เช่น กองทุนกู้ยืมเพื่อการศึกษา (กยศ.) ก็เป็นแรงจูงใจสำคัญในการตัดสินใจเรียนพยาบาล เพราะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัว¹⁷ ทั้งหมดนี้สะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยด้านครอบครัว เพศ ภูมิฐานะ และเศรษฐกิจมีบทบาทสำคัญต่อการตัดสินใจศึกษาวิชาชีพการพยาบาลของนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพควรเกี่ยวกับการตัดสินใจเข้าศึกษาต่อของนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาและวางแผนการจัดการศึกษาของคณะพยาบาลศาสตร์ให้สอดคล้องกับการเติบโตและความต้องการในอนาคต

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบความตั้งใจในการเลือกศึกษาวิชาชีพการพยาบาลระหว่างนักเรียนที่มีภูมิฐานะอยู่ในเขตเมือง เขตชนบท และเขตกึ่งเมือง เพื่อทำความเข้าใจความแตกต่างด้านบริบททางสังคมและเศรษฐกิจที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ

3. ควรมีการพัฒนาแนวทางการสร้างแรงจูงใจและระบบการสนับสนุนทรัพยากรสำหรับการเรียนพยาบาล โดยใช้ปัจจัยที่เป็นตัวแปรทำนายมาประยุกต์ในการออกแบบและกำหนดแนวทางพัฒนาอย่างมีประสิทธิภาพ

Reference

1. Krisada Sawaengdee. Crisis of nursing shortage in health service facilities under Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health: policy recommendations. J Health Sci. 2017;26(2):456–468. Thai.
2. Panarut Wisawatapnimit, Kwanta Boonvas, Chiraporn Worawong, Payao Pongsakchart, Chularat Howharn. A study of readiness to open graduate program of Faculty of Nursing, Praboromajchanok Institute and needs for further study at the nursing graduate level of professional nurses. Nurs J Min Public Health. 2021;31(3):110–124. Thai.
3. Chayaluck Siripukdeekan, Benjamas Boonrubpayap. Nursing career ladder development. J R Thai Army Nurses. 2014;15(3):75–80. Thai.
4. Jamlong Namontree. Factors affecting choosing further learning program of upper secondary students [thesis]. Nonthaburi: Guidance and Psychological Counseling School, Educational Studies, Sukhothai Thammathirat Open University; 2018. Thai.
5. Khemmaya Kiniman, Phattharamanat Srirakul, Apunchanit Jenjit, Sadayu Teeravanittrakul. Factors affecting decision making on pursuing a bachelor's degree of freshmen: a case study of a university in eastern region. J Educ Burapha Univ. 2021;32(3):87–102. Thai.
6. Somsak Srisontisuk, Mattana Buasri, Paosee Wanong, Panyasack Sengonkeo. Factors affecting the decision on bachelor degree study at Khon Kaen University of the students through the Thai University Central Admission System (TCAS system), in the academic year 2019. School of Administrative Studies Academic J. 2022;3(3):33–47. Thai.
7. Monthana Hemchayat, Lalita Dechavoot, Jittiya Sombutboon. Comparison of intentions and influencing factors for entering a nursing degree program among high school students in the eastern region of Thailand. J Health Sci Res. 2022;16(1):125–136. Thai.
8. Suwannee Sroisong, Angkhana Rueankon, Duangporn Hoontrakul, Phanphilai Sutthana, Panithiracha Fuongtong. Intentions to enroll in the nursing profession among senior high school students in the upper northern region. J Dis Health Risk DPC. 2018;12(3):26–36. Thai.
9. Phakawadee Konkhamdee. Generation Z's successful: motivations, attitudes and job in the future [master's thesis]. Bangkok: College of Management, Mahidol University; 2022. Thai.
10. Vroom VH. Work and motivation. New York: Wiley; 1964.
11. Cohen J. Statistical power for the behavioral sciences. 2nd ed. New York: Academic Press; 1977.
12. Roscoe JT. Fundamental research statistics for the behavioral sciences. 2nd ed. New York: Holt, Rinehart and Winston; 1975.
13. Kuljira Lohaprom, Yanika Mingchan, Jutathip Phothiprom, Channida Nueprom, Chonthicha Tumon, Panun Kanokwongnuwat. A study of the admission decision of the students at the Faculty of Nursing

- Rambhai Barni Rajabhat University. In: 14th National Academic Conference, Nakhon Pathom Rajabhat University; 2014. p. 1150–1159. Thai.
14. Phakawadee Konkhamdee. Attitudes of Generation Z toward success [master's thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2022. Thai.
 15. Poolsuk Janepanish Visudtibha, Pornsri Disornatiwa. Learning style preferences of nursing students at Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University. *Nurs J Min Public Health*. 2015;25(1):70–81. Thai.
 16. Yaowalak Promsing, Anucha Tinala, Apinya Koontalay. Nursing professional decision making in nursing students, Suan Sunandha Rajabhat University Journal of Health Sciences, Boromarajonani College of Nursing Sappasitthiprasong. 2017;1(3):81–94. Thai.
 17. Watchara Suktae, Sirima Wonglamthong, Tanatcha Paipayob. Spending behavior of nursing students: a case study of Boromarajonani College of Nursing, Sawanpracharak Nakhon Sawan. *Graduate Rev, Nakhon Sawan Buddhist Coll*. 2019;7(2):33–44. Thai.

การประเมินความต้องการจำเป็นแบบสมบูรณของความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลเพื่อออกแบบนวัตกรรมการเรียนการสอน มหาวิทยาลัยปทุมธานี

วนิดา ตุงคุฤทธิชัย*	ส.ด. (การพยาบาลสาธารณสุข)
ภัทรพิชชา ครุฑทางคะ**	ค.ด. (วิธีวิทยาการวิจัยการศึกษา)
นพนันธุ์ จำปาเทศ***	ปร.ด. (อายุรศาสตร์เขตร้อน)
อมรศรี ยอดคำ***	ปร.ด. (รัฐประศาสนศาสตร์)
วิญญา สุมาวัน***	พย.ม. (สุขภาพจิตและจิตเวช)
กษิตศ ครุฑทางคะ****	ค.ม. (วิธีวิทยาการวิจัยการศึกษา)

(รับ: 16 กุมภาพันธ์ 2569, แก้ไข: 4 มีนาคม 2569, ตอรับ: 16 มีนาคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อ (1) ระบุและจัดลำดับความสำคัญความต้องการจำเป็น (2) วิเคราะห์สาเหตุความต้องการจำเป็น และ (3) เสนอวิธีแก้ไขความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ดำเนินการ 3 ระยะ คือ (1) ระบุและจัดลำดับความสำคัญ กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปี 4 จำนวน 95 คน เก็บข้อมูล ด้วยแบบสอบถามความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาล และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติทางการพยาบาล ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.98 และ 0.97 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และดัชนี $PNI_{Modified}$ (2) วิเคราะห์สาเหตุ ผู้ให้ข้อมูล คือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปี 4 จำนวน 8 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ฟอลด์ทรี และ (3) เสนอวิธีแก้ไข ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้บริหารและอาจารย์พยาบาล 6 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเทคนิคอรรถประโยชน์-พหุลักษณะ

ผลการวิจัย พบว่า (1) ความต้องการจำเป็นของความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลของนักศึกษาในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ($PNI_{Modified} = .073$) โดยด้านการสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยและคณะ เป็นด้านที่มีความต้องการจำเป็นเร่งด่วนมากที่สุด ($PNI_{Modified} = .200$) รองลงมา คือ ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ($PNI_{Modified} = .185$) และด้านการสนับสนุนจากอาจารย์ ($PNI_{Modified} = .156$) (2) สาเหตุความต้องการจำเป็น พบว่า นักศึกษาขาดความรู้และความมั่นใจในการปฏิบัติทางการพยาบาล และระบบการสนับสนุนในการฝึกปฏิบัติที่ยังไม่เพียงพอ และ (3) วิธีแก้ไขความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาล คือ ระบบการทบทวนความรู้ที่เรียนรู้ได้ทุกที่ทุกเวลา การทำ Pre-Clinic และการเรียนการสอนโดยใช้แนวคิด Gamification จำแนกตามสาขาวิชา ผลการวิจัยนี้ให้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการพัฒนาหรือออกแบบนวัตกรรมการเรียนการสอนที่เหมาะสม สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของนักศึกษาพยาบาล

คำสำคัญ: การประเมินความต้องการจำเป็นแบบสมบูรณ การฝึกปฏิบัติทางการพยาบาล นักศึกษาพยาบาล

* คนบตี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

** ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี อีเมล : phatphitcha@ptu.ac.th

*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

**** ผู้จัดการ โรงเรียนกุลดิศวิกวิทยานุสรณ์ วิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์

A Comprehensive Needs Assessment of Nursing Students' Readiness for Clinical Practice to Inform Innovative Teaching and Learning Design at Pathumthani University

Vanida Durongritichai*	Ph.D. (Public Health Nursing)
hatphitcha Kruthangka**	Ph.D. (Educational Research Methodology)
Nopphanath Chumpathat***	Ph.D. (Tropical Medicine)
Amornsri Yortkham***	Ph.D. (Public Administration)
Winya Sumawan***	M.N.S. (Psychiatric and Mental Health Nursing)
Kasidis Kruthangka****	M.Ed. (Educational Research Methodology)

(Received: February 16, 2026, Revised: March 4, 2026, Accepted: March 16, 2026)

Abstract

This survey research aimed to (1) identify and prioritize needs, (2) analyze underlying causes of needs, and (3) propose solutions to enhance the clinical practice readiness of the nursing students. This study consisted of 3 phases: (1) identifying and prioritizing, a sample of 95 fourth-year nursing students were recruited, data were collected using the Clinical Practice Readiness Questionnaire and the Social Support for Nursing Practice Questionnaire, yielding Cronbach's alpha of 0.98 and 0.97, respectively, and data were analyzed using descriptive statistics and $PNI_{modified}$; (2) analyzing the underlying causes, the informant of 8 fourth-year nursing students were recruited with semi-structured interviews, data were analyzed using fault tree analysis; (3) proposing solutions, the informant of 6 nursing administrators and faculty members with semi-structured interviews, data were analyzed using the Multi-Attribute Utility Technique.

The findings revealed that (1) the overall priority need for clinical practice readiness of the nursing students was at a low level ($PNI_{modified} = .073$). Support from the university and faculty was identified as the most urgent priority need ($PNI_{modified} = .200$), followed by nursing practice ($PNI_{modified} = .185$) and support from instructors ($PNI_{modified} = .156$). (2) The causes of these prioritized needs included the nursing students lacked of sufficient knowledge and confidence in performing nursing procedures, as well as inadequate support systems for clinical training. (3) Strategies to enhance the clinical practice readiness of the nursing students consisted of the development of an anytime-anywhere knowledge review system, pre-clinical preparation activities, and instructional approaches based on gamification, categorized according to nursing specialties. These findings provide empirical evidence for developing or designing appropriate teaching innovations that are consistent with the context and needs of nursing students.

Key words: Comprehensive Needs Assessment, Clinical Practice, Nursing Students

* Dean, Faculty of Nursing, Pathumthani University

** Lecturer, Faculty of Nursing, Pathumthani University, Corresponding author, E-mail: phatphitcha@ptu.ac.th

*** Lecturer, Faculty of Nursing, Pathumthani University

**** Manager, Kulladiswittayanusorn Wichianburi School, Phetchabun Province

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาล ก่อนเข้าสู่งานฝึกปฏิบัติทางคลินิก มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อคุณภาพการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วย เนื่องจากการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลบนหอผู้ป่วย นักศึกษาจะต้องสามารถการประยุกต์ความรู้ทางทฤษฎีร่วมกับทักษะปฏิบัติทางการพยาบาล ความสามารถในการใช้ดุลยพินิจทางคลินิก การตัดสินใจบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ ทักษะคิด และจรรยาบรรณวิชาชีพ การดูแลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทักษะการสื่อสารและการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพ และการจัดการตนเองภายใต้ข้อจำกัดด้านเวลาและความกดดันในสถานการณ์จริง¹⁻² หากนักศึกษามีความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาล จะสามารถปรับตัวเข้าสู่บริบทการฝึกปฏิบัติทางคลินิกได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีแนวโน้มปฏิบัติงานตามมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ดี

ความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาล เป็นระดับความสามารถของนักศึกษาในการปฏิบัติทางการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพเมื่อเข้าสู่สถานการณ์จริง จากการศึกษาพบว่าความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลเป็นปัจจัยที่สำคัญและมีความสัมพันธ์กับการพัฒนานักศึกษา โดยนักศึกษาที่มีความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลสูงสามารถปรับตัวเข้าสู่บริบทการฝึกปฏิบัติได้ดีกว่า มีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ส่งผลโดยตรงต่อความกล้าในการตัดสินใจ ความสามารถในการกำกับตนเองและการจัดการความเครียด รวมถึงทักษะการสื่อสารและการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถให้การพยาบาลที่มีคุณภาพและปลอดภัยต่อผู้ป่วยได้มากขึ้น³⁻⁴ นอกจากนี้ ความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลยังมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การเรียนรู้

ของนักศึกษา ทั้งด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติ รวมถึงความพึงพอใจต่อวิชาชีพพยาบาลและความตั้งใจในการประกอบวิชาชีพในอนาคต นักศึกษาที่มีการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลสูงส่งผลต่อการปรับตัวในสถานการณ์จริง ความพึงพอใจต่อกระบวนการเรียนรู้และทัศนคติที่ดีต่อบทบาทพยาบาลยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น⁵ ซึ่งนักศึกษาพยาบาลจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบ ให้มีความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาล

ในบริบทการศึกษานักศึกษาพยาบาลปัจจุบันยังพบว่า นักศึกษาบางส่วนขาดความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาล โดยเฉพาะในด้านการตัดสินใจทางคลินิก ความมั่นใจในการปฏิบัติงาน และการปฏิบัติตามมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดช่องว่างระหว่างการเรียนรู้ในห้องเรียนและการปฏิบัติจริง รวมทั้งอาจกระทบต่อคุณภาพการเรียนรู้และการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์จริง⁶ งานวิจัยพบว่าการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาล ควรรวมองค์ความรู้ ทักษะการสื่อสาร และการจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้เรียนสามารถเผชิญกับสถานการณ์ฝึกปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยต่อผู้ป่วย² จากการศึกษายังพบอีกว่า การรับรู้ความพร้อมของนักศึกษาต่อการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลในบริบท “new normal” มีผลต่อการปรับตัวเข้าสู่สถานการณ์จริง และการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการพัฒนาวิธีการหรือ “นวัตกรรมการเรียนรู้” เพื่อเสริมสร้างความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาล และควรมีการศึกษารูปแบบเป็นระบบและนำไปใช้ในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์อย่างยั่งยืน⁷

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย ปทุมธานี เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาล เนื่องจากความพร้อมดังกล่าวเป็น

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการปรับตัวในการฝึกปฏิบัติจริง ความมั่นใจในการปฏิบัติงาน และความสามารถในการให้การพยาบาลที่ปลอดภัยตามมาตรฐานวิชาชีพ การเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติยังช่วยส่งเสริมการเชื่อมโยงความรู้ภาคทฤษฎีสู่การปฏิบัติทางคลินิกได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า งานวิจัยในประเทศไทยส่วนใหญ่มุ่งศึกษาระดับความพร้อมหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล แต่ยังขาดการศึกษาเชิงระบบที่ใช้การประเมินความต้องการจำเป็นแบบ สมบูรณ์ (Comprehensive Needs Assessment) เพื่อระบุช่องว่างระหว่างสภาพที่เป็นอยู่กับสภาพที่พึงประสงค์ และสามารถนำผลการประเมินความต้องการจำเป็นไปใช้เป็นฐานข้อมูลในการออกแบบนวัตกรรมการเรียนการสอนหรือระบบสนับสนุนการฝึกปฏิบัติยังมีจำกัด และเป็นแนวทางการตัดสินใจเชิงระบบในการคัดเลือกแนวทางการพัฒนาที่เหมาะสมกับบริบทของสถาบัน ดังนั้น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี จึงสนใจดำเนินการ ประเมินความต้องการจำเป็นของความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะการจัดลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็น ระยะวิเคราะห์สาเหตุของความต้องการจำเป็น และระยะการเสนอวิธีแก้ไขความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล เพื่อใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการพัฒนาหรือออกแบบนวัตกรรมที่ส่งเสริมการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลที่เหมาะสม สอดคล้องกับบริบทของสถาบันและความต้องการของผู้เรียน อันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพการเตรียมความพร้อมของนักศึกษา ก่อนเข้าสู่การฝึกปฏิบัติจริง

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อ

1. จัดลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล
2. วิเคราะห์สาเหตุของความต้องการจำเป็นด้านความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล
3. เสนอวิธีแก้ไขความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลในการนำไปใช้เป็นแนวทางในการออกแบบนวัตกรรมการเรียนการสอน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาล สามารถสะท้อนความสามารถของนักศึกษาในการประยุกต์ใช้ความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะทางวิชาชีพในการปฏิบัติงานจริงในสถานการณ์ทางคลินิก จากการสังเคราะห์วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าองค์ประกอบของความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่น ด้านการปรับตัวและการเรียนรู้ ด้านการใช้เทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงาน และด้านการดูแลตนเอง และทักษะชีวิต^{2,8-10} นอกจากนี้ ความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลยังได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยและคณะพยาบาลศาสตร์ การสนับสนุนจากอาจารย์ผู้สอน การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมชั้น และการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) ที่อธิบายว่าการสนับสนุนจากบุคคลหรือสถาบันรอบตัวสามารถช่วยเสริมสร้างความมั่นใจ ความสามารถในการปรับตัว และประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคคลได้¹¹

วาระการสาธารณสุข

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัยประเมินความต้องการจำเป็นแบบสมบูรณ์ (Comprehensive Needs Assessment Research) ของ Wongwanich¹² เป็นกรอบแนวทางในการดำเนินการวิจัย ซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ (1) การระบุความต้องการจำเป็น (Needs Identification) เพื่อสำรวจระดับความต้องการจำเป็นเกี่ยวกับความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลของนักศึกษา (2) การวิเคราะห์สาเหตุของความต้องการจำเป็น (Needs Analysis) เพื่อศึกษาปัจจัยและเงื่อนไขที่ส่งผลต่อความพร้อมดังกล่าว และ (3) การเสนอแนวทางในการพัฒนาหรือแก้ไขความต้องการจำเป็น (Needs Solution) เพื่อกำหนดแนวทางในการส่งเสริมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลในการฝึกปฏิบัติทางคลินิกอย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การดำเนินการแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การจัดลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปี 4 ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2568 มหาวิทยาลัยปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี 125 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2568 คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยโปรแกรมสำเร็จรูปของ Fisher¹³ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ได้ขนาดตัวอย่าง 95 คน กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม (inclusion criteria) ได้แก่ นักศึกษาสามารถอ่านเข้าใจภาษาไทย และยินยอมสมัครใจในการให้ข้อมูล การได้มาซึ่งตัวอย่างวิจัย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ (systematic random sampling) โดยใช้รายชื่อและลำดับเลขที่ประจำตัวนักศึกษาเป็นกรอบการสุ่ม ผู้วิจัย

ดำเนินการสุ่มด้วยวิธีจับสลากเพื่อกำหนดลำดับเริ่มต้นของการเลือกตัวอย่างวิจัย ได้ผลการคัดเลือกนักศึกษาตามลำดับเลขที่ก่อน และจึงคัดเลือกเลขที่ลงท้ายด้วยเลขคู่ต่อเนื่องจนได้จำนวนตัวอย่างวิจัยครบตามที่กำหนด คือ 95 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินความต้องการจำเป็น แบ่งเป็น 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) ตอนที่ 2 ความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาล และตอนที่ 3 การสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติการพยาบาล เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ และมีการตอบสนองคู่ (Dual-response format) ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือโดย (1) กำหนดวัตถุประสงค์ของการสร้างแบบประเมินความต้องการจำเป็น (2) ศึกษาเอกสาร ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดนิยามศัพท์เฉพาะของความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่น ด้านการปรับตัวและการเรียนรู้ ด้านการใช้เทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงาน และด้านการดูแลตนเองและทักษะชีวิต สร้างข้อคำถามตามนิยามดังกล่าว ได้แบบประเมินความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาล 32 ข้อ และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติการพยาบาล 23 ข้อ (3) นำแบบประเมินเสนอผู้เชี่ยวชาญ 3 คน เพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับจุดมุ่งหมายในการวัด (item object congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 จากนั้นปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะ และ (4) นำแบบประเมินไปทดลองใช้ (tryout) กับนักศึกษาพยาบาลที่ไม่ใช่ตัวอย่างวิจัย 30 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์

แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.98 และ 0.97 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (PTU-IRB-CERT-2025-050) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 โดยให้ผู้ช่วยวิจัยที่ไม่รู้จักกับตัวอย่างทำหน้าที่แจกแบบสอบถามในช่วงหลังเสร็จสิ้นการเรียนการสอนในวิชาสุดท้ายของวัน หลังจากนั้นนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์ จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยโปรแกรมสำเร็จรูปใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD) และค่าดัชนีความต้องการจำเป็นแบบปรับปรุง ($PNI_{modified}$) ซึ่งมีสูตร คือ $PNI_{modified} = (I-D)/D$ เมื่อ I หมายถึง ค่าเฉลี่ยของสภาพที่ควรจะเป็น และ D หมายถึง ค่าเฉลี่ยของสภาพที่เป็นจริง โดยกำหนดระดับความต้องการจำเป็น ($PNI_{modified}$) 3 ระดับ ดังนี้ ระดับน้อย ($<.10$) ระดับมาก ($.10-.19$) และระดับเร่งด่วน ($\geq .20$)¹² และจัดระดับความต้องการจำเป็นของความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลและการสนับสนุนทางสังคมในแต่ละด้าน เพื่อนำมาใช้ในการวิเคราะห์สาเหตุความต้องการจำเป็นในขั้นตอนถัดไป

ระยะที่ 2 การวิเคราะห์สาเหตุของความต้องการจำเป็นด้านความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล

การดำเนินการระยะนี้เพื่อให้ได้สารสนเทศเกี่ยวกับสาเหตุของความจำเป็นด้านความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาล ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants) คือ

นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2568 จำนวน 8 คน คัดเลือกด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) กำหนดเกณฑ์คัดเข้า คือ (1) เป็นนักศึกษาพยาบาลที่ตอบแบบสอบถามการประเมินความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลอยู่ในลำดับน้อยที่สุด 8 คนสุดท้าย (2) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ และ (3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ใช้การ

สัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) เพื่อศึกษาสาเหตุของความต้องการจำเป็นความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาล เป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนมุมมองและประสบการณ์อย่างอิสระ โดยเริ่มจากคำถามเชิงกว้าง ได้แก่ “ปัจจัยหรือสาเหตุที่ก่อให้เกิดความต้องการจำเป็นความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาล” “สาเหตุที่ระบุดังกล่าวเกิดขึ้นเพราะเหตุใด” จากนั้นผู้วิจัยใช้คำถามเชิงเหตุผลและคำถามต่อยอดเพื่อเจาะลึกถึงที่มาและความเชื่อมโยงของสาเหตุในระดับย่อยที่สุดตามข้อมูลที่ได้รับ การตรวจสอบคุณภาพของแนวสัมภาษณ์ ดำเนินการโดยให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์ด้านการพยาบาลและการวิจัย 3 คน เพื่อพิจารณาความเหมาะสมและความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย ผลการประเมิน พบว่าค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item Objective Congruence: IOC) มีค่าตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไปทุกข้อ จากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขแนวคำถาม และนำไปทดลองใช้สัมภาษณ์กับผู้ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูลจริงจำนวน 1 คน เพื่อประเมินความชัดเจนและความเข้าใจในข้อคำถาม ก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริงต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลควบคู่กันไปอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มจากติดต่อผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก เพื่อขออนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูล อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ตลอดจนกำหนดวัน เวลา และสถานที่ในการเข้าร่วมอย่างชัดเจน ในวันดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย สิทธิในการเข้าร่วมและการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามข้อสงสัย ก่อนให้ลงนามแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นจึงสัมภาษณ์ด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (focus group) ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างอิสระผ่านการสนทนาวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหาตามแนวทางของ Hsieh และ Shannon¹⁴ โดยเริ่มจากการอ่านข้อมูลอย่างละเอียดเพื่อทำความเข้าใจภาพรวม กำหนดค่าสำคัญ สร้างรหัสข้อมูล (coding) จัดกลุ่มรหัสเป็นหมวดหมู่ และสังเคราะห์เป็นสาเหตุย่อยของปรากฏการณ์ที่ศึกษา จากนั้นเชื่อมโยงสาเหตุย่อยที่สัมพันธ์กันเพื่อจัดกลุ่มเป็นสาเหตุหลัก หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (credibility) โดยใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลจำนวน 8 ราย (member checking) เพื่อยืนยันความถูกต้อง อีกทั้งยังมีการบันทึกขั้นตอนการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบ เพื่อให้สามารถตรวจสอบซ้ำได้ และทีมผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันภายในทีม (multiple researchers) เพื่อเป็นการยืนยันความถูกต้อง (confirmability) และตรวจสอบความสอดคล้องข้อมูล และหาข้อสรุปร่วมกัน ผลการวิเคราะห์เชิงสาเหตุถูกนำเสนอในรูปแบบการวิเคราะห์ฟอลต์ทรี (Fault Tree Analysis: FTA) เพื่อแสดงโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงลำดับชั้นของสาเหตุ ตั้งแต่สาเหตุหลักไปจนถึงสาเหตุ

ย่อย ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลมีส่วนร่วมในการกำหนดค่าความน่าจะเป็นของการเกิดเหตุการณ์ในแต่ละระดับ โดยกำหนดให้ค่าความน่าจะเป็นรวมของสาเหตุในระดับเดียวกันมีค่าเท่ากับ 1.00 จากนั้นนำค่าดังกล่าวมาวิเคราะห์เพื่อคำนวณน้ำหนักความสำคัญและความเป็นไปได้ของสาเหตุที่ส่งผลต่อการเกิดปรากฏการณ์ตามแนวคิดของ Wongwanich¹² เพื่อนำไปใช้เป็นฐานข้อมูลในการเสนอแนวทางแก้ไขในขั้นตอนต่อไป

ระยะที่ 3 การเสนอวิธีแก้ไขความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล

ดำเนินการต่อจากระยะที่ 2 เพื่อให้ได้วิธีแก้ไขความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants) คือผู้บริหารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยปทุมธานี 3 คน และอาจารย์พยาบาล 3 คน คัดเลือกด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) กำหนดเกณฑ์คัดเลือก คือ (1) เป็นผู้บริหารหรืออาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์การสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตอย่างน้อย 3 ปี (2) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ และ (3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เพื่อรวบรวมข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไขความต้องการจำเป็นความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาล เป็นคำถามปลายเปิดเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้เสนอแนวทางอย่างอิสระ ครอบคลุมประเด็นที่เกี่ยวกับสาเหตุของความต้องการจำเป็นด้านความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลที่ได้จากการศึกษาในระยะที่ 2 จากนั้นผู้วิจัยใช้คำถามเชิงเหตุผลและคำถามต่อยอดเพื่อเจาะลึกถึงที่มาและความเชื่อมโยงของสาเหตุในระดับย่อยที่สุดตามข้อมูลที่ได้รับ การตรวจสอบคุณภาพของแนวทางการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง

ดำเนินการโดยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลและการวิจัย 3 คน ประเมินความเหมาะสมและความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ ผลการประเมินพบว่าค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item Objective Congruence: IOC) มีค่าตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไปทุกข้อ จากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขแนวคำถาม และนำไปทดลองใช้สัมภาษณ์กับผู้ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูลจริงจำนวน 1 คน เพื่อประเมินความชัดเจนในข้อคำถาม ก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลร่วมกันเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหและดำเนินการวิเคราะห์เนื้อหาแบบดั้งเดิมในลักษณะเดียวกับระยะที่ 2 ใช้เวลาดำเนินการประมาณ 1 ชั่วโมง โดยให้ผู้ให้ข้อมูลประเมินค่าอรรถประโยชน์เชิงพหุลักษณะของแต่ละวิธีการแก้ไขตามคุณลักษณะที่กำหนดไว้ โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์อรรถประโยชน์-พหุลักษณะ (Multi-Attribute Utility Technique: MAUT) ซึ่งประกอบด้วย การกำหนดลำดับความสำคัญและค่าน้ำหนักของคุณลักษณะต่าง ๆ โดยกำหนดคะแนนรวมสูงสุดเท่ากับ 100 คะแนน (ค่าน้ำหนัก: W) กระบวนการประเมินแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ (1) การกำหนดค่าน้ำหนักรวมของแต่ละด้านให้มีผลรวมเท่ากับ 100 คะแนน และ (2) การกำหนดค่าน้ำหนักของคุณลักษณะย่อยภายในแต่ละด้านให้มีผลรวมเท่ากับ 100 คะแนนเช่นเดียวกัน ภายหลังการกำหนดค่าน้ำหนัก ผู้วิจัยเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหในภาพรวม และดำเนินการกำหนดค่าคะแนนของทางเลือกแต่ละรายการตามคุณลักษณะที่กำหนด จากนั้นทำการวิเคราะห์ค่าอรรถประโยชน์ของแต่ละทางเลือก โดยกำหนดค่าเต็มเท่ากับ 1.00 (ค่าความน่าจะเป็น: Prop) และคำนวณค่าอรรถประโยชน์รวม

โดยนำผลคูณระหว่างค่าน้ำหนัก (W) และค่าความน่าจะเป็น (Prop) ของทุกคุณลักษณะในแต่ละแนวทางมารวมกัน เพื่อนำไปใช้ในการจัดลำดับค่าอรรถประโยชน์รวมของแนวทางการแก้ไขปัญห¹¹ ทั้งนี้ ผลการประเมินอรรถประโยชน์ดังกล่าวถูกนำมาใช้ในการสรุปและจัดลำดับความสำคัญของแนวทางการแก้ไขปัญหที่มีความเหมาะสมมากที่สุด

ผลการวิจัย

1. การจัดลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล

นักศึกษาพยาบาล 95 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 89 คน (ร้อยละ 93.69) เกรดเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.51-3.00 จำนวน 52 คน (ร้อยละ 54.74) รองลงมา คือ 3.01-3.50 จำนวน 38 คน (ร้อยละ 40.00) ใช้โทรศัพท์เป็นอุปกรณ์ในการเรียนการสอน 87 คน (ร้อยละ 91.58) รองลงมา คือ ใช้ไอแพด/แท็บเล็ต 84 คน (ร้อยละ 88.42) และโน้ตบุ๊ก 27 คน (ร้อยละ 28.42) และใช้เครื่องมือสื่อสารและอินเทอร์เน็ตมากกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน 62 คน (ร้อยละ 65.26) ผลการจัดลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลที่ควรจะเป็นอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.59$, $SD = 0.22$) และความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลในสภาพที่เป็นอยู่จริงอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน ($M = 4.27$, $SD = 0.70$) เมื่อพิจารณาสภาพความพร้อมที่ควรจะเป็นสูงสุด คือ ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาล ($M = 4.93$, $SD = 0.25$) รองลงมา คือ ด้านการสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยและคณะฯ ($M = 4.87$, $SD = 0.35$) และด้านการสนับสนุนจากอาจารย์ ($M = 4.75$, $SD = 0.44$) ตามลำดับ สะท้อนว่านักศึกษาให้ความสำคัญกับการปฏิบัติทางการ

วารสารกองการพยาบาล

พยาบาลมากที่สุด เมื่อพิจารณาความพร้อมในสภาพที่เป็นอยู่จริง พบว่า ด้านที่มีความพร้อมสูงสุด คือ ด้านการสนับสนุนจากครอบครัว ($M = 4.40$, $SD = 0.72$) โดยด้านอื่นมีความพร้อมในระดับใกล้เคียงกันและอยู่ในระดับมากที่สุด ยกเว้นด้านการปฏิบัติทางการพยาบาล ด้านการสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยและคณะฯ และด้านการสนับสนุนจากอาจารย์ มีความพร้อมอยู่ในระดับมาก และมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำกว่าด้านอื่นๆ และเมื่อพิจารณาจากดัชนี $PNI_{Modified}$

พบว่า ในภาพรวมนักศึกษาที่มีความต้องการจำเป็นในระดับน้อย ($PNI_{Modified} = .073$) และเมื่อพิจารณาตามรายด้าน พบว่า มีค่าดัชนี $PNI_{Modified}$ อยู่ระหว่าง .005 - .200 โดยด้านที่มีความต้องการจำเป็นมากที่สุด คือ ด้านการสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยและคณะฯ ($PNI_{Modified} = .200$) ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาล ($PNI_{Modified} = .185$) และด้านการสนับสนุนจากอาจารย์ ($PNI_{Modified} = .156$) ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความต้องการจำเป็นของความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาล (n = 95)

ความพร้อมของนักศึกษา พยาบาล	จำนวน ข้อ	สภาพที่ควรจะเป็น			สภาพที่เป็นอยู่จริง			$PNI_{modified}$	ระดับความ ต้องการ จำเป็น	ลำดับ
		M	SD	แปล	M	SD	แปล			
1. ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาล	6	4.93	0.25	มากที่สุด	4.16	0.70	มาก	.185	มาก	2*
2. ด้านทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่น	9	4.44	0.55	มากที่สุด	4.26	0.71	มากที่สุด	.042	น้อย	6
3. ด้านการปรับตัวและการเรียนรู้	9	4.38	0.72	มากที่สุด	4.24	0.65	มากที่สุด	.033	น้อย	7
4. ด้านการใช้เทคโนโลยีเพื่อ สนับสนุนการปฏิบัติงาน	4	4.30	0.83	มากที่สุด	4.28	0.62	มากที่สุด	.005	น้อย	9
5. ด้านการดูแลตนเองและทักษะชีวิต	4	4.60	0.60	มากที่สุด	4.23	0.66	มากที่สุด	.087	น้อย	4
6. ด้านการสนับสนุนจาก มหาวิทยาลัยและคณะฯ	6	4.87	0.35	มากที่สุด	4.06	0.78	มาก	.200	เร่งด่วน	1*
7. ด้านการสนับสนุนจากอาจารย์	8	4.75	0.44	มากที่สุด	4.11	0.75	มาก	.156	มาก	3*
8. ด้านการสนับสนุนจากเพื่อน	5	4.56	0.51	มากที่สุด	4.25	0.69	มากที่สุด	.073	น้อย	5
9. ด้านการสนับสนุนจากครอบครัว	4	4.44	0.80	มากที่สุด	4.40	0.72	มากที่สุด	.009	น้อย	8
รวม	55	4.59	0.22	มากที่สุด	4.27	0.70	มากที่สุด	.073		

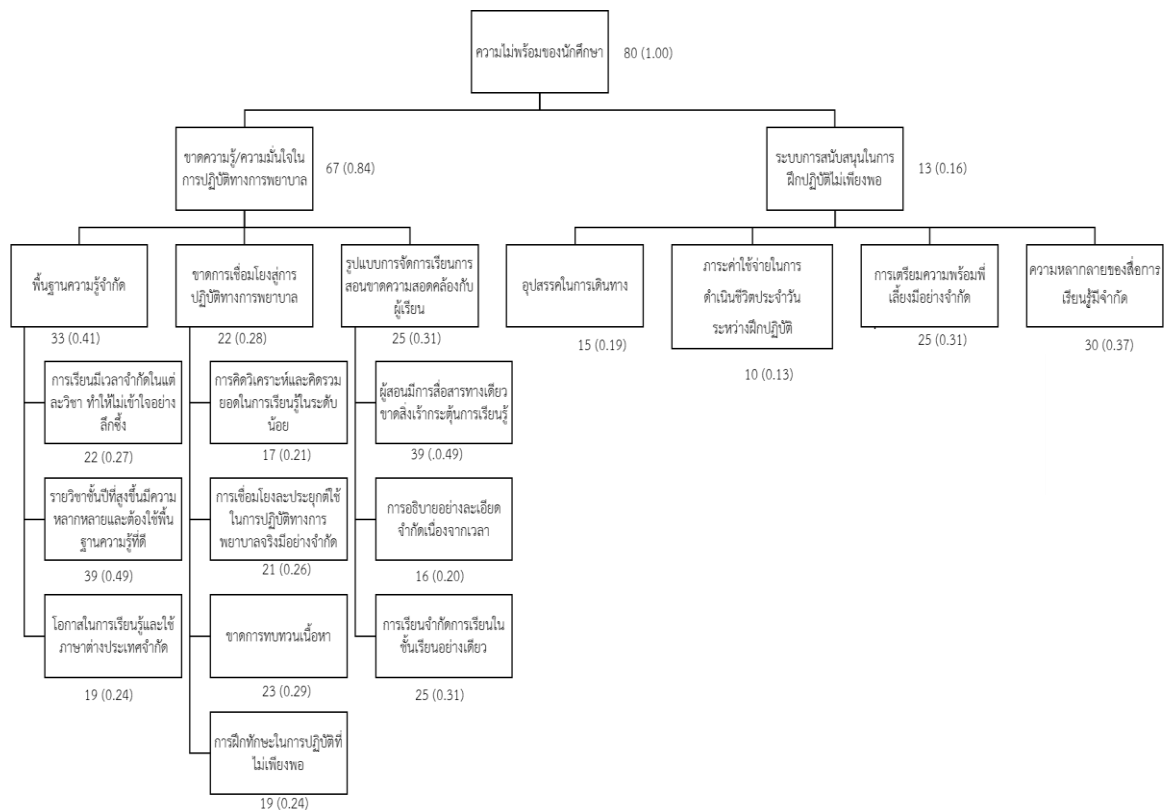
2. สาเหตุของความต้องการจำเป็นความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล

ผลการวิเคราะห์สาเหตุของความต้องการจำเป็น พบว่า ความน่าจะเป็นของสาเหตุที่ส่งผลต่อความไม่พร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลของนักศึกษา ประกอบด้วย 2 สาเหตุหลัก ได้แก่ สาเหตุหลักที่ 1 การขาดความรู้และความมั่นใจในการปฏิบัติ

ทางการพยาบาล โดยมีโอกาสเกิดขึ้น 0.84 เมื่อพิจารณา สาเหตุย่อยลำดับที่ 2 ประกอบด้วย 3 สาเหตุ คือ พื้นฐานความรู้จำกัด (โอกาสเกิดเท่ากับ 0.41) รูปแบบการจัดการเรียนการสอนขาดความสอดคล้องกับผู้เรียน (โอกาสเกิดเท่ากับ 0.31) และขาดการเชื่อมโยงสู่การปฏิบัติทางการพยาบาล (โอกาสเกิดเท่ากับ .28) ตามลำดับ และสาเหตุในระดับที่ 3 ที่มีโอกาสเกิดมากที่สุดของแต่ละสาเหตุ

ประกอบด้วย รายวิชาชั้นปีที่สูงขึ้นมีความหลากหลาย และต้องใช้พื้นฐานความรู้ที่ดี (โอกาสเกิดเท่ากับ 0.49) ผู้สอนมีการสื่อสารทางเดียวขาดสิ่งเร้ากระตุ้นการเรียนรู้ โอกาสเกิดเท่ากับ 0.49 และขาดการทบทวนเนื้อหา (โอกาสเกิดเท่ากับ 0.29) เมื่อวิเคราะห์สาเหตุในระดับที่ 3 ที่มีน้ำหนักความน่าจะเป็นที่ทำให้เกิดความไม่พร้อมของนักศึกษา ในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลสูงสุด ได้แก่ รายวิชาชั้นสูงมีความหลากหลายและต้องใช้พื้นฐานความรู้ที่ดี ผู้สอนมีการสื่อสารทางเดียวขาดสิ่งเร้ากระตุ้นการเรียนรู้ การเรียนมีเวลาจำกัดในแต่ละวิชา ทำให้ไม่เข้าใจ

อย่างลึกซึ้ง และสาเหตุหลักที่ 2 ระบบการสนับสนุนในการฝึกปฏิบัติไม่เพียงพอ ซึ่งมีโอกาสเกิดขึ้น 0.16 เกิดจากสาเหตุย่อย ประกอบด้วย 4 สาเหตุ คือ ความหลากหลายของสื่อการเรียนรู้มีจำกัด (โอกาสเกิดเท่ากับ 0.37) การเตรียมความพร้อมพี่เลี้ยงมีอย่างจำกัด (โอกาสเกิดเท่ากับ 0.31) อุปสรรคในการเดินทาง (โอกาสเกิดเท่ากับ 0.19) และภาระค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตระหว่างฝึกปฏิบัติ (โอกาสเกิดเท่ากับ 0.13) ตามลำดับ รายละเอียด ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 แผนผังแสดงความน่าจะเป็นของสาเหตุที่ส่งผลต่อความไม่พร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลของนักศึกษา

3. วิธีแก้ไขความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล

จากผลการวิเคราะห์ต้นไม้แห่งคุณค่าที่มีมิติคุณลักษณะในการพิจารณาตัวแทรกแซงเพื่อส่งเสริมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลของ

นักศึกษา โดยใช้เทคนิคอรรถประโยชน์-พหุลักษณะ (Multi-Attribute Utility Technique: MAUT) จำแนกออกเป็น 10 คุณลักษณะ ซึ่งคุณลักษณะเหล่านี้ได้รับการพิจารณาน้ำหนักความสอดคล้องกับผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตร (น้ำหนัก 13.00) ความครอบคลุม

มิติของการปฏิบัติทางการพยาบาล (น้ำหนัก 12.00) ความเหมาะสมกับระดับและความพร้อมของผู้เรียนที่หลากหลาย (น้ำหนัก 11.00) และ ความเหมาะสมของวิธีการประเมินผล (น้ำหนัก 11.00) ตามลำดับ และซึ่งในแต่ละคุณลักษณะจะมีคุณลักษณะรองที่เป็นรายละเอียดในการพิจารณา ประกอบด้วย 10 คุณลักษณะรอง เมื่อพิจารณาทางเลือกในการแก้ไข

ปัญหา พบว่าทางเลือกที่มีอรรถประโยชน์สูงสุด คือ ระบบการทบทวนความรู้ที่เรียนรู้ได้ทันทีทุกเวลา การทำ Pre-Clinic และการเรียนการสอนโดยใช้แนวคิด Gamification โดยมีผลการวิเคราะห์อรรถประโยชน์รวมเท่ากับ 89.40, 89.20 และ 88.30 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์วิธีแก้ไขปัญหา โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์อรรถประโยชน์-พหุลักษณะ (n=8)

อรรถประโยชน์รวม		100	89.20*	87.60	63.70	83.05	85.50	82.50	58.40	88.30*	87.10	89.40*
ศักยภาพในการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและความ		8.00	0.70	5.60	0.90	7.20	0.80	6.40	0.90	7.20	0.80	6.40
ความเหมาะสมของวิธีการประเมินผล		11.00	0.90	9.90	0.90	9.90	0.60	6.60	0.90	9.90	0.90	9.90
ความชัดเจนของกระบวนการและขั้นตอน		9.00	0.80	7.20	0.80	7.20	0.50	4.50	0.90	7.20	0.80	7.20
ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง		9.00	1.00	9.00	0.80	7.20	0.70	6.30	0.40	7.20	0.90	8.10
การสนับสนุนด้านจิตใจและความมั่นใจในการ		9.00	0.90	8.10	0.70	6.30	0.70	6.30	0.40	7.20	0.80	7.20
การส่งเสริมการเรียนรู้เชิงรุกและการมีส่วนร่วม		10.00	1.00	10.00	0.90	9.00	0.50	5.00	0.60	6.00	0.90	9.00
ความเหมาะสมกับระดับและความพร้อมของผู้เรียนที่หลากหลาย		11.00	0.80	8.80	1.00	11.00	0.60	6.60	0.40	4.40	0.90	9.90
ความสอดคล้องกับบริบทจริง		8.00	0.70	5.60	0.90	7.20	0.70	5.60	0.50	4.00	0.90	7.20
ความครอบคลุมมิติของการปฏิบัติทางการพยาบาล		12.00	1.00	12.00	0.80	9.60	0.50	6.00	0.50	6.00	0.90	10.80
ความสอดคล้องกับผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตร		13.00	1.00	13.00	1.00	13.00	0.80	10.40	0.90	11.70	1.00	13.00
คุณลักษณะ วิธีแก้ปัญหา	น้ำหนัก (w)											
	Prop	PW	Prop	PW	Prop	PW	Prop	PW	Prop	PW	Prop	PW
1. การทำ Pre Clinic												
2. ระบบการเรียนรู้ออนไลน์												
3. การอบรมเตรียมความพร้อมของแหล่งฝึก												
4. หลักสูตรการพัฒนาทักษะการสื่อสารทางการพยาบาล												
5. การพัฒนาทักษะการใช้เทคโนโลยีทางการพยาบาล												
6. การเรียนในห้องปฏิบัติการเสมือนจริง												
7. การส่งเสริมการวิจัยทางพยาบาล												
8. การเรียนการสอนโดยใช้แนวคิด Gamification												
9. การประเมินผลทางออนไลน์												
10. ระบบการทบทวนความรู้ที่เรียนรู้ได้ทันทีทุกเวลา												

*w = น้ำหนักจากการประเมินของผู้ให้ข้อมูล, Prop = ความน่าจะเป็นของโอกาสที่วิธีแก้ปัญหานี้สอดคล้องกับคุณลักษณะที่กำหนด PW = W*Prop

การอภิปรายผล

ความต้องการจำเป็นของความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลของนักศึกษาในภาพรวม

อยู่ในระดับน้อย สะท้อนว่านักศึกษารับรู้ว่าตนเองมีความพร้อมในระดับหนึ่ง อาจเป็นผลจากการจัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรที่มีการบูรณาการทฤษฎี

และการฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการใช้กิจกรรมการเรียนรู้ที่ช่วยเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาล อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาผลการประเมินรายด้าน พบว่าด้านการสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยและคณะฯ เป็นด้านที่มีความต้องการจำเป็นเร่งด่วนมากที่สุด ซึ่งสะท้อนถึงช่องว่างระหว่างศักยภาพของผู้เรียนกับระบบสนับสนุนเชิงโครงสร้างและทรัพยากรที่เอื้อต่อการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาล ถึงแม้ว่านักศึกษาจะมีความพร้อมในระดับบุคคล แต่ยังคงต้องพึ่งพาการสนับสนุนจากมหาวิทยาลัย เช่น ทรัพยากรการเรียนรู้รูปแบบใหม่ที่ได้ความรู้วิชาการและสนุกหรือไม่น่าเบื่อในลักษณะเกมส์ที่เข้าถึงได้ทุกที่ ทุกเวลา สื่อและอุปกรณ์ฝึกปฏิบัติ ห้องปฏิบัติการ และการจำลองสถานการณ์ ตลอดจนการประสานความร่วมมือกับแหล่งฝึกปฏิบัติอย่างเป็นระบบ หากการสนับสนุนดังกล่าวยังไม่เพียงพอ อาจทำให้นักศึกษารับรู้ถึงความไม่พร้อม ในเชิงระบบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Konlan และคณะ² และ Ang และคณะ⁷ ที่ระบุว่าความพร้อมในการ ฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลไม่ได้ขึ้นกับผู้เรียนเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นกับการสนับสนุนจากสถาบัน ระบบการจัดการเรียนรู้ และสภาพแวดล้อมในการฝึกปฏิบัติด้วย

สาเหตุของความต้องการจำเป็นด้านความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลพบว่า เกิดจาก 2 สาเหตุหลัก ได้แก่ การขาดความรู้และความมั่นใจในการปฏิบัติทางการพยาบาล และระบบการสนับสนุนในการฝึกปฏิบัติที่ยังไม่เพียงพอ โดยมีสาเหตุย่อยสำคัญ ได้แก่ ความหลากหลายและความซับซ้อนของรายวิชาในชั้นปีที่สูงขึ้นซึ่งต้องอาศัยพื้นฐานความรู้ที่เข้มแข็ง รูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่เน้นการสื่อสารทางเดียวและขาดสิ่งเร้ากระตุ้นการเรียนรู้ รวมถึงความหลากหลายของสื่อการเรียนรู้มีจำกัด การขาดความรู้และความมั่นใจดังกล่าวสะท้อนถึงช่องว่างระหว่างความรู้เชิงทฤษฎีกับการประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง โดยเฉพาะในรายวิชาที่ต้องบูรณาการ

องค์ความรู้หลายด้าน ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความไม่มั่นใจในการตัดสินใจทางคลินิกและการปฏิบัติงานจริง สอดคล้องกับการศึกษาของ Konlan และคณะ² ที่พบว่าความพร้อมทางคลินิกมีความสัมพันธ์กับความรู้ ความมั่นใจของผู้เรียน และระบบสนับสนุนจากสถาบัน ขณะเดียวกัน รูปแบบการเรียนการสอนที่ขาดการมีส่วนร่วมของผู้เรียนอาจจำกัดโอกาสในการพัฒนาการคิดเชิงเหตุผลและการเรียนรู้เชิงลึก ซึ่งการเรียนรู้เชิงรุก อาทิเช่น การใช้สถานการณ์จำลอง กรณีศึกษา และการสะท้อนคิด มีบทบาทสำคัญต่อการเสริมสร้างความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติจริง⁶ นอกจากนี้ ความหลากหลายของสื่อที่จำกัด ทำให้การเรียนรู้เน้นการรับข้อมูลมากกว่าการฝึกคิดและลงมือปฏิบัติ ส่งผลต่อการพัฒนาการคิดเชิงเหตุผลและความมั่นใจของนักศึกษา ทั้งนี้อาจเกิดจากข้อจำกัดทรัพยากร เวลาเรียน และระบบสนับสนุนของมหาวิทยาลัย จากการทบทวนวรรณกรรมพบหลักฐานสนับสนุนว่า การใช้สื่อการเรียนรู้ที่หลากหลายทั้งแบบ face-to-face, virtual simulation รวมถึง serious games/gamification สามารถช่วยเสริมความรู้ ทักษะ ความมั่นใจ และการคิดเชิงเหตุผลของนักศึกษาพยาบาลได้¹⁵⁻¹⁶ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติทางการพยาบาล

วิธีแก้ไขปัญหาคือความต้องการจำเป็นด้านความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลที่มีค่า อรรถประโยชน์รวมสูงสุด ได้แก่ ระบบการทบทวนความรู้ที่เรียนรู้ได้ทุกที่ทุกเวลา การทำ Pre-Clinic และการเรียนการสอนโดยใช้แนวคิด Gamification ที่จำแนกตามสาขาวิชาทางการพยาบาล ทั้งนี้ระบบการเรียนรู้อัตโนมัติช่วยให้นักศึกษาสามารถทบทวนและเชื่อมโยงองค์ความรู้ได้อย่างต่อเนื่องตามจังหวะการเรียนรู้ของตนเอง สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง (Self-directed learning theory) ซึ่งระบุว่า การเรียนรู้ที่ยืดหยุ่นช่วยให้ผู้เรียนควบคุมกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาความรู้เชิงลึกได้อย่าง

ต่อเนื่อง¹⁷ ขณะที่กิจกรรม Pre-Clinic ช่วยลดช่องว่างระหว่างทฤษฎีกับการปฏิบัติจริง และเสริมสร้างความมั่นใจก่อนเข้าสู่การฝึกปฏิบัติทางการพยาบาล สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของ Kolb¹⁸ เน้นการเรียนรู้ผ่านการลงมือทำและการสัมผัสประสบการณ์จริง มีการสะท้อนคิด สรุป และนำไปใช้ปฏิบัติช่วยให้ผู้เรียนเชื่อมโยงทฤษฎีกับการปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนการจัดการเรียนรู้โดยใช้ Gamification ช่วยกระตุ้นการเรียนรู้เชิงรุกและพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์และตัดสินใจในสถานการณ์ทางคลินิกได้ดีขึ้น เพิ่มแรงจูงใจและการจดจำความรู้ระยะยาว¹⁹

สรุป

การพัฒนาความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลของนักศึกษาควรดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยให้ความสำคัญกับการบูรณาการการพัฒนาศักยภาพของผู้เรียนในหลายมิติ ทั้งด้านความรู้ ทักษะทางคลินิก ทักษะการสื่อสารและการทำงานเป็นทีม ตลอดจนการเสริมสร้างทัศนคติและความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริง ควบคู่กับการออกแบบรูปแบบการจัดการเรียนรู้ที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้เรียนและการเรียนรู้เชิงรุก (Active Learning) เช่น การเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลอง (Simulation-based learning) การประยุกต์ใช้แนวคิด Gamification เป็นต้น เพื่อกระตุ้นแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมของผู้เรียน ซึ่งจะช่วยให้นักศึกษาได้ฝึกคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจทางคลินิก และการแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกับการปฏิบัติงานจริง นอกจากนี้ สถาบันการศึกษาควรให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างระบบสนับสนุนจากคณะพยาบาลศาสตร์และมหาวิทยาลัยที่เอื้อต่อการพัฒนาทักษะทางคลินิก รวมถึงการจัดกิจกรรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติ ยังมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความมั่นใจและความพร้อมของนักศึกษาในการเผชิญกับสถานการณ์จริงในคลินิก

ข้อจำกัดการวิจัย

ปีที่ 53 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569

ผลการวิจัยสะท้อนบริบทเฉพาะของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี อาจมีข้อจำกัดในการนำผลไปอ้างอิงหรือสรุปเชิงทั่วไป (generalization) ไปยังนักศึกษาพยาบาลจากสถาบันอื่นหรือชั้นปีอื่นที่มีบริบทการจัดการเรียนการสอน สภาพแวดล้อมทางการเรียนรู้ และระบบสนับสนุนที่แตกต่างกัน อีกทั้งการวิเคราะห์และสรุปค่าน้ำหนักความสำคัญของแนวทางการพัฒนา เป็นการให้ความคิดเห็นและการตัดสินใจร่วมกันของผู้บริหารในการวิเคราะห์ ซึ่งอาจได้รับอิทธิพลจากพลวัตของกลุ่ม (group dynamics) ทำให้ผลการจัดลำดับความสำคัญของแนวทางการแก้ไขปัญหานี้ อาจสะท้อนมุมมองของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในบริบทเฉพาะของการศึกษานี้ ดังนั้น การนำผลการวิจัยไปใช้ควรพิจารณาถึงบริบทของการศึกษาและข้อจำกัดดังกล่าวประกอบด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. ในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ด้านนโยบาย สถาบันการศึกษาและคณะพยาบาลศาสตร์ควรกำหนดนโยบายและแนวทางการพัฒนาความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลของนักศึกษาอย่างเป็นระบบ โดยสนับสนุนแหล่งเรียนรู้ และสภาพแวดล้อมทางการเรียนรู้ที่เอื้อต่อการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติทางคลินิก เช่น ห้องปฏิบัติการทางการพยาบาล แพลตฟอร์มการเรียนรู้ที่สามารถเข้าถึงได้ทุกที่ทุกเวลารวมถึงการสร้างนวัตกรรมการเรียนการสอน ที่ช่วยเสริมสร้างความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาล เช่น การประยุกต์ใช้แนวคิด Gamification เพื่อสนับสนุนการเรียนรู้เชิงรุกและเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้ของนักศึกษา

1.2 ด้านหลักสูตร ควรนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการพัฒนาและปรับปรุงหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต โดยกำหนดการพัฒนาความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลของนักศึกษาให้เป็นหนึ่งในเป้าหมายสำคัญของหลักสูตร และเชื่อมโยงกับผลลัพธ์การเรียนรู้ของ

หลักสูตร (Program Learning Outcomes: PLOs) และมาตรฐานวิชาชีพพยาบาล

1.3 ด้านอาจารย์ผู้สอน ควรออกแบบ กิจกรรมการเรียนการสอนที่ส่งเสริมการเรียนรู้เชิงรุก (Active learning) และการมีส่วนร่วมของผู้เรียน เช่น การเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลอง (Simulation-based learning) และการประยุกต์ใช้ Gamification เพื่อกระตุ้นการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจ และ แรงจูงใจในการเรียนรู้

2. ในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการวิจัยเชิงทดลองเพื่อศึกษา ประสิทธิภาพของนวัตกรรมการเรียนรู้ การจัดกิจกรรม

Pre-Clinic และการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ Gamification ต่อความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางการ พยาบาล ความมั่นใจ และผลลัพธ์การเรียนรู้ของ นักศึกษาพยาบาล

2.2 ควรมีการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่ หลากหลายมากขึ้น เช่น นักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปี หลากหลายสถาบัน หรือบริบทการฝึกปฏิบัติทางการ พยาบาลที่แตกต่างกัน เพื่อเพิ่มความครอบคลุมและ ความสามารถในการอ้างอิงผลการวิจัยในวงกว้าง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณการสนับสนุนทุนวิจัยจาก มหาวิทยาลัยปทุมธานี

References

1. Benner P, Sutphen M, Leonard V, Day L. Educating nurses: A call for radical transformation. San Francisco: Jossey-Bass; 2010. Available from: <https://www.wiley.com/en-us/Educating+Nurses>
2. Konlan KD, Damiran D, Lee TW. Clinical readiness for practice of nursing students: a concept analysis. Int J Environ Res Public Health. 2024;21(12):1610. doi:10.3390/ijerph21121610
3. Alhejaili AA, Alshahrani B, Muslihi A, Garcia PRB, Roque MY, Alharbi RS, et al. Nursing students' satisfaction and self-confidence after short-term clinical preparation: a cross-sectional study. Nurs Rep. 2025;15(9):317. doi:10.3390/nursrep15090317
4. Kavanagh JM, Sharpnack PA. Crisis in competency: a defining moment in nursing education. Online J Issues Nurs. 2021;26(1):Man02. doi:10.3912/OJIN.Vol26No01Man02
5. Maalouf I, El Zaatari W. Decoding readiness for clinical practicum: undergraduate nursing students' perspectives, clinical evaluations, and comparative curriculum variations. Nurs Rep. 2025;15(6):204. doi:10.3390/nursrep15060204
6. Altunsoy C, Dag GS. Knowledge and competence with patient safety as perceived by nursing students in the classroom and clinical practice: a cross-sectional study. BMC Nurs. 2025 Jul 1;24(1):767. doi: 10.1186/s12912-025-03288-2.
7. Ang WHD, Rusli KDB, Lau Y, Lau ST, Chew HSJ. Nursing students' readiness towards the 'new normal' in clinical practice: a distributed cognition qualitative perspective. BMC Nurs. 2024;23(1):258. doi:10.1186/s12912-024-01819-x
8. QSEN Institute. QSEN competencies for pre-licensure nursing education [Internet]. Cleveland (OH): Quality and Safety Education for Nurses; 2025. Available from: <https://www.qsen.org/competencies-pre-licensure-ksas/>

9. Wynne K, Mwangi F, Onifade O, Abimbola O, Jones F, Burrows J, et al. Readiness for professional practice among health professions education graduates: a systematic review. *Front Med*. 2024;11:1472834. doi:10.3389/fmed.2024.1472834
10. Thanyasiri Thanyasawad, Yoawaluk Phothidara, Lalida Pukemayung, Yatida Wuttisartkul, Naparin Nualthaisong. Factors related to the readiness for nursing practice of nursing students. *APHEIT J Nurs Health*. 2022;4(2):1–13. Thai.
11. House JS. *Work stress and social support*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1981.
12. Suwimol Wongwanich. *Needs assessment research*. 3rd ed. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2015. Thai.
13. Fisher S. Sample size calculator [Internet]. Provo (UT): Qualtrics; 2023 Mar 21. Available from: <https://www.qualtrics.com/articles/strategy-research/calculating-sample-size/>
14. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res*. 2005;15(9):1277–1288. doi:10.1177/1049732305276687
15. Natthaya Chabuakam, Supara Phisaiphanth, Yanee Sangsai. Effects of simulation-based learning on nursing students perceived self-efficacy and injection skill. *NJPH (Natl J Public Health)*. 2022;32(1):206–18. Thai.
16. Chatzea VE, Logothetis I, Kalogiannakis M, Rovithis M, Vidakis N. Digital serious games for undergraduate nursing education: a review of serious games key design characteristics and gamification elements. *Information*. 2025;16(10):877. doi:10.3390/info16100877
17. Knowles MS. *Self-directed learning: A guide for learners and teachers*. Chicago: Association Press; 1975.
18. Kolb DA. *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Prentice-Hall; 1984.
19. Mehraeen E, Dashti M, Mirzapour P, Ghasemzadeh A, Jahani S, Afsahi AM, et al. Serious games in nursing education: a systematic review of current evidence. *International Journal of Africa Nursing Sciences*. 2025;22,100838. doi.org/10.1016/j.ijans.2025.100838

การพัฒนา รูปแบบการจัดการทางพยาบาลด้านคลินิกในกลุ่มผู้ป่วยเจ็บศีรษะ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลหาดใหญ่

อนงค์นาฏ	บุญรัตน์	พย.ม. (การบริหารการพยาบาล)
ประณีต	สงวัฒนา	Ph.D. (Medical Anthropology)
นฤมล	อนุมาศ	พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)
มยุรี	เมฆทัศน์	วท.ม. (การจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ)

(รับ: 24 กุมภาพันธ์ 2569, แก้ไข: 7 มีนาคม 2569, ตอรับ: 19 มีนาคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการจัดการทางพยาบาลด้านคลินิกในผู้ป่วยเจ็บศีรษะ ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลหาดใหญ่ การวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ (1) การพัฒนารูปแบบตามกรอบแนวคิดของสภาวิชาชีพทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ และ (2) การนำรูปแบบไปใช้และประเมินผล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลปฏิบัติงานห้องฉุกเฉิน 35 ราย และผู้ป่วยเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง 230 ราย เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบประเมินการคัดกรองและการจัดการทางคลินิก แบบประเมินสมรรถนะพยาบาล และแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเจ็บศีรษะ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.80, 0.70 และ 0.89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ χ^2 -test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ สมรรถนะพยาบาล การคัดแยกและการประเมินซ้ำ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก กระบวนการส่งต่อ การเฝ้าระวังและติดตามต่อเนื่อง และความต่อเนื่องในการดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ หลังการนำรูปแบบไปใช้ พบว่า ความรู้และความสามารถของพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) พยาบาลประเมินว่ารูปแบบมีความชัดเจน ใช้งานง่าย และสามารถนำไปใช้ได้จริงในระดับมาก (Mean = 3.63-4.34) สำหรับผลลัพธ์ทางคลินิก ผู้ป่วยเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยมีการจัดการความปวดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยสัดส่วนผู้ป่วยที่มีคะแนนความปวด ≤ 3 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 67.9 เป็นร้อยละ 81.7 ($\chi^2 = 5.471$, $p = 0.014$) และในกลุ่มระดับปานกลาง พบว่าการควบคุมความปวดและอุณหภูมิร่างกายดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ขณะที่ระดับความรู้สึกตัว ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับออกซิเจนในเลือดมีแนวโน้มดีขึ้นแต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การบันทึกการประเมินซ้ำครบถ้วนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจากร้อยละ 57.1 เป็นร้อยละ 97.6 ($p < 0.001$) และความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.40, S.D. = 0.603)

การศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเจ็บศีรษะทั้งด้านกระบวนการและผลลัพธ์ทางคลินิกได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการจัดการความปวดและความต่อเนื่องในการดูแล

คำสำคัญ การบาดเจ็บศีรษะ การจัดการทางพยาบาล รูปแบบทางคลินิก

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลหาดใหญ่

Corresponding author E-mail: Aanongnat31@gmail.com

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล

**** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลหาดใหญ่

Development of Clinical nursing management model in patient with head injury in Emergency department

Anongnat	Boonrat [*]	M.N.S. (Nursing Administration)
Praneed	Songwathana ^{**}	Ph.D. (Medical Anthropology)
Narumon	Anumas ^{***}	M.N.S. (Adult and Geriatric Nursing)
Mayuree	Mekthat ^{****}	M.Sc. (Information Technology Management)

(Received: February 24, 2026, Revised: March 7, 2026, Accepted: March 19, 2026)

Abstract

This research and development study aimed to develop and evaluate the outcomes of a clinical nursing management model for patients with head injuries in the Emergency Department of Hatyai Hospital. The study was conducted in two phases: (1) development of the model based on the National Health and Medical Research Council (NHMRC) framework, and (2) implementation and evaluation. The participants included 35 emergency nurses and 230 patients with mild to moderate head injuries. Research instruments included a clinical screening and management assessment form, a nursing competency assessment form, and a patient data record form. All instruments were validated by three experts, and reliability coefficients (Cronbach's alpha) were 0.80, 0.70, and 0.89, respectively. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and Chi-square tests, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The developed model consisted of six key components: (1) nursing competency, (2) triage and reassessment, (3) clinical nursing practice guidelines, (4) referral processes, (5) monitoring and continuous follow-up, and (6) continuity of care through multidisciplinary collaboration. After implementation, nurses' knowledge and competency scores showed an increasing trend but were not statistically significant ($p > 0.05$). In terms of process outcomes, nurses rated the model as clear, easy to use, and feasible for implementation at a high level (Mean = 3.63-4.34). For clinical outcomes, patients with mild head injuries demonstrated significantly improved pain management, with the proportion achieving a pain score ≤ 3 increasing from 67.9% to 81.7% ($\chi^2 = 5.471$, $p = 0.014$). Among patients with moderate head injuries, pain control and body temperature regulation improved significantly ($p < 0.05$), while levels of consciousness, blood glucose, and oxygen saturation showed improving trends but were not statistically significant. Additionally, the completeness of reassessment documentation increased significantly from 57.1% to 97.6% ($p < 0.001$), and family satisfaction was rated at a high level (Mean = 4.40, SD = 0.603).

These findings indicate that the developed model can effectively improve the quality of care for patients with head injuries in both care processes and clinical outcomes, particularly in pain management and continuity of care.

Keywords: Head injury, Nursing management, Clinical model

* Senior Professional Nurse, Emergency and Trauma Department, Hatyai Hospital.

Corresponding author E-mail: Aanongnat31@gmail.com

** Lecturer, Faculty of Nursing, Prince of Songkhla University.

*** Senior Professional Nurse, Nursing Research and Development Department

**** Professional Nurse, Emergency and Trauma Department, Hatyai Hospital.

ความเป็นมาและความสำคัญ

แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นหน่วยงานสำคัญของโรงพยาบาลที่มีบทบาทหลักในการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันหรืออยู่ในภาวะฉุกเฉิน ซึ่งต้องได้รับการประเมิน วินิจฉัย และให้การดูแลรักษาอย่างเร่งด่วน ถูกต้อง และปลอดภัย ภายใต้ข้อจำกัดด้านเวลา ทรัพยากร และข้อมูล¹ กระบวนการคัดแยกระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วยฉุกเฉินจึงเป็นกลไกสำคัญในการจัดลำดับความสำคัญของการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะรุนแรงได้รับการรักษาก่อน ลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ การคัดแยกผู้ป่วยที่มีคุณภาพต้องอาศัยทั้งระบบมาตรฐานและสมรรถนะของพยาบาลผู้คัดแยก โดยเฉพาะความรู้ทางคลินิก ทักษะการประเมิน การคิดวิเคราะห์ และการตัดสินใจภายใต้สถานการณ์เร่งด่วน ปัจจุบันประเทศไทยใช้แนวทาง MOPH ED Triage เป็นมาตรฐานระดับชาติในการจำแนกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยออกเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ผู้ป่วยวิกฤตจนถึงผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน ซึ่งช่วยให้การจัดบริการผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นไปอย่างมีระบบและมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติยังพบความคลาดเคลื่อนของผลการคัดแยกทั้งในลักษณะการคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์และสูงกว่าเกณฑ์ ซึ่งส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร^{2,3}

ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่พบได้บ่อยในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท โดยเฉพาะผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ที่ใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ผู้ที่มีระดับความรู้สึกตัวลดลง หรือผู้ที่มีการบาดเจ็บหลายระบบ ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมีภาวะเลือดออกในสมองหรือการบาดเจ็บของสมองที่ไม่แสดงอาการชัดเจนในระยะแรก หากไม่ได้รับการประเมินและเฝ้าระวังอย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่การวินิจฉัยล่าช้าและเกิดอันตรายต่อชีวิตได้

โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่มีผู้เห็นเหตุการณ์ ซึ่งมักขาดข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับกลไกการบาดเจ็บและระยะเวลาที่เกิดเหตุ ทำให้การประเมินและการตัดสินใจทางคลินิกมีความซับซ้อนมากขึ้น⁴

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความคลาดเคลื่อนในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้แก่ ความรู้และทักษะของพยาบาล ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน รวมถึงระบบและเครื่องมือที่ใช้ในการคัดแยกผู้ป่วย ซึ่งล้วนมีผลต่อความถูกต้องของการจัดระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีรายงานการศึกษาที่สะท้อนปัญหาเชิงระบบของงานคัดแยก เช่น อัตราการค้างของพยาบาลผู้คัดแยกไม่เพียงพอ ความซับซ้อนของเครื่องมือหรือระบบสารสนเทศ และความไม่ชัดเจนของกระบวนการทำงานในบางบริบท ส่งผลให้การคัดแยกผู้ป่วยอาจเกิดความคลาดเคลื่อนและมีความไม่สม่ำเสมอในการปฏิบัติ⁵⁻¹¹

โรงพยาบาลหาดใหญ่ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ของภาคใต้ มีผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมารับบริการเฉลี่ยวันละ 170 - 256 คน มีการใช้เกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉิน MOPH ED. TRIAGE 4 จากการวิเคราะห์สถานการณ์โดยทบทวนข้อมูลคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2567 พบอัตราการคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 2.49 คัดแยกสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (Over triage) ร้อยละ 1.15 มีผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเข้ารับบริการ 825 ราย¹² พบรายงานการคัดแยกคลาดเคลื่อนในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ร้อยละ 1.21 รวมทั้งมีรายงานผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกลุ่มเสี่ยงสูงที่ได้รับการประเมินระดับความเร่งด่วนต่ำกว่าความเป็นจริง ส่งผลให้เกิดการกลับมารักษาซ้ำและเสียชีวิต จากการวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกับทีมพยาบาลพบประเด็นปัญหาที่สำคัญ ได้แก่

ความไม่ต่อเนื่องของระบบกำกับติดตาม ความแตกต่างของความรู้และประสบการณ์ของพยาบาล ผู้คัดแยก และการขาดแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ชัดเจน ส่งผลให้การประเมินและการตัดสินใจทางคลินิกอาศัยประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงานเป็นหลัก ซึ่งอาจนำไปสู่ความคลาดเคลื่อนของการคัดแยกและเพิ่มความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

ดังนั้น การพัฒนาแนวทางการจัดการทางพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่รุนแรง โดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์จึงมีความจำเป็นเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกของพยาบาลให้มีความถูกต้อง สม่าเสมอ และปลอดภัย ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการจัดการทางพยาบาลด้านคลินิกสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่รุนแรงในห้องฉุกเฉินตามกรอบแนวคิดของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย National Health and Medical Research Council¹³ โดยคาดหวังว่าสามารถเพิ่มความถูกต้องของการคัดแยก ลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ และยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินให้สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ

วัตถุประสงค์

เพื่อการพัฒนาและประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการจัดการทางพยาบาลด้านคลินิกในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่รุนแรง แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลขนาดใหญ่

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลการจัดการทางพยาบาลด้านคลินิกในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่รุนแรง แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาคุณภาพบริการ Donabedian Model และกรอบแนวคิดของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (Adapted NHMRC Guideline Development Framework), NHMRC, 1998)) โดยมีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ

1. ด้านโครงสร้าง หมายถึง ปัจจัยนำเข้าของการบริการ ด้วยองค์ประกอบ ด้านทรัพยากรบุคคล ด้านเครื่องมือทางกายภาพและเทคโนโลยี ด้านนโยบายและระบบบริหารจัดการ รวมถึงแนวทางการปฏิบัติ มาตรฐานการดูแล และระบบสนับสนุนการทำงานขององค์กร

2. ด้านกระบวนการ หมายถึง ขั้นตอนการให้บริการทางพยาบาลและการจัดการทางพยาบาลด้านคลินิกที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่รุนแรง ซึ่งได้พัฒนาระบบการดูแลตามกรอบ NHMRC 4 ขั้นตอนได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์จากฐานข้อมูลโรงพยาบาลและเวชระเบียนผู้ป่วย ศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และสนทนากลุ่มตัวแทนของพยาบาล ประเมินสมรรถนะของพยาบาล ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการทางพยาบาลด้านคลินิกในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่รุนแรง แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบด้วย 1) การพัฒนาสมรรถนะพยาบาล 2) การคัดแยกและการประเมินซ้ำ 3) แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก 4) กระบวนการส่งต่อ 5) การเฝ้าระวังและติดตามต่อเนื่อง และ 6) ความต่อเนื่องในการดูแล ขั้นตอนที่ 3 นำรูปแบบไปใช้ โดยเตรียมความพร้อมของบุคลากรพยาบาล พัฒนาสมรรถนะพยาบาล นำรูปแบบไปใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่รุนแรง ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลรูปแบบ และติดตามผลลัพธ์

3. ด้านผลลัพธ์ หมายถึง ลักษณะที่บ่งบอกผลที่เกิดขึ้นจากการนำรูปแบบการพยาบาลตามปกติและการเปลี่ยนแปลงซึ่งเป็นผลจากการนำรูปแบบไปใช้ ได้แก่ ผลลัพธ์ด้านคลินิกทางการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่รุนแรงระดับเล็กน้อยและกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่รุนแรงระดับปานกลาง ผลลัพธ์ด้านกระบวนการในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่รุนแรงระดับเล็กน้อยและปานกลาง เช่น ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่รุนแรงระดับเล็กน้อยและระดับ

ปานกลาง ได้รับการประเมินทางระบบประสาท initial neuro exam ภายใน 10 นาที

วิธีการดำเนินการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและญาติที่เข้ารับการรักษานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลหาดใหญ่ ระหว่างเดือน พฤษภาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน 2568

กลุ่มตัวอย่าง เลือกเฉพาะเจาะจง มี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน 36 ราย ยกเว้นหัวหน้าห้องฉุกเฉิน โดยมีประสบการณ์การดูแลผู้บาดเจ็บที่เข้ารับการดูแลแผนกฉุกเฉิน ระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป กลุ่มที่ 2 ผู้บาดเจ็บบาดเจ็บศีรษะ ที่มีประวัติบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย มี คะแนน GCS=13-15 คะแนน และผู้บาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางมีคะแนน GCS= 9-12 คะแนน ที่เข้ารับการดูแลรักษาในแผนกฉุกเฉิน ระหว่างเดือน พฤษภาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน 2568 จำนวน 230 ราย มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คือ เป็นผู้บาดเจ็บบาดเจ็บศีรษะที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงได้รับการคัดกรองครั้งแรกและมีข้อบ่งชี้ ดังนี้

1. ระดับความรู้สึกตัวผิดปกติ (Altered Level of Consciousness) ได้แก่ คะแนน GCS < 13 หลังการบาดเจ็บ การสับสน พุดจาไม่รู้เรื่อง ไม่ตอบสนอง มีอาการหมดสติชั่วคราว หรือหมดสติ > 5 นาที

2. มีประวัติกลไกของการบาดเจ็บที่รุนแรง (High-Energy Mechanism of Injury) ได้แก่ การตกจากที่สูงมากกว่า 1 เมตร หรือ >5 ชั้นบันได การชนด้วยความเร็วสูง เช่น อุบัติเหตุรถยนต์, รถจักรยานยนต์, ถูกรถชน การถูกของแข็งกระแทกศีรษะโดยตรง เช่น อีฐ ตกใส่ หรือถูกตีศีรษะ

3. มีอาการแสดงที่บ่งชี้ความผิดปกติทาง

สมอง ได้แก่ อาเจียน มากกว่า 1 ครั้ง หลังบาดเจ็บ อาการชักหลังจากได้รับบาดเจ็บ ปวดศีรษะรุนแรง ต่อเนื่อง สูญเสียการมองเห็นหรือมีการตอบสนองของรูม่านตาไม่ปกติ (Anisocoria, Pupillary sluggish response)

4. มีปัจจัยเสี่ยงจากกลุ่มเฉพาะ (Special Risk Groups) เด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี (เสี่ยงต่ออาการแทรกซ้อนแต่แสดงอาการน้อย) ผู้สูงอายุ ≥ 65 ปี (เสี่ยงต่อเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองแม้จากการบาดเจ็บเล็กน้อย) ผู้ที่ใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด เช่น Warfarin, DOACs ผู้ป่วยที่มีประวัติโรคประจำตัวเกี่ยวกับระบบประสาท เช่น เคยเป็นโรคลมชัก มีเนื้องอกในสมอง

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

ในระหว่างการทดสอบรูปแบบการจัดการทางพยาบาลด้านคลินิกในกลุ่มผู้บาดเจ็บศีรษะ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลหาดใหญ่ การศึกษาผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างแบบ Quasi-experimental research แบบ two group pretest-posttest design เลือกตัวแปรหลักเพียงตัวเดียวที่เป็นตัวแทนของความสำเร็จของรูปแบบ เพื่อใช้คำนวณขนาดตัวอย่างหลัก ส่วนตัวแปรอื่นจะใช้ประเมินผลรอง (secondary outcomes)

กรณีผู้บาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง เลือกตัวแปรหลัก ระดับความปวดหลังการจัดการ (Numeric scale ≤ 3 คะแนน) ใช้สูตรเปรียบเทียบร้อยละก่อนและหลัง $P1 = \text{ร้อยละก่อนการใช้รูปแบบ} = 60\% = 0.60$ $P2 = \text{ร้อยละหลังการใช้รูปแบบ} = 85\% = 0.85$ $Z = \alpha/2 = 1.96$ ($\alpha = 0.05$) $Z_{\alpha} = 3.91$ (power 97.5%) ก่อนใช้รูปแบบ พบว่าผู้บาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยมี Numeric scale ≤ 3 เพียง 60%หลังใช้รูปแบบ คาดว่าจะเพิ่มเป็น 97.5 % ต้องมีอย่างน้อยจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ 90 รายต่อกลุ่ม รวม 180 ราย และลดความเสี่ยงในการขาดหาย

วาระการสอบการพยาบาล

ของข้อมูล 10 % รวม 100 รายต่อกลุ่ม รวม 200 ราย

กลุ่มพยาบาล ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณความรู้และความพึงพอใจ ใช้การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลัง (paired t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญสถิติ $\alpha=0.05$ โดยอ้างอิงแนวคิดขนาดอิทธิพล (effect size) ระดับปานกลาง $d \approx 0.43$ ตามแนวคิดของ Cohen และกำลังการทดสอบ (power) 0.76% ได้กลุ่มตัวอย่าง 35 ราย

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

โครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ ตามเอกสารรับรองเลขที่ HYH EC 15-8-01 ลงวันที่ 3 มีนาคม 2568 โดยผู้วิจัยดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด กลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ ความเสี่ยง และสิทธิในการเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงาน ผู้เข้าร่วมวิจัยให้ยินยอมโดยสมัครใจและลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลผู้ป่วยเก็บรวบรวมจากเวชระเบียนย้อนหลังและระหว่างการใช้รูปแบบโดยใช้รหัสแทนข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บรักษาเป็นความลับ ใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น และนำเสนอผลในภาพรวมโดยไม่สามารถระบุตัวบุคคลได้ ทั้งนี้ ผู้วิจัยจำกัดสิทธิ์การเข้าถึงข้อมูลเฉพาะผู้เกี่ยวข้อง และจะทำลายข้อมูลหลังสิ้นสุดโครงการตามระยะเวลาที่กำหนด

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 8 ส่วน โดยผู้วิจัยเป็นผู้พัฒนาเครื่องมือทั้งหมดจากกรอบทฤษฎีวรรณกรรมและกรอบแนวคิดที่ใช้ในศึกษา ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของบุคลากรพยาบาล สอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย

เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน และประสบการณ์การอบรมที่เกี่ยวข้องกับงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและการสนทนากลุ่ม เพื่อศึกษาสถานการณ์การใช้รูปแบบการจัดการทางพยาบาลด้านคลินิกในกลุ่มผู้บาดเจ็บศีรษะ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลหาดใหญ่ ประกอบด้วยคำถามแบบปลายเปิดและปลายปิด 10 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบประเมินความยากง่ายในการใช้รูปแบบ ใช้มาตรวัดแบบ Likert Scale 5 ระดับ ตั้งแต่ 1=ยากมาก ถึง 5=ง่ายมาก ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.85 การแปลผลค่าเฉลี่ยแบ่งเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับน้อยที่สุด (1.00-1.50) ถึงระดับมากที่สุด (4.51-5.00) ส่วนที่ 4 แบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้จริง ประเมินความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้จริงในบริบทของห้องฉุกเฉิน เป็นมาตรวัด Likert Scale 5 ระดับ ตั้งแต่ 1=ไม่เห็นด้วยเลย ถึง 5=เห็นด้วยมาก ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.88 และแปลผลค่าเฉลี่ยเป็น 5 ระดับเช่นเดียวกับส่วนที่ 3 ส่วนที่ 5 แบบประเมินความรู้และความสามารถในการจัดการทางพยาบาล มี 3 ส่วนย่อยได้แก่ 5.1 แบบประเมินสมรรถนะพยาบาล 12 ข้อ เพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ และความมั่นใจของพยาบาลในการประเมิน คัดแยก และจัดการผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกลุ่มเสี่ยงสูง ใช้มาตรวัด 5 ระดับ 5.2 แบบประเมินกระบวนการคัดแยกและประเมินซ้ำผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกลุ่มเสี่ยงสูง 12 ข้อ เพื่อประเมินความรู้ ทักษะ และความมั่นใจของพยาบาลในการดำเนินการคัดแยกและประเมินซ้ำผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกลุ่มเสี่ยงสูงอย่างเหมาะสมและทันเวลา ใช้มาตรวัด 5 ระดับ 5.3 แบบประเมินการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกลุ่มเสี่ยงสูง 25 ข้อ เพื่อ

ประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ใช้สารเสพติด และผู้ป่วย จิตเวช ใช้มาตราวัด 5 ระดับ ตั้งแต่ 1=ไม่เคยปฏิบัติเลย ถึง 5=ปฏิบัติเสมอ ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.7 ส่วนที่ 6 แบบประเมินความพึงพอใจของญาติ ใช้ มาตราวัด 5 ระดับ ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.90 การแปลผลค่าเฉลี่ย แบ่งเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ ความพึงพอใจน้อยที่สุดถึงมากที่สุด ส่วนที่ 7 แบบเก็บ ข้อมูลผลลัพธ์ด้านคลินิก บันทึกข้อมูลผลลัพธ์ด้าน คลินิกของผู้บาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยและระดับ ปานกลาง ส่วนที่ 8 แบบเก็บข้อมูลด้านกระบวนการ ดูแล เป็นแบบบันทึกด้านกระบวนการดูแลผู้บาดเจ็บ ศีรษะระดับเล็กน้อยและระดับปานกลางในแผนก อุบัติเหตุและฉุกเฉิน คือ บันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วย อุบัติเหตุ (Trauma Record) ห้องฉุกเฉิน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบการจัดการทาง พยาบาลด้านคลินิกในกลุ่มผู้บาดเจ็บศีรษะ แผนก อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลหาดใหญ่ ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1-ขั้นตอนที่ 6 เป็นการพัฒนารูปแบบโดยใช้กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติจาก หลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและ ฉุกเฉิน และผู้ป่วย/ญาติ รวมจำนวน 12 คน เพื่อ สะท้อนประสบการณ์การดูแลและข้อเสนอแนะต่อการ จัดการผู้บาดเจ็บศีรษะในบริบทของหน่วยงาน ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มถูกนำมาสังเคราะห์ร่วมกับการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูล PubMed, CINAHL, Ovid, ScienceDirect, Joanna Briggs Institute และ Google Scholar ในช่วงปี ค.ศ. 2010-2025 โดยใช้คำสำคัญ ได้แก่ head injury, triage, clinical management, nursing care model, guideline และ protocol ประเมินคุณภาพหลักฐาน

ตามเกณฑ์ของ NHMRC และประเมินความสามารถ ในการนำไปใช้ตามเกณฑ์ของ JBI ผลการทบทวนพบ มี 26 เรื่อง เป็นหลักฐานระดับสูง (Level 1-2) 9 เรื่อง ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มร่วมกับหลักฐาน เชิงประจักษ์ถูกนำมาพัฒนาเป็นร่างรูปแบบการ จัดการทางพยาบาลด้านคลินิก โดยทีมพัฒนา ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและ ฉุกเฉินที่มีประสบการณ์ไม่น้อยกว่า 5 ปี 3 คน และ แพทย์ศัลยกรรมประสาท 1 คน ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา ทางวิชาการ

ระยะที่ 2 การนำรูปแบบไปใช้และ ประเมินผล ประกอบด้วยขั้นตอนที่ 6-8 ขั้นตอนที่ 6 การยกร่างและจัดทำรูปแบบ (Model Construction) รูปแบบการจัดการทางพยาบาลด้านคลินิก ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก สมรรถนะพยาบาล กระบวนการดูแลผู้บาดเจ็บศีรษะ (Nursing Process Flow) แนวปฏิบัติการพยาบาลตาม NHMRC ระบบ การส่งต่อ การดูแลต่อเนื่อง ซึ่งครอบคลุมการดูแล 4 ระยะ คือ ระยะการคัดแยกและการประเมิน (Triage & Assessment) การส่งตรวจ CT สมอง (Neuroimaging) การดูแลผู้บาดเจ็บศีรษะระยะ เฉียบพลัน (Acute Management) การติดตามและ จำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องฉุกเฉิน (Monitoring & Discharge) ขั้นตอนที่ 7 การติดตามผล (Monitoring and Feedback) ประเมินผลลัพธ์ 3 ด้าน ด้านผู้ป่วย (clinical outcomes) ด้านพยาบาล (knowledge & competency) และ ด้านกระบวนการดูแล (process indicators) ขั้นตอนที่ 8 การปรับปรุงและสรุปผล (Refinement and Dissemination) นำผลการประเมิน มาปรับปรุงรูปแบบ และสรุปเป็นแนวทางเพื่อขยายผล เชิงนโยบาย

ระยะเวลาการศึกษา ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2568 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

วาระสารกองการพยาบาล

1. วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม (content analysis) เพื่อนำไปใช้ในการออกแบบรูปแบบการจัดการทางพยาบาล

2. วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบคะแนนความรู้และความสามารถของพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการทางพยาบาล โดยใช้ สถิติ dependent paired t-test

4. เปรียบเทียบผลลัพธ์คลินิกด้านการจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและปานกลาง ก่อนและหลังใช้รูปแบบ โดยใช้สถิติ χ^2 -test

5. เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านกระบวนการบันทึกการประเมินซ้ำ ครบ 100 %ของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยและระดับปานกลาง ก่อนและหลังใช้รูปแบบ โดยใช้สถิติ χ^2 -test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างพยาบาล 35 คน หญิง 25 คน (71.4 %) ชาย 10 คน (28.6%) อายุเฉลี่ย 38.26 ปี S.D=9.21 ปี ระดับการศึกษาปริญญาตรี 31 คน (88.6%) รองลงมาเป็นปริญญาโท 4 คน (11.4%) ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉินเฉลี่ย 12.69 ปี (S.D=7.14) มีพยาบาลที่ประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 29 คน (82.9%)

ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย 218 คน อายุเฉลี่ย 47.86 ปี (SD=21.05) ชาย 113 คน (51.8%) หญิง 105 คน (48.2%) ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะ แบ่ง 3 ระดับ คือ low risk 93 คน (42.7%) พบว่า มีอาการมีนศีรษะ Moderate risk 99 คน (45.4%) พบว่ามีนศีรษะ ปวดศีรษะ อาเจียน มี

เลือดออกในสมอง (hematoma) และ High risk 26 คน (11.9%) พบว่ามีอาการมีน/เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน พฤติกรรมเสี่ยงของการเกิดการบาดเจ็บศีรษะ เช่น ไม่สวมหมวกกันน็อก ไม่คาดเข็มขัด เมาสุรา พบในกลุ่มเสี่ยงปานกลางบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย 28 ราย (28.3%) รองลงมา กลุ่มเสี่ยงเล็กน้อย 11 ราย (11.8%) และกลุ่มเสี่ยงสูง 7 ราย (26.9%) และสามารถจำแนกสาเหตุการบาดเจ็บเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 อุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ กลุ่มที่ 2 การหกล้ม/ลื่นล้มในชีวิตประจำวัน กลุ่มที่ 3 การตกจากที่สูง ตกบันได ตกเตียง ตกจากอุปกรณ์ช่วยเดิน และกลุ่มที่ 4 การถูกทำร้ายร่างกาย หรือวัตถุตกกระแทกศีรษะ พบว่า กลุ่ม high risk มีสาเหตุจากรถจักรยานยนต์ชนรถอื่น หรือชนกันเอง รถจักรยานยนต์ล้ม ศีรษะกระแทก กลุ่ม moderate risk มีจำนวนผู้ป่วยจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์มากที่สุด ส่วนกลุ่ม low risk มีสาเหตุจากการลื่นล้ม หกล้ม เดินสะดุด ล้มในบ้านหรือห้องน้ำ ตกเตียง ตกบันได

ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะปานกลาง 12 คน เป็นชาย 9 คน (75%) หญิง 3 คน (25%) พบอาการและอาการแสดง มีปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน มีเลือดออกจากหู คราบเลือดจากจมูก และมีบาดแผลร่วม เช่น แผลฉีกขาด แก้ม ปลายนิ้วก้อยร่วมกระดูกหัก พบพฤติกรรมเสี่ยงคือ ผู้ป่วยดื่มสุรา

2. รูปแบบการจัดการทางพยาบาลด้านคลินิกในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

รูปแบบเดิมมี 5 องค์ประกอบ หลังการวิจัยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความสมบูรณ์และสอดคล้องกับบริบทการปฏิบัติงานจริงมากขึ้น โดยเพิ่มเป็น 6 องค์ประกอบ ซึ่งสะท้อนการบูรณาการระหว่างหลักฐานเชิงประจักษ์ แนวคิดสมรรถนะพยาบาล และบริบทการดูแลผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ดังนี้

1) ด้านสมรรถนะของพยาบาล เน้นการ

วารสารกองการพยาบาล

เสริมสร้างสมรรถนะของพยาบาลด้าน clinical judgment และ evidence-based decision making ซึ่งเป็นแกนสำคัญของการดูแลผู้ป่วยศีรษะในสถานการณ์ฉุกเฉิน การใช้เครื่องมือประเมินมาตรฐาน เช่น Glasgow Coma Scale (GCS) และเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยง ช่วยลดความแปรปรวนในการประเมิน เพิ่มความแม่นยำในการตัดสินใจทางคลินิก เน้นสมรรถนะด้านการประสานงานสหวิชาชีพและการให้คำแนะนำแก่ญาติ สะท้อนบทบาทพยาบาล care coordinator และ patient advocate สอดคล้องกับแนวคิดของ Benner เกี่ยวกับการพัฒนาความเชี่ยวชาญทางคลินิก

2) ด้านการประเมินและคัดแยกผู้ป่วย (Triage & Reassessment) ช่วยเสริมความเข้มแข็งของกระบวนการคัดแยก โดยเน้นการระบุผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด และผู้ที่มีอาการทางระบบประสาทล่าช้า ประยุกต์ใช้แนวทาง NICE NG232¹⁴ ร่วมกับการประเมินซ้ำภายหลังการสังเกตอาการ 2-4 ชั่วโมง ทำให้การคัดแยกเป็นกระบวนการแบบพลวัต (dynamic assessment) ช่วยลดความเสี่ยงของภาวะอาการทรุดลง

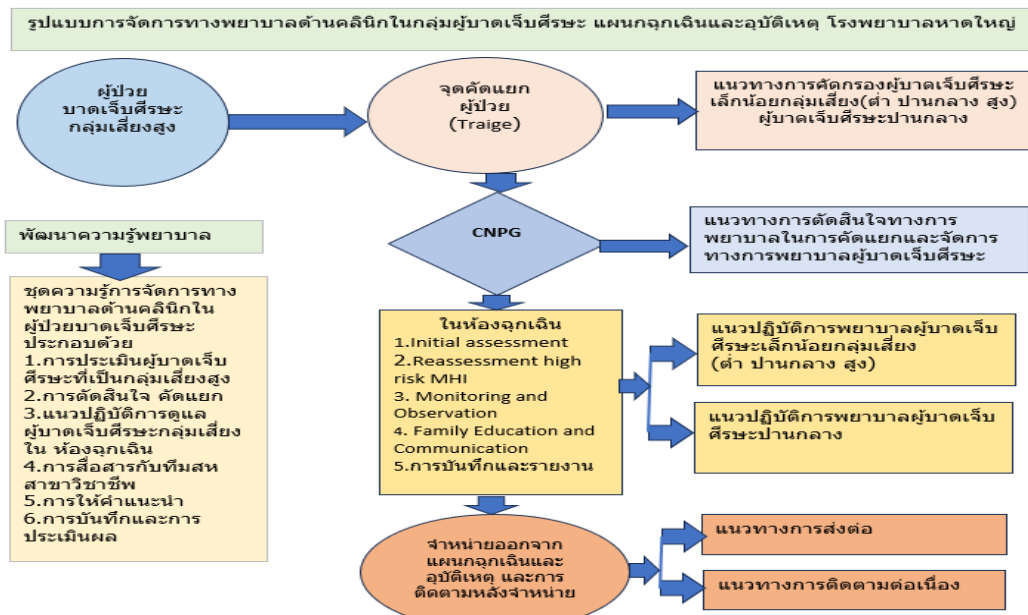
3) ด้านแนวปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยศีรษะ (CNPG) จัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลแยกตามระดับความรุนแรง (mild และ moderate head injury) และระดับความเสี่ยง ทำให้พยาบาลมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ในผู้ป่วยศีรษะเล็กน้อยเน้นการเฝ้าระวังอาการ ป้องกัน secondary brain injury และให้คำแนะนำก่อนจำหน่าย ขณะที่

ผู้ป่วยเจ็บศีรษะปานกลางเน้นการประเมิน ABCs อย่างเข้มงวด ป้องกันภาวะ hypoxia และ hypotension และประสานศัลยแพทย์ระบบประสาทได้อย่างทันท่วงที

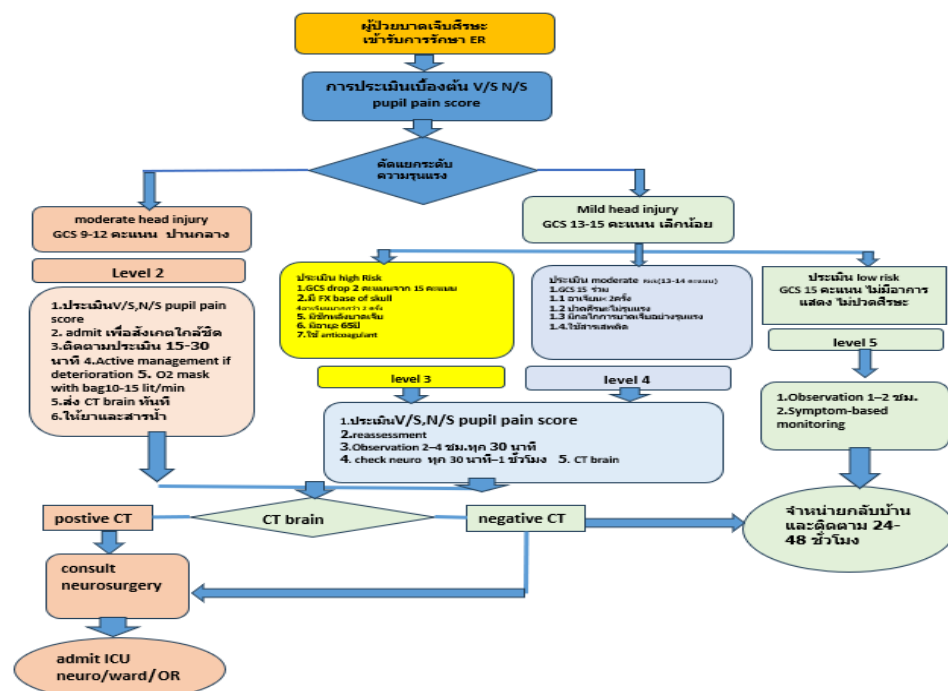
4) ด้านกระบวนการส่งต่อผู้ป่วย (Referral Process) กำหนดเกณฑ์การส่งต่อที่ชัดเจน เช่น การเปลี่ยนแปลงของ GCS อาการทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นภายหลัง และผล CT ที่ผิดปกติ ช่วยลดการตัดสินใจที่อาศัยประสบการณ์หรือการรับรู้ส่วนบุคคลเป็นหลัก และลดความล่าช้าในการส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง การใช้ SBAR เป็นเครื่องมือสื่อสารระหว่างทีม ER และทีมศัลยกรรมประสาท ช่วยเพิ่มความครบถ้วนของข้อมูลและลดความคลาดเคลื่อนในการสื่อสาร

5) ด้านการติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่าย (Post-discharge Follow-up) เพิ่มระบบติดตามอาการภายใน 24-72 ชั่วโมงหลังจำหน่าย ในผู้ป่วยศีรษะกลุ่มเสี่ยงสูง เพื่อลดความเสี่ยงของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หลังกลับบ้านและสนับสนุนการกลับมาใช้บริการอย่างเหมาะสม สะท้อนแนวคิด transitional care และการดูแลต่อเนื่อง

6) ด้านการดูแลแบบต่อเนื่องและครบวงจร (Continuum of Care) เชื่อมโยงการดูแลตั้งแต่การคัดกรอง การดูแลในระยะฉุกเฉิน การส่งต่อ และการติดตามหลังจำหน่าย โดยมีระบบสนับสนุนการตัดสินใจของพยาบาลเป็นศูนย์กลาง ช่วยลดความซ้ำซ้อนและความไม่ต่อเนื่องของบริการ สอดคล้องกับแนวคิด integrated care ที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง



แนวทางการตัดสินใจของพยาบาลในการคัดแยกและจัดการทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ



ภาพที่ 1 รูปแบบการจัดการทางพยาบาลด้านคลินิกในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและแนวทางการตัดสินใจของพยาบาล แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลหาดใหญ่

3. ผลลัพธ์การใช้รูปแบบ

3.1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้และความสามารถในการคัดแยกและการจัดการทางคลินิกในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บปานกลางก่อนและหลัง

การใช้รูปแบบ พบว่า คะแนนความรู้และความสามารถในการคัดแยกและการจัดการทางคลินิกก่อนและหลังการใช้รูปแบบ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) (ตาราง 1) พบว่า

วารสารกองการพยาบาล

ด้านความมั่นใจและการปฏิบัติจริง มีค่าเฉลี่ยสูงขึ้นเล็กน้อยจาก 17.00 เป็น 17.09 คะแนน ขณะที่ด้านความรู้ ด้านการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกลุ่มเสี่ยงสูง มีค่าเฉลี่ยลดลงเล็กน้อยจาก 17.66 เป็น 16.77 คะแนน ซึ่งแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับกระบวนการคัดแยกผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกลุ่มเสี่ยงสูง พบว่า กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะผู้ที่มีความเสี่ยงสูง มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด โดยเพิ่ม

จาก 56.38 เป็น 57.92 คะแนน ขณะที่การคัดแยกมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด โดยเพิ่มจาก 13.15 เป็น 13.29 คะแนน นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บศีรษะ ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ใช้สารเสพติด และผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลภายหลังการให้รูปแบบ มีแนวโน้มสูงขึ้นเล็กน้อย

ตาราง 1 เปรียบเทียบความรู้และความสามารถในการคัดแยกและการจัดการทางคลินิกในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ก่อนและหลังการให้รูปแบบ (N = 35 คน)

ความรู้และความสามารถ	ก่อนใช้รูปแบบ		หลังใช้รูปแบบ		Paired t test	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ด้านที่ 1 ความรู้ด้านการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเสี่ยงสูง	17.66	2.07	16.77	2.57	1.841	0.74
ด้านที่ 2 ทักษะในการประเมินและติดตามอาการ	16.29	2.169	16.314	2.633	-0.053	0.956
ด้านที่ 3 ความมั่นใจและการปฏิบัติจริง	17.00	2.24	17.09	2.73	-0.164	0.871
ด้านที่ 4 การประเมินและจัดการกระบวนการคัดแยกในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเสี่ยงสูง						
1. การประเมินเบื้องต้น	22.31	2.54	21.97	3.28	0.518	0.608
2. การระบุความเสี่ยงเฉพาะของกลุ่ม	42.49	5.73	42.54	6.64	-0.045	0.965
3. การคัดแยกระดับความรุนแรง	25.63	2.99	25.63	4.22	0.000	1.000
4. การดำเนินการภายหลังการประเมินและคัดแยก	17.23	2.26	17.09	2.90	0.276	0.784
ด้านที่ 5 พฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อน						
1. การประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ	25.86	3.34	26.66	3.84	-1.096	0.281
2. กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเสี่ยงสูง	56.38	6.43	57.92	7.67	-1.104	0.277
3. การส่งต่อผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเสี่ยงสูง	13.15	1.83	13.29	1.93	-0.435	0.666
4. การติดตามต่อเนื่อง	12.69	1.73	12.98	2.18	-0.660	0.514

3.2 ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบ

1) รูปแบบการจัดการทางพยาบาลด้านคลินิกนี้ มีความชัดเจน มีความง่ายในการนำไปใช้ อยู่ในระดับมาก โดยรายการที่ได้รับคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ แบบประเมิน GCS และอาการทางระบบประสาทสามารถทำได้ชัดเจน (Mean=4.34,

S.D.=0.765) รองลงมา คือ การสื่อสารกับทีมดูแลต่อเนื่อง เช่น SBAR ทำได้สะดวก (Mean=4.09, S.D.=0.743) และแบบฟอร์มหรือเอกสารประกอบรูปแบบสามารถใช้งานได้ง่าย (Mean=4.00, S.D.=0.728) ขณะที่รายการที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การใช้เกณฑ์กลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ใช้สาร

วารสารกองการพยาบาล

เสพติด และผู้ป่วยจิตเวช เข้าใจง่าย (Mean=3.66, S.D.=0.938) อย่างไรก็ตามยังคงอยู่ในระดับมาก

2) รูปแบบสามารถนำไปใช้ได้ในระดับปานกลาง ถึงระดับมาก (ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.37-3.87) โดยรายการที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ รูปแบบสามารถนำไปใช้ได้จริงในห้องฉุกเฉิน (Mean=3.87, S.D.=0.758) รองลงมา คือ มีความคุ้มค่าต่อผลลัพธ์ที่ได้จากการใช้รูปแบบ (Mean=3.86, S.D.=0.648) และบุคลากรสามารถเรียนรู้และปรับตัวกับแนวปฏิบัติใหม่ได้ไม่ยาก รวมถึงความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (Mean=3.83 และ 3.83, S.D.=0.747 และ 0.785 ตามลำดับ) ขณะที่รายการที่

มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ความเพียงพอของทรัพยากร เช่น บุคลากร เครื่องมือ และเวลา ในการดำเนินงานตามรูปแบบ (Mean=3.37, S.D.=0.910) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

3) กลุ่มผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย (mild head injury GCS 13-15 คะแนน) พบว่าหลังการใช้รูปแบบ ผลการจัดการความปวด Numeric scale ≤ 3 คะแนน (ตาราง 2) ส่วนในเรื่องอื่นๆ เช่น ระดับความรู้สึกตัวคงที่ แกร็บและก่อนจำหน่าย (หมายถึงพร้อมจำหน่ายได้) การจัดระดับความเสี่ยงของกลุ่มผู้บาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย ไม่พบความแตกต่างของผลลัพธ์ทั้งก่อนและหลังใช้รูปแบบที่ชัดเจน

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนความเจ็บปวด และระดับความรู้สึกตัว ในกลุ่มผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

กลุ่มผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย	ก่อนใช้รูปแบบ		หลังใช้รูปแบบ		χ ² -test	p-value
	N=109		N=109			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. ระดับความรู้สึกตัวคงที่ mild head injury แกร็บ					1.130	0.568
13 คะแนน	0	0	1	0.9		
14 คะแนน	4	3.7	5	4.6		
15 คะแนน	105	96.3	103	94.5		
2. ระดับความรู้สึกตัวคงที่ mild head injury ก่อนจำหน่าย					1.200	0.549
11 คะแนน	1	0.9	0	0		
14 คะแนน	2	1.8	3	2.8		
15 คะแนน	106	97.2	106	97.2		
3. ผลการจัดการความปวด Numeric scale ≤3 คะแนน	74	67.9	89	81.7	5.471	0.014*

* p < 0.05

4) กลุ่มผู้บาดเจ็บศีรษะระดับปานกลาง (moderate head injury GCS 9-12 คะแนน) พบว่า 1) การจัดการความปวด หลังการใช้รูปแบบสามารถควบคุมระดับความปวดให้อยู่ในระดับ ≤ 3 คะแนน แตกต่างจากก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.001) 2) ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scale) พบว่า ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวเพิ่มขึ้นหรือคงที่ แม้แนวโน้มผลลัพธ์ดีขึ้นอย่างไม่

มีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.121) 3) การควบคุมอุณหภูมิร่างกาย ผู้ป่วยสามารถควบคุมอุณหภูมิ

ร่างกายให้อยู่ต่ำกว่า 37.5 องศาเซลเซียส หลังการใช้รูปแบบเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.030$)

4) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือด ≤ 120 mg/dl หลังการใช้รูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.500$) 5)

การดูแลระบบทางเดินหายใจและออกซิเจนในเลือด ผู้ป่วยมีระดับออกซิเจนในเลือด $\geq 95\%$ หลังการใช้รูปแบบ เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.500$) (ตาราง 3)

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของผลลัพธ์ผู้บาดเจ็บศีรษะระดับปานกลาง ก่อนและหลังใช้รูปแบบ (N = 12 คน)

ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลาง	ก่อนใช้รูปแบบ		หลังใช้รูปแบบ		X ² -test	p-value	
	N= 6 คน		N= 6 คน				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
	(ราย)	(ราย)					
1	การจัดการความปวด Numeric scale ≤3 คะแนน	0	0	6	100	12.00	0.001*
2	ระดับความรู้สึกตัวเพิ่มขึ้น GCS 13-15/คงที่	2	33.3	5	83.4	3.086	0.121
3	ควบคุมอุณหภูมิต่ำกว่า 37.5 องศาเซลเซียส	2	33.4	6	100	6.00	0.030*
4	ระดับน้ำตาล ≤ 120 mg/dl	5	83.4	6	100	1.091	0.500
5.	ระดับภาวะออกซิเจนในเลือด ≥95 %	5	83.3	6	100	1.091	0.500

* $p < 0.05$

5) คะแนนความพึงพอใจของญาติผู้ป่วย พบว่า หลังการใช้รูปแบบ คะแนนความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.40 (SD=0.603) คะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ 1) การต้อนรับและการแสดงความใส่ใจของพยาบาล มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (Mean=4.62, SD=0.491) 2) การซักถามข้อมูลเกี่ยวกับการบาดเจ็บและประวัติเชิงลึกอย่างครบถ้วน มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (Mean=4.48, SD=0.505) และ 3) การได้รับการประเมินอาการอย่างรวดเร็วและเป็นระบบ คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (Mean=4.37, SD=0.525)

6) ด้านกระบวนการดูแล ในกลุ่มผู้บาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยและระดับปานกลาง

หลังการใช้รูปแบบ ซึ่งเป็นผู้บาดเจ็บศีรษะที่ได้รับการส่ง CT brain และมีการปรึกษาแพทย์ศัลยกรรมประสาทมี 84 คน แบ่งเป็นกลุ่มก่อนและหลังใช้รูปแบบกลุ่มละ 42 คน (ตาราง 4) 1) ระยะเวลาการได้รับการประเมิน initial neuro exam หลังการใช้รูปแบบ (Mean=8.286, SD=9.337) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ (Mean=8.000, SD=2.186) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-0.193$, $p=.847$) 2) ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการได้รับ CT brain ตามแผนภายในเวลามาตรฐาน 1 ชั่วโมง หลังใช้รูปแบบ (Mean=13.927, SD=7.202) สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ (Mean=12.814, SD=6.286) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-0.755$, $p=.453$) 3) ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการรายงานแพทย์ศัลยกรรมประสาทหลังได้รับผล CT brain ผิดปกติ

วารสารกองการพยาบาล

ภายหลังการใช้รูปแบบ (Mean=14.060, SD=7.478) สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ (Mean=12.813, SD=6.383) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-0.822$, $p=.413$) และ 4) สัดส่วนพยาบาลที่มีการบันทึกการประเมินซ้ำ

ครบ 100% ภายหลังการใช้รูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากร้อยละ 57.1 ก่อนใช้รูปแบบ เป็นร้อยละ 97.6 ภายหลังใช้รูปแบบ ($\chi^2=19.657$, $p<.001$)

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผลลัพธ์ด้านกระบวนการการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ เล็กน้อยและปานกลางที่ (N = 84 คน)

ผู้บาดเจ็บศีรษะระดับ เล็กน้อยและปานกลาง	ก่อนใช้รูปแบบ N=42 ราย		หลังใช้รูปแบบ N=42 ราย		Independent t- test	p-value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	χ^2 -test	
1 ได้รับการประเมิน initial neuro exam ภายใน 10 นาที	8.00	2.049	8.286	9.337	-0.193	0.847
2 การได้รับ CT ตามแผนภายใน เวลามาตรฐาน 1 ชั่วโมง	12.814	6.286	13.927	7.202	-0.755	0.453
3 รายงานแพทย์ทันเวลา ภายใน เวลา 30 นาทีหลังได้รับผล CT ผิดปกติ	12.813	6.383	14.060	7.478	-0.822	0.413
4 มีการบันทึกการประเมินซ้ำ ครบ 100 %	24	57.1	41	97.6	19.657	<0.001*

** $p < 0.01$

อภิปรายผล

การศึกษานี้ อภิปรายผลตามข้อค้นพบ ดังนี้

1. รูปแบบการจัดการทางพยาบาลด้านคลินิก ในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่พัฒนาขึ้นยังคงโครงสร้างหลักขององค์ประกอบเดิม 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ สมรรถพยาบาล การประเมินและคัดแยกผู้ป่วย แนวปฏิบัติการพยาบาล กระบวนการส่งต่อ และการติดตามต่อเนื่อง สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่เน้นกระบวนการดูแลแบบเป็นระบบตั้งแต่การประเมิน การรักษา จนถึงการติดตามผลลัพธ์ของผู้ป่วยในระบบสุขภาพ¹⁵ อย่างไรก็ตามภายหลังการวิจัยและพัฒนา พบว่ารูปแบบการดูแลมีการพัฒนาให้ครอบคลุมบริบทการดูแลจริงมากขึ้น โดยเพิ่มองค์ประกอบที่ 6 เป็นการ

ดูแลแบบต่อเนื่องและครบวงจร ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงกระบวนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่ระยะคัดกรองในห้องฉุกเฉิน การรักษาในระยะเฉียบพลัน จนกระทั่งถึงการติดตามหลังจำหน่าย เพื่อให้การดูแลมีความต่อเนื่อง ลดช่องว่างของบริการ และเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย ในกระบวนการดูแลดังกล่าวมีการเชื่อมโยงการคัดแยกและการประเมินซ้ำในห้องฉุกเฉิน โดยพยาบาลใช้เครื่องมือประเมินมาตรฐาน เช่น Glasgow Coma Scale และแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเพื่อประเมินระดับความรุนแรงและติดตามการเปลี่ยนแปลงของอาการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะของ National Institute for Health and Care Excellence ที่แนะนำให้มีการ

ประเมินระดับความรู้สึกตัว การติดตามอาการทางระบบประสาท และการประเมินซ้ำอย่างเป็นระบบในแผนกฉุกเฉิน¹⁶ นอกจากนี้ แนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในห้องฉุกเฉินยังเน้นการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่กำหนดแนวทางการดูแลตามระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะ ได้แก่ mild head injury และ moderate head injury เพื่อให้การตัดสินใจทางคลินิกมีความถูกต้องและลดความคลาดเคลื่อนในการดูแล¹⁷ ในขณะเดียวกัน การเฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ใช้สารเสพติด ผู้ป่วยจิตเวช และผู้ที่ดื่มสุรา เป็นประเด็นสำคัญในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสมองและอาจมีอาการแสดงที่ไม่ชัดเจนในระยะแรก¹⁸ การประสานงานและส่งต่อผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ รวมถึงการกำหนดเกณฑ์การส่งต่อและการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ฉุกเฉิน ศัลยแพทย์ระบบประสาท และทีมพยาบาล ช่วยให้ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วยถูกส่งต่ออย่างครบถ้วน ลดความคลาดเคลื่อนในการดูแล และเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในโรงพยาบาล¹⁹ นอกจากนี้ แนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในหลายประเทศยังเน้นการติดตามอาการหลังจำหน่าย โดยเฉพาะผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย ซึ่งควรมีการติดตามอาการภายใน 24–72 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลัง¹⁶ การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary care) ระหว่างทีมอุบัติเหตุฉุกเฉิน ศัลยแพทย์ระบบประสาท และทีมพยาบาล จึงเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะครอบคลุมทั้งด้านการรักษา การเฝ้าระวัง และการฟื้นฟู ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการในระบบ trauma care สมัยใหม่²⁰ นอกจากนี้ รูปแบบนี้มีการประสานระหว่างหลักฐานเชิงประจักษ์ แนวคิดสมรรถนะ

พยาบาลห้องฉุกเฉิน และบริบทการปฏิบัติงานจริงของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยมีสมรรถนะพยาบาลเป็นแกนสำคัญของการพัฒนาและการนำแนวทางคลินิกไปใช้จริง ทั้งในด้านการคัดแยก การประเมินซ้ำ การเฝ้าระวัง และการตัดสินใจทางคลินิก เพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยและระดับปานกลาง การพัฒนารูปแบบดังกล่าวยึดหลัก competency-based practice ร่วมกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบเป็นระบบและต่อเนื่อง (systematic and continuity of care) ซึ่งเหมาะสมกับบริบทแผนกฉุกเฉินที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์เร่งด่วน ผู้ป่วยมีความหลากหลาย และมีโอกาสเกิดการเปลี่ยนแปลงอาการอย่างรวดเร็ว เมื่อพยาบาลนำรูปแบบนี้ไปใช้ จะช่วยให้มีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน ลดความคลาดเคลื่อนในการดูแล และเพิ่มความรวดเร็วและความถูกต้องในการตัดสินใจทางคลินิก จุดเด่นของรูปแบบการจัดการทางพยาบาลนี้ คือการเชื่อมโยงสมรรถนะพยาบาลเข้ากับแนวปฏิบัติทางคลินิกอย่างเป็นรูปธรรม ทำให้พยาบาลสามารถประเมิน คัดแยก และติดตามอาการผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถตอบสนองต่อภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ทันทั่วทั้งซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของจินตนา ดำเกลี้ยง และคณะ (2558) ที่พบว่าการพัฒนาสมรรถนะและแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะช่วยเพิ่มคุณภาพการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของทิพวรรณ วงษ์ใจ และจิราพรรณ อันบุรี (2563) ที่ชี้ให้เห็นว่าการมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและเหมาะสมกับบริบทงานฉุกเฉินช่วยเพิ่มความปลอดภัยในการตัดสินใจและลดความแปรปรวนในการปฏิบัติของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ

2. ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้บาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยที่สำคัญ คือ การจัดการระดับความปวดลดลง อย่างมีนัยสำคัญหลังการใช้รูปแบบ ซึ่ง

สอดคล้องกับงานวิจัยที่ชี้ว่าการประเมินอาการอย่างเป็นระบบและแนวทางการดูแลที่เป็นโครงสร้างสามารถลดอุบัติการณ์อันตรายและเพิ่มคุณภาพการฟื้นฟูของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงในคุณภาพผลลัพธ์ทางคลินิกอาจเกิดจากการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก (clinical pathways) ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะคัดแยกระยะเฝ้าระวัง ไปจนถึงการดูแลต่อเนื่อง โดยมีสมรรถพยาบาลเป็นแกนสำคัญในการขับเคลื่อนการนำแนวปฏิบัติไปใช้จริง ผ่านการจัดการทางพยาบาลแบบบูรณาการ (integrated nursing interventions) ซึ่งประกอบด้วย การคัดแยกอย่างรวดเร็วและแม่นยำ (rapid triage), การติดตามประเมินอาการทางระบบประสาทอย่างต่อเนื่อง (continuous neurological monitoring) และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว (patient/family education) ก่อนการจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉิน ซึ่งงานวิจัยพบว่าการดูแลแบบผสมผสานเหล่านี้ช่วยลดอุบัติการณ์ adverse events และระยะเวลาพักรักษาในโรงพยาบาลได้²¹

ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้บาดเจ็บศีรษะระดับปานกลาง พบว่า การประเมินและจัดการความปวด การคงที่ของระดับการเปลี่ยนแปลงอาการทางระบบประสาท และการควบคุมปัจจัยทางสรีรวิทยาสำคัญ มีแนวโน้มดีขึ้นอย่างชัดเจน ได้แก่ การควบคุมอุณหภูมิให้ปกติ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของแนวทางที่แนะนำในการจัดการผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ และการนำแนวปฏิบัติการ evidence-based guideline มาใช้จริง การดูแลที่เป็นระบบและการประเมินซ้ำ (Dynamic or reassessment) ช่วยลดการพลัดการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก และสนับสนุนการตัดสินใจทางการพยาบาลที่มีความปลอดภัยมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ดำเนินการในแผนกฉุกเฉินหลายแห่งว่าการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการช่วยเพิ่มคุณภาพผลลัพธ์ของผู้บาดเจ็บ

ศีรษะ ในมิติต่าง ๆ²¹

3. ผลลัพธ์ด้านกระบวนการพยาบาล จากการประเมินซ้ำในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีความเสี่ยงสูง และการบันทึกการประเมินซ้ำ ทำให้กระบวนการพยาบาลเป็นระบบมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการนำ evidence-based practice มาปรับใช้ในการปฏิบัติจริงเพื่อลดความคลาดเคลื่อน และเพิ่มความปลอดภัยมีหลักฐานจากการวิจัยใน ICU และ emergency setting ว่าการพัฒนากระบวนการพยาบาลโดยใช้ framework ที่เป็นระบบ เช่น JBI หรือ Ottawa Model ช่วยเพิ่มการรับรู้และการปฏิบัติที่ นอกจากนี้ จากงานวิจัยนี้หลังใช้รูปแบบพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยและระดับปานกลาง มีการบันทึกการประเมินซ้ำครบ 100 % เพิ่มขึ้น สะท้อนถึงความชัดเจนของแนวทางการปฏิบัติและความตระหนักในความสำคัญของการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในบริบทแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สอดคล้องกับแนวปฏิบัติที่ดีที่สุดอย่างมีนัยสำคัญ²² โดยเฉพาะในด้านการประเมินซ้ำและการบันทึกข้อมูล ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและสนับสนุนความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วย

4. ผลลัพธ์ด้านพยาบาล ภายหลังการพัฒนาแบบแผนการจัดการทางพยาบาลด้านคลินิก กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้และความสามารถในการคัดแยกและการจัดการทางคลินิกก่อนและหลังนำรูปแบบไปใช้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลส่วนใหญ่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินในระดับสูง โดยอายุเฉลี่ย 38.26 ปี S.D=9.21 ปี และระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 12.69 ปี (S.D=7.14) อีกทั้งส่วนใหญ่เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินถึงร้อยละ 82.9% รวมทั้งได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจากหน่วยงาน

วาระของการพยาบาล

และมีบทบาทเป็นผู้ฝึกสอน (preceptor) ให้กับบุคลากรจบใหม่ และบุคลากรภายนอกหน่วยงาน จึงอาจทำให้พยาบาลมีพื้นฐานความรู้และทักษะทางคลินิกในระดับดีอยู่แล้ว ส่งผลให้คะแนนก่อนและหลังการใช้รูปแบบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่าประสบการณ์การทำงานและการฝึกอบรมเฉพาะทางของพยาบาลฉุกเฉินมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะด้านการประเมินและการตัดสินใจทางคลินิก¹⁵ รวมทั้งการศึกษาที่รายงานว่า การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจำเป็นต้องอาศัยบุคลากรที่มีความชำนาญและประสบการณ์ทางคลินิกในการประเมินอาการและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง²⁰

ข้อจำกัดของการวิจัย

ด้านรูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้ใช้ระยะเวลาดำเนินงาน ระหว่างเดือนเมษายน 2568 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2568 ระยะเวลา 8 เดือน ซึ่งในเดือนพฤศจิกายน 2568 มีเหตุการณ์น้ำท่วมที่หาตใหญ่ ส่งผลกระทบการติดต่อผู้ป่วยบาดเจ็บต่อเนื่อง นอกจากนี้การดำเนินการในบริบทจริงของหน่วยงานเดียว ไม่มีกลุ่มควบคุม ทำให้ไม่สามารถสรุปเชิงเหตุและผลได้อย่างสมบูรณ์ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น อาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยแวดล้อมอื่น เช่น ประสบการณ์ของพยาบาล นโยบายหน่วยงาน สถานการณ์น้ำท่วมหาตใหญ่ และความพร้อมของทรัพยากรในช่วงเวลาที่ศึกษา

ด้านกลุ่มตัวอย่างและบริบทการศึกษา การศึกษาดำเนินการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งมีระบบสนับสนุนด้านบุคลากรและเทคโนโลยีค่อนข้างครบถ้วน ผลการศึกษาจึงอาจไม่สามารถสะท้อนผลลัพธ์ในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิหรือทุติยภูมิที่มีบริบทและทรัพยากรแตกต่างกันได้โดยตรง

ด้านระยะเวลาในการติดตามผล การ

ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกและกระบวนการพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นผลลัพธ์ระยะสั้นในช่วงการดูแลระยะฉุกเฉินและระยะใกล้เคียงจำหน่าย ยังไม่มีการติดตามผลลัพธ์ระยะยาว เช่น การกลับมารักษาซ้ำภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท หรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังจำหน่าย

ด้านการประเมินสมรรถนะพยาบาล การประเมินสมรรถนะและพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลใช้แบบประเมินเชิงปริมาณเป็นหลัก ซึ่งอาจไม่สามารถสะท้อนการเปลี่ยนแปลงเชิงลึกด้านการตัดสินใจทางคลินิก (clinical reasoning) และการจัดการสถานการณ์จริงที่มีความซับซ้อนได้อย่างครบถ้วน นอกจากนี้ภาระงานและความเร่งด่วนของห้องฉุกเฉินอาจส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการประเมินและบันทึกข้อมูล

ด้านขนาดตัวอย่างบางกลุ่ม จำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางและกลุ่มเสี่ยงเฉพาะ (เช่น ผู้ใช้สารเสพติดหรือผู้ป่วยจิตเวช) มีจำนวนจำกัด ทำให้การวิเคราะห์เชิงสถิติบางส่วนมีข้อจำกัด และอาจไม่สามารถตรวจพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้

ข้อเสนอแนะ

1) ควรนำรูปแบบการจัดการทางพยาบาลด้านคลินิกที่พัฒนาขึ้นไปใช้เป็นแนวทางมาตรฐาน (Standard Clinical Nursing Practice) ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงสูง เพื่อเพิ่มความปลอดภัยและความต่อเนื่องของการดูแล 2) ควรสนับสนุนให้มีระบบติดตามอาการหลังจำหน่ายอย่างเป็นระบบ เช่น การติดตามทางโทรศัพท์หรือระบบดิจิทัล สำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังและลดการกลับมารักษาซ้ำ 3) ควรใช้เครื่องมือสนับสนุนที่พัฒนาขึ้น เช่น Checklist การประเมินซ้ำ แบบฟอร์ม SBAR และแบบ

วารสารกองการพยาบาล

บันทึกการติดตามต่อเนื่อง เป็นส่วนหนึ่งของระบบสารสนเทศทางการพยาบาล เพื่อเพิ่มความครบถ้วนของข้อมูลและลดความคลาดเคลื่อนในการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ 4) ควรมีการพัฒนาศักยภาพพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการฝึกอบรมเชิงสถานการณ์ (Simulation-based learning) และการสะท้อนคิดจากการปฏิบัติจริง เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะด้าน clinical judgment และ evidence-based decision making

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาวิจัยในรูปแบบกึ่งทดลองหรือการวิจัยเปรียบเทียบหลายศูนย์ (Multicenter study) เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัยและ

ความสามารถในการสรุปอ้างอิงไปยังบริบทอื่น 2) ควรมีการติดตามผลลัพธ์ระยะยาวของผู้บาดเจ็บศีรษะ เช่น การกลับมารักษารักษาซ้ำภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท ระดับการทำกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตหลังจำหน่าย 3) ควรเพิ่มการประเมินผลเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกพยาบาล ผู้ป่วย และญาติ เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์การตัดสินใจ และอุปสรรคในการนำรูปแบบไปใช้จริง 4) ควรศึกษาการบูรณาการรูปแบบการจัดการทางพยาบาลกับเทคโนโลยีดิจิทัลหรือระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก (Clinical Decision Support System: CDSS) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการประเมินการติดตาม และความปลอดภัยของผู้ป่วย

Reference

1. Tanasit Wijitraphan. Development of triage process for emergency room in third zone network of hospitals in Chiang Mai provincial area by using mobile application . Disease control journal. 2022; 48(2): 332-341. Thai.
2. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. MOPH ED Triage. Nonthaburi: Academic Medical Office, Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2018. Thai.
3. Tapeerat Thesprasit. Development of a patient triage system for outpatient and emergency departments at Chokchai Hospital. Regional Health Promotion Center 9 Journal. 2021; 15(36): 160-78. Thai.
4. Royal College of Neurosurgeons of Thailand; Department of Medical Services; Prasat Neurological Institute. Clinical practice guidelines for traumatic brain injury. 1st ed. Bangkok: Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2019. Thai.
5. Natthika Saetae, Patcharin Nanui. Development of a screening model according to MOPH ED Triage in the emergency department of Yala Hospital network. J South Coll Occup Health Netw. 2022; 9(1): 149-61. Thai.
6. Nongyao Intarawichien. A study of emergency patient triage quality at Phon Phisai Hospital, Nong Khai Province. J Health Nurs Educ. 2019; 2(2): 43-53. Thai.
7. Pimpa Weerakham, Khakhana Wiriapornpraphas, Siriporn Chakraom, Pichayut Phinyo . Effectiveness of MOPH ED Triage training on the accuracy of patient triage by emergency department personnel at Maesai Hospital. J Dept Med Serv. 2019; 44(5): 70-74. Thai.
8. Thassanee Soontorn, Yajai Sitthimongkol, Orapan Thosingha, Chukiat Viwatwongkasem. Factors influencing the accuracy of triage by registered nurses in trauma patients . Pacific Rim Int J Nurs Res. 2018; 22(2): 120-30. Thai.

9. Kellett J. What is the optimal patient triage process and what resources are required? *Lancet Reg Health West Pac.* 2021; 13: 100203.
10. Krisada Suamchaiphum, Wallada Chantraungwanich, Orapan Tosing, Apichaya Mansomboon. Factors influencing the accuracy of emergency patient triage using the Emergency Severity Index (ESI). *Thai J Nurs Counc.* 2019; 34(4): 34-47. Thai.
11. Supaporn Chanuwat. Problems and needs of patient screening in the emergency department in the New Normal era, tertiary hospitals in Health Region 2 [master's thesis]. Phitsanulok: Naresuan University; 2023. Thai.
12. Hat Yai Hospital. Emergency department statistics (2020–2022). Songkhla: Emergency Department, Hat Yai Hospital; 2023. Thai.
13. National Health and Medical Research Council (NHMRC). A guide to the development, evaluation and implementation of clinical practice guidelines. Canberra: NHMRC; 1998.
14. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Head injury: assessment and early management [Internet]. London: NICE; 2023 [cited 2026 Feb 13]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng232>
15. Haddad, S. H., & Geiger, R. A. Emergency department management of traumatic brain injury. *Emergency Medicine Clinics of North America.* 2021, 39(2), 259–275.
16. National Institute for Health and Care Excellence. Head injury: assessment and early management (NG232). 2023. London: NICE.
17. Dewan, M. C., Rattani, A., Gupta, S., et al. Estimating the global incidence of traumatic brain injury. *Journal of Neurosurgery.* 2021; 134(3), 1080–1097.
18. Stiell, I. G., Clement, C. M., Grimshaw, J., Brison, R. J., Rowe, B. H., Schull, M. J., ... & Wells, G. A. Implementation of the Canadian CT Head Rule and its association with use of computed tomography among patients with head injury. *JAMA Network Ope.* 2022; 5(2), e2142804. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.42804>.
19. Carney, N., Totten, A. M., O'Reilly, C., Ullman, J. S., Hawryluk, G. W. J., Bell, M. J., ... & Ghajar, J. Guidelines for the management of severe traumatic brain injury. *Neurosurgery.* 2021; 88(4), 1–10. <https://doi.org/10.1093/neuros/nyaa451>.
20. Maas, A. I. R., Menon, D. K., Adelson, P. D., Andelic, N., Bell, M. J., Belli, A., ... & Inoue, T. Traumatic brain injury: Integrated approaches to improve prevention, clinical care, and research. *The Lancet Neurology.* 2022; 21(11), 1000–1015. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(22\)00352-0](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(22)00352-0).
21. Zhou Y, Zhou L, Chen X. The role of integrated nursing interventions in traumatic brain injury management in the emergency department: A retrospective study. *Ther Clin Risk Manag.* 2025; 21: 769-80.
22. Bosch M, McKenzie JE, Ponsford JL, Turner S, Chau M, Forbes AB, et al. Trial protocol: Effectiveness of a targeted tailored intervention to improve the management of patients with mild traumatic brain injury in emergency departments. *Trials.* 2014; 15: 281.

ปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสังคมผู้ป่วยของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ ในจังหวัดนครราชสีมา

จุฑามาศ	วงจันทร์*	พย.ม (การพยาบาลผู้สูงอายุ)
นริยา	เพียรสูงเนิน**	พย.ม (การพยาบาลผู้ใหญ่)
คุณสปรณ์	มคค์ปลานนท์*	พย.ม (การพยาบาลผู้สูงอายุ)
สุพรรณิกา	ประเสริฐสันติเย***	พย.บ. (พยาบาลวิชาชีพ)

(รับ: 19 กุมภาพันธ์ 2569, แก้ไข: 7 มีนาคม 2569, ตอรับ: 23 มีนาคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ระดับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าวัยสูงอายุ (2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมฯ และ (3) ปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมฯ กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลก่อนวัยสูงอายุ 261 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (2)แบบสอบถามความคาดหวังเมื่อก้าวสู่วัยสูงอายุ ค่า CVI .89 ค่าความเชื่อมั่น .94 และ (3) แบบสอบถามการเตรียมพร้อมก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ค่า CVI .86 ค่าความเชื่อมั่น .96 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Chi-square สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน

ผลวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีระดับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าวัยสูงอายุ อยู่ในระดับมาก (Mean 4.01, SD 1.07) ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าวัยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยพบว่า อายุ และความคาดหวังเมื่อก้าวสู่วัยสูงอายุ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเตรียมความพร้อมฯ ($r .172$ และ $.530$ ตามลำดับ) ปัจจัยทำนายฯ พบว่า อายุ โรคประจำตัว รายได้เมื่อเทียบกับภาระค่าใช้จ่าย และความคาดหวังเมื่อก้าวสู่วัยสูงอายุ สามารถร่วมกันทำนายการเตรียมความพร้อมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 .326, p < .05$) ทั้งนี้ ความคาดหวังเมื่อก้าวสู่วัยสูงอายุเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุด ($\beta .530$) ขณะที่รายได้เมื่อเทียบกับภาระค่าใช้จ่ายมีอิทธิพลต่ำสุด ($\beta -.227$) ดังนั้น การส่งเสริมการเตรียมความพร้อมด้านการเงินควรมุ่งเน้นการลดภาระหนี้สิน และส่งเสริมการออมเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

คำสำคัญ: การเตรียมความพร้อม ผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิต

* อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมาคณะพยาบาลศาสตร์สถาบันพระบรมราชชนกกระทรวงสาธารณสุข

** อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมาคณะพยาบาลศาสตร์สถาบันพระบรมราชชนกกระทรวงสาธารณสุข Corresponding author: E-mail; nuttiya@knc.ac.th

*** พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสีสุก

Predictors factors of preparation before entering the aging society of the pre-elderly age group In Nakhon Ratchasima Province.

Jutamast	Wongjan*	M.S.N. (Geriatric Nursing)
Nattiya	Piansungnoen**	M.S.N. (Adult Nursing)
Khunatpakorn	Makkabphalanon*	M.S.N. (Geriatric Nursing)
Supannika	Prasertsantiah***	B.N.S (Professional Nurse)

(Received: February 19, 2026, Revised: March 7, 2026, Accepted: March 23, 2026)

Abstract

This descriptive research aimed to study (1) the level of aging preparation; (2) factors related to aging preparation; and (3) predictive factors of aging preparation. The sample consisted of 261 pre-elderly individuals. The research instruments composed of (1) a personal information questionnaire; (2) the aging expectations questionnaire, yielding a CVI of .89 and a reliability of .94; and (3) the preparation for aging questionnaire, yielding a CVI of .86 and a reliability of .96. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square, Pearson's correlation coefficient, and stepwise multiple regression analysis.

The results revealed that the sample had a high level of aging preparation (Mean 4.01, SD 1.07). Personal factors were significantly correlated with aging preparation ($p < .05$). Age and aging expectations showed a positive correlation with aging preparation ($r .172$ and $.530$, respectively). Age, underlying health conditions, the income to expense ratio, and aging expectations could collectively predict aging preparation ($R^2 .326$, $p < .05$). In addition, aging expectations were the most dominant variable ($\beta .530$), while the income to expense ratio was the least leading variable ($\beta -.227$). Therefore, promoting financial preparation should focus on reducing debt and encouraging saving to ensure a good quality of life in the elderly.

Keywords: Preparation for aging, Elderly, Quality of Life

* Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health.

** Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health.

Corresponding author: E-mail; nuttiya@knc.ac.th

*** Registered nurse, Srisuk Subdistrict Health Promotion Hospital.

บทนำ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ มีประชากรอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด ส่งผลให้ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอด (super aged society) การพัฒนาประเทศระยะยาวและให้ความสำคัญกับการ “สูงวัยอย่างมีคุณภาพ”¹ นั้นได้จัดนโยบายของรัฐบาลด้านที่ 3 การลดความเหลื่อมล้ำของสังคม และการสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐ ในข้อที่ 4 เตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการมีงานหรือกิจกรรมที่เหมาะสม โดยให้เริ่มมีการวางแผนการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าวัยสูงอายุตั้งแต่ 25 ปี ขึ้นไป เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการวางแผน และไม่ก่อภาระต่อสังคมในอนาคต¹⁻²

การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ พฤติกรรม ปัจจัยส่วนบุคคล เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีผลต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าวัยสูงอายุ³ การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นก่อนเข้าวัยสูงอายุในวัยผู้ใหญ่ มักมีการเจ็บป่วยที่เกิดจากพฤติกรรม ความเสื่อมของร่างกาย และการเจ็บป่วยจากการทำงาน⁴ สิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อการความเจ็บป่วยให้มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม การเข้ารับการรักษาจะต้องเสียเวลาในการทำงาน ต้องมีการใช้จ่ายเกิดขึ้นรวมถึงการมีผู้ดูแลในการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลตามมา⁵⁻⁶ ซึ่งส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุและผู้ดูแลให้มีความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น อาการแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น และค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น⁷⁻⁸

การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าวัยสูงอายุคือเพื่อเปลี่ยนผ่านสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ไม่เป็นภาระ และมีชีวิตที่อิสระการวางแผนต่อการเข้าสู่วัยสูงอายุโดยมีการเตรียมความพร้อมด้านต่าง ๆ เพื่อให้อนาคตใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพ แต่ก็พบว่ายังมีวัย

ผู้ใหญ่บางส่วนไม่วางแผนการใช้ชีวิตหรือการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าวัยสูงอายุ อาจเนื่องจากขาดความคาดหวังต่อการใช้ชีวิตจากการมีปัญหาทางด้านสุขภาพ การเงิน สิ่งแวดล้อม³ ส่งผลต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพหรืออาจมีผลกระทบทางด้านความเป็นอยู่และความเข้าใจในความสูงอายุของบุคคลรอบข้างนำสู่ภาวะพึ่งพาแบบสมบูรณ์ของผู้สูงอายุ ดังนั้นการวางแผนและการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตจึงมีความสำคัญอย่างมาก เพื่อให้ภาครัฐและภาคเอกชนมีการช่วยในการจัดเตรียมมาตรการต่าง ๆ เพื่อรองรับการเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ⁷ การมีคุณภาพชีวิตที่ดีแต่ละคนมักเริ่มจากการเป็นเด็ก พัฒนาเรียนรู้และเติบโตเป็นผู้ใหญ่ แต่ละช่วงวัยส่งผลให้มีความพึงพอใจในวัยสูงอายุ เมื่อพึงพอใจกับการดำเนินชีวิตมากเท่าไรจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีในช่วงวัยสูงอายุ^{2,9} บางรายที่มีโรคประจำตัวมีการปรับตัวและวางแผนการดูแลตนเองอย่างเคร่งครัดหรือบางกลุ่มอาจไม่ได้ดูแลตนเองอย่างเคร่งครัดเนื่องจากการรับรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ส่งผลให้มีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน⁹ จากการศึกษา พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ดีขึ้น ช่วยให้ผู้สูงอายุมีทักษะด้านความรู้ ความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ การสื่อสาร การเข้าถึงข้อมูล บริการสุขภาพ และการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ รวมถึงทักษะการตัดสินใจที่ดี⁷

จากการศึกษา การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าวัยสูงอายุในผู้ใหญ่ช่วงอายุ 50 ปี ขึ้นไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าวัยสูงอายุ ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับมากที่สุด ด้านสังคม ด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม ด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรมอยู่ในระดับมาก และด้านเศรษฐกิจอยู่ใน

ระดับปานกลาง^{3,10}ในการศึกษาการเตรียมความพร้อมในผู้ใหญ่ที่มีอายุ 45 ปี ขึ้นไป พบว่า การเตรียมความพร้อมทั้งด้านสุขภาพ สังคม ที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อมมีการเตรียมความพร้อมในระดับปานกลาง¹¹⁻¹²ซึ่งจากข้อมูลสอดคล้องกับการวิจัยปัจจุบัน การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าวัยสูงอายุ กล่าวว่าอายุมีความสำคัญต่อการวางแผนและพัฒนาคุณภาพชีวิต แต่ความสำคัญนั้นต้องมาพร้อมเพศ การศึกษา เศรษฐกิจ สุขภาพ และประสบการณ์ในการใช้ชีวิต¹³⁻¹⁴ซึ่งสิ่งเหล่านี้สะท้อนเมื่อมีอายุมากขึ้น มีประสบการณ์ชีวิตมากขึ้น จะเกิดการเรียนรู้ที่จะดูแลตัวเองมากขึ้น และมีความคาดหวังต่อชีวิตที่สูงขึ้น¹⁵

ในจังหวัดนครราชสีมา มีจำนวนประชากรวัยผู้ใหญ่ อายุ 25-59 ปี เพิ่มขึ้น ประชากรช่วงอายุดังกล่าวเป็นประชากรกลุ่มเป้าหมายที่จะกลายเป็นผู้สูงอายุ และวิถีการใช้ชีวิตของช่วงอายุข้างต้นเป็นช่วงของการเริ่มต้นการทำงาน ตลอดจนทำงานและมีความพร้อมและความมั่นคงในหลาย ๆ ด้านที่จะวางแผนดูแลตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรม การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าวัยสูงอายุ ในจังหวัดนครราชสีมา ยังไม่พบการศึกษาการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าวัยสูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา ในช่วงอายุ 25 ปีขึ้นไป ประกอบกับนโยบายของรัฐบาลด้านที่ 3 การลดความเหลื่อมล้ำของสังคม และการสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐ ในข้อที่ 4 เตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการมีงานหรือกิจกรรมที่เหมาะสมโดยให้เริ่ม

มีการวางแผนการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าวัยสูงอายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาวิธีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าวัยผู้สูงอายุของวัยผู้ใหญ่ในจังหวัดนครราชสีมา

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา

1. ระดับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าวัยสูงอายุ
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ
3. ปัจจัยทำนายนการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้พัฒนาจากกรอบแนวคิด บนพื้นฐานของแบบจำลอง (Precede Framework Model) ของ Lawrence W. Green และ Marshall Kreuter (2005)¹⁶ เป็นแบบจำลองการวางแผน มีแนวคิดในการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลที่มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของ Albert Bandura (1997)¹⁷ เป็นกรอบแนวคิดที่ว่าด้วยกระบวนการเกิดพฤติกรรมของมนุษย์ โดยมีปัจจัยตัวบุคคล พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของบุคคลในแสดงพฤติกรรม และแนวคิดทฤษฎีความคาดหวัง (Expectancy Theory) เพื่ออธิบายปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของบุคคลวัยก่อนสูงอายุดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research)

ประชากร คือ วัยผู้ใหญ่ อายุ 25-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่อำเภอเมือง นครราชสีมา อำเภอปากช่อง อำเภอปักธงชัย อำเภอครบุรี อำเภอสูงเนิน อำเภอเสิงสาง อำเภอวังน้ำเขียว อำเภอหนองบุญมาก และอำเภอเทพารักษ์ เป็นระยะเวลา 3 เดือน ขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยผู้ใหญ่ อายุ 25-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) 261 คน เลือกรandomประชากรตามสัดส่วนแต่ละอำเภอ และสุ่มอย่างง่ายเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามกำหนด

เครื่องมือในงานวิจัย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพโรคประจำตัวหรืออาการเจ็บป่วย การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ สิ่งแวดล้อมรอบบ้าน ครอบครัว หน้าที่ในครอบครัว บทบาทในครอบครัว เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิด

2) แบบสอบถามความคาดหวังกับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านจิตวิญญาณ ด้านเศรษฐกิจและสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นโดยประกาย จิโรจน์กุล (2560)¹⁹ ตรวจสอบค่าความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity Index) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

จำนวน 3 ท่าน ค่า CVI = 0.89 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94

3) แบบสอบถามการเตรียมพร้อมก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านจิตวิญญาณ ด้านเศรษฐกิจและสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดยประกาย จิโรจน์กุล (2560)¹⁹ ตรวจสอบค่าความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity Index) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่าน ค่า CVI = 0.86 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลได้จากการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จากการตอบแบบสอบถามความคาดหวังกับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านจิตวิญญาณ ด้านเศรษฐกิจและสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม และจากการตอบแบบสอบถามการเตรียมพร้อมก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านจิตวิญญาณ ด้านเศรษฐกิจและสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ของวัยผู้ใหญ่อายุ 25-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่อำเภอเมืองนครราชสีมา อำเภอปากช่อง อำเภอปักธงชัย อำเภอครบุรี อำเภอสูงเนิน อำเภอเสิงสาง อำเภอวังน้ำเขียว อำเภอหนองบุญมาก และ อำเภอเทพารักษ์ เป็นระยะเวลา 3 เดือน ขึ้นไป

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ความคาดหวังก่อนวัยสูงอายุ และการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าวัยสูงอายุของวัยผู้ใหญ่ สถิติ Chi-Square Test , Pearson's Product Moment Correlation และ Stepwise Multiple Regression Analysis

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา เลขที่ COA NO. 9/2568 ลงวันที่ 2 พฤษภาคม 2568 พัททษสิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการอธิบาย/ชี้แจง วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับและผลกระทบจากการวิจัย โดยอธิบายให้เข้าใจว่า การตอบรับ/ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจ และการถอนตัวออกจาก การวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลจะเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

ขั้นตอนการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดย ดำเนินการเป็นขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ได้รับการคัดเลือก กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่
2. ประชุมชี้แจงผู้ช่วยวิจัยเพื่อชี้แจง รายละเอียดในการรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง พร้อมอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย และขอให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมให้ข้อมูลเพื่อการวิจัยสัมภาษณ์ และเก็บรวบรวมข้อมูลตาม เครื่องมือการวิจัย

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้ นำเสนอผลการวิจัยตาม วัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 84.70 ช่วงอายุ 40-59 ปี ร้อยละ 50.20 มีสถานภาพสมรส มีคู่ ร้อยละ 62.80 มีอาชีพเกษตร ร้อยละ 54 มีรายได้อยู่ในช่วง 10,001-15,000 บาท/เดือน ร้อยละ 31 มีภาระค่าใช้จ่าย มีเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บมากที่สุด ร้อยละ 51.30

มีโรคประจำตัว ร้อยละ 70.10 ไม่สูบบุหรี่มากที่สุด ร้อยละ 94.30 และมีสิทธิรักษาบัตรทองมากที่สุด ร้อยละ 43.10 สิ่งแวดล้อมดีร้อยละ 97.30 บทบาท ในครอบครัวมากที่สุดคือ ภรรยา ร้อยละ 45.20

2. ระดับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้า
วัยสูงอายุ ระดับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าวัย สูงอายุของผู้ใหญ่อยู่ในระดับการเตรียมตัวระดับ มาก ร้อยละ 59.5 ($\bar{X} = 4.01$, $SD = 1.07$) มีการ เตรียมความพร้อมด้านจิตใจมากที่สุด ร้อยละ 51.60

ตารางที่ 1 ระดับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าวัยสูงอายุ (n=261 คน)

ตัวแปร	เตรียมตัวระดับน้อย/ ปานกลาง		เตรียมตัวระดับมาก		เตรียมตัวระดับ มากที่สุด	
	n	%	n	%	n	%
ด้านร่างกาย	22	7.20	210	68.60	29	9.50
ด้านจิตใจ	5	1.60	98	32.00	158	51.60
ด้านจิตวิญญาณ	5	1.60	158	51.60	98	32.00
ด้านเศรษฐกิจและสังคม	8	2.60	164	53.60	89	29.10
ด้านสิ่งแวดล้อม			228	74.50	33	10.80
ร้อยละ 59.5 $\bar{X} = 4.01$, $SD = 1.07$						

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียม
ความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และความคาดหวังเมื่อก้าวสู่วัย สูงอายุกับการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัย สูงอายุของผู้ใหญ่วัยกลางคน พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าวัย สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากการทดสอบสถิติ Chi-square test คือ รายได้ การสูบบุหรี่ รายได้เมื่อเทียบกับภาระค่าใช้จ่าย มีบุคคล อื่นที่ต้องดูแล บทบาทในครอบครัว โดยมีค่า P-value

= 0.024, 0.044, 0.023, 0.009, 0.008 และ 0.000 ตามลำดับ และผลการทดสอบโดย Pearson's Product Moment Correlation คือ อายุ อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ = .172 และความสัมพันธ์ความ คาดหวังในการเตรียมความพร้อม ต่อการเตรียมความ พร้อมก่อนเข้าวัยสูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ = .530

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และความคาดหวังเมื่อก้าวสู่วัยสูงอายุ กับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าวัยสูงอายุ (n=261 คน)

ตัวแปร	เตรียมตัว ระดับน้อย/ ปานกลาง		เตรียมตัว ระดับมาก		เตรียมตัว ระดับมาก ที่สุด		X2	P-value
	n	%	n	%	n	%		
รายได้ (n=261)								
ไม่มีรายได้	4	1.53	13	4.98			36.836	0.044*
≤ 5,000 บาท/เดือน	5	1.92	26	9.96	12	4.59		
5,001-10,000 บาท/เดือน	8	3.07	38	14.56	3	1.15		
10,001-15,000 บาท/เดือน	6	2.30	56	21.46	19	7.28		
15,001-20,000 บาท/เดือน	5	1.92	9	3.45	5	1.92		
20,001-25,000 บาท/เดือน	3	1.15	12	4.59	2	0.77		
25,001-30,000 บาท/เดือน			12	4.59	3	1.15		
30,001-35,000 บาท/เดือน			7	2.68	1	0.38		
35,001-40,000 บาท/เดือน			3	1.15				
40,001-45,000 บาท/เดือน			1	0.38				
≥ 45,001 บาท/เดือน			5	1.92	3	1.15		
การสูบบุหรี่								
สูบ	2	0.77	4	1.53			14.675	0.023*
สูบแต่เลิกแล้ว	1	0.38	8	3.07	1	0.38		
ไม่สูบ	28	10.73	170	65.13	47	18.01		
รายได้เมื่อเทียบภาระค่าใช้จ่าย								
เพียงพอ	1	0.38	39	14.94	20	7.66	17.195	0.009*
เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	19	7.28	95	36.40	20	7.66		
ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน	11	4.22	48	18.39	8	3.07		
มีบุคคลอื่นที่ต้องดูแล								
ไม่มี	12	4.59	48	18.39	24	9.20	11.868	0.008*
มี	19	7.28	134	51.34	24	9.20		
บทบาทในครอบครัว								
บุตร	8	3.07	33	12.64	12	4.59	37.941	0.000*
ภรรยา	15	5.75	83	31.80	16	6.13		
หัวหน้าครอบครัว	5	1.92	49	18.78	16	6.13		
ผู้อาศัย	3	1.15	17	6.51	4	1.53		

ตัวแปร	เตรียมตัว ระดับน้อย/ ปานกลาง		เตรียมตัว ระดับมาก		เตรียมตัว ระดับมาก ที่สุด		X2	P-value
	n	%	n	%	n	%		
	n				r			
อายุ	261				0.172		0.005*	
ความคาดหวังในการเตรียมความพร้อม	261				0.530		0.000*	

4. ปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมจากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่ามีตัวแปรทำนาย 4 ตัวแปร ได้แก่ อายุ โรคประจำตัว รายได้เมื่อเทียบกับภาระค่าใช้จ่าย และความคาดหวังเมื่อก้าวสู่วัยสูงอายุ สามารถร่วมทำนายการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าวัยสูงอายุของวัยผู้ใหญ่ได้อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ < 0.05 ($R^2 = 0.326$) โดยความคาดหวังเมื่อก้าวสู่วัยสูงอายุ สามารถทำนายความแปรปรวนของการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าวัยสูงอายุของวัยผู้ใหญ่ได้มากที่สุด ($\beta = 0.530$) รองลงมาคืออายุ ($\beta = 0.172$) โรคประจำตัว ($\beta = -0.146$) และรายได้เมื่อเทียบกับภาระค่าใช้จ่าย ($\beta = -0.227$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ (n=261)

ปัจจัย	B	Beta	t	p-value
อายุ	0.010	0.172	2.806	0.002*
โรคประจำตัว	-0.042	-0.146	-2.366	0.032*
รายได้เมื่อเทียบกับภาระค่าใช้จ่าย	-0.185	-0.227	-3.743	0.002*
ความคาดหวังเมื่อก้าวสู่วัยสูงอายุ	0.455	0.530	10.057	0.000*

Statistically significant < 0.05 , $R^2 = 0.326$

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาค้นพบว่า ระดับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสังคมสูงวัยของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุมีระดับการเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับมาก $\bar{X} = 4.01$, $SD = 1.07$ ซึ่งจะพบว่าการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านจิตวิญญาณ ด้านเศรษฐกิจและสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมมีการเตรียมความพร้อมในระดับที่มากขึ้นไป และมีการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจมากที่สุดก่อนเข้าวัย

สูงอายุ ซึ่งผลวิจัยนี้บ่งบอกถึงภาวะสุขภาพทางจิตของผู้ใหญ่ก่อนเข้าวัยสูงอายุอยู่ในระดับที่ดีมาก การดำเนินไปเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพย่อมมีคุณภาพที่ดี² การศึกษาค้นคว้านี้จะเห็นว่าการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณมีแนวโน้มมากขึ้นซึ่งมีผลต่อการวางแผนในการดำรงชีวิตเมื่อเข้าวัยสูงอายุ เนื่องจากสังคมในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงทุกด้านตลอดเวลาการเป็นผู้สูงอายุในยุคที่มีการสื่อสารผ่านเครื่องมือสื่อสารที่ทันสมัยและ

การนำข้อมูลต่าง ๆ มาใช้อย่างถูกต้องมีความจำเป็นต่อการตัดสินใจดำเนินการต่าง ๆ และเมื่อพบปัญหาต่าง ๆ ผู้สูงอายุต้องสามารถจัดการปัญหานั้น ๆ ได้อย่างครอบคลุม และไม่มีควมวิตกกังวลต่อปัญหานั้น ๆ สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ใหญ่มิคุณภาพก่อนเข้าวัยสูงอายุ^{2,17}

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ รายได้ การสูบบุหรี่ รายได้เมื่อเทียบกับภาระค่าใช้จ่าย การมีบุคคลอื่นที่ต้องดูแล และบทบาทในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่า P-value = 0.024, 0.044, 0.023, 0.009, 0.008 และ 0.000 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าวัยสูงอายุในแต่ละจังหวัด^{13,14,23} เนื่องจากอายุ 25-59 ปี จะเป็นช่วงวัยที่บ่งบอกถึงการเตรียมความพร้อมในการวางแผนอนาคตข้างหน้า หากมีการเตรียมความพร้อมตั้งแต่เริ่มต้นก็สามารถวางแผนจัดการอนาคตในวัยสูงอายุได้ ประกอบกับเป็นช่วงอายุ 40 ปี ขึ้นไปเป็นวัยของการทำงานเพื่อเลี้ยงชีพการมีรายได้จึงมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตและเริ่มมีความมั่นคงต่อการวางแผนการใช้ชีวิตจะเป็นช่วงที่มีการเตรียมความพร้อมก่อนวัยสูงอายุได้เป็นอย่างดี^{12, 20} และโดยรายได้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 10,000-15,000 บาท²⁴ และรายได้ต้องเพียงพอต่อการดำรงชีวิตในแต่ละเดือนซึ่งจะพบว่ารายได้ของประชากรมีความเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาการเตรียมความพร้อมและปัจจัยการเตรียมความพร้อมในผู้สูงอายุ²⁵ อาจเนื่องจากบทบาทหน้าที่ในครอบครัวที่วัยผู้ใหญ่เป็นวัยแห่งการเกื้อกูลและคนในครอบครัว เป็นช่วงของการยอมรับบทบาทหน้าที่ที่หลากหลายเพิ่มมากขึ้น การใช้จ่ายในครอบครัวจึงมีเพิ่มมากขึ้นจากการที่วัยผู้ใหญ่มีภาระหน้าที่ และบทบาทภายใน

ครอบครัวที่เพิ่มขึ้นจะเป็นผู้ที่มีการใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเช่นกัน^{8,10,12} แต่ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าวัยสูงอายุของข้าราชการด้านการศึกษาพบว่า อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว การดื่มแอลกอฮอล์ ค่าใช้จ่าย และสิ่งแวดล้อมไม่มีความสัมพันธ์ในการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าวัยสูงอายุ เนื่องจากกลุ่มประชากรมีความพร้อมต่อการดูแลตนเองในทุกด้านทั้งด้านการเงิน ที่อยู่อาศัย การงาน หรือการดูแลครอบครัวของตนเอง¹⁴ เพราะการงานที่มั่นคงย่อมส่งผลต่อการวางแผนชีวิตโรการดูแลตนเอง และสามารถวางแผนดูแลคนในครอบครัวได้อย่างครอบคลุม 6 อีกทั้งแรงสนับสนุนทางด้านสังคมที่มีความพร้อมจากอาชีพ¹³ ความคาดหวังการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าวัยสูงอายุมีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าวัยสูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีความสอดคล้องกับการศึกษาการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าวัยสูงอายุในกลุ่มอื่น ๆ ความคาดหวังการเตรียมความพร้อมประกอบด้วยด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ เศรษฐกิจและสังคม และสิ่งแวดล้อม สิ่งเหล่านี้มีผลต่อการวางแผนและการสร้างเจตคติที่ดีต่อการเป็นผู้สูงอายุ การศึกษาจะพบว่าความคาดหวังแต่ละด้านมีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมความพร้อมทั้งหมด^{23,25} การเจ็บป่วยทางด้านร่างกายมักมีผลต่อสภาพจิตใจเป็นอย่างมาก เพราะการเจ็บป่วยมักทำให้เกิดความวิตกกังวล กลัวการรักษา กลัวการเจ็บป่วยระยะยาว อาจส่งผลให้เกิดความลังเลต่อการรักษาและการใช้ชีวิต⁷ หากควบคุมอารมณ์และความกังวลหรือการทำให้สภาพจิตใจให้สงบ และจัดการปัญหาสุขภาพได้จะส่งผลต่อความสุขมากขึ้น การยอมรับชีวิตต้องมีความสุขและทุกข์ ความสมหวังและผิดหวัง ความสำเร็จและล้มเหลว และการได้มาเสียไปของสิ่งของและสิ่งมีชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย²¹ ที่ว่าการเป็น

ผู้สูงอายุที่ดีต้องได้รับการพัฒนาจิตวิญญาณเมื่อก่อนเข้าวัยสูงอายุ ซึ่งการพัฒนาทำให้เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์หรือสัมพันธ์ภาพของบุคคลรอบข้าง การวางตัวเป็นกลางในการทำงานในองค์กรที่ปฏิบัติ รวมถึงการวางแผนการทำงานร่วมกับผู้อื่นและปรับสภาพจิตใจของตนเองตามหลักศาสนาที่มีการสั่งสมมาเพื่อให้การทำงานลุล่วง^{11,21} การใช้ชีวิตที่มีความคาดหวังจะส่งผลต่อการวางแผนในการยอมรับและการปรับปรุงเมื่อความคาดหวังนั้นไม่บรรลุเป้าหมาย แต่ไม่สอดคล้องกับประวัติ บุญแสงส่ง และคณะ (2567)²² ที่ศึกษาการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าวัยสูงอายุในโรงงานอุตสาหกรรม พบว่า การเตรียมความพร้อมทางด้านจิตวิญญาณมีการเตรียมความพร้อมในระดับที่น้อยกว่าการเตรียมความพร้อมทางด้านเศรษฐกิจ²² อาจเป็นเพราะสังคมความเป็นอยู่และอาชีพที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อม⁸ ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ผู้ใหญ่มากกว่าทำงานการเกษตรมากกว่างานอุตสาหกรรม¹⁰ แต่อย่างไรการเตรียมความพร้อมทางด้านเศรษฐกิจและสังคมก็เป็นปัจจัยด้านหนึ่งที่มีส่วนในการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ²

ปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมในการศึกษานี้พบว่าอายุ โรคประจำตัว รายได้เมื่อเทียบภาระค่าใช้จ่าย และความคาดหวังเมื่อก้าวสู่วัยสูงอายุ สามารถทำนายการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าวัยสูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ <0.005 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าวัยสูงอายุ^{12,16} ความคาดหวังเมื่อก้าวสู่วัยสูงอายุเป็นปัจจัยที่ทำนายการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าวัยสูงอายุได้มาก ซึ่งความคาดหวังที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมมากที่สุดคือการเตรียมสิ่งแวดล้อมและมีความมั่นคงและความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม¹² เพราะการมีที่อยู่อาศัยที่ดีจะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตให้ปลอดภัยมีพลังอำนาจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ การสร้างความมั่นคงและความอบอุ่นทางครอบครัว สิ่งเหล่านี้ส่งผล

ให้สุขภาพกาย สุขภาพจิตและความมั่นคงทางรายได้ ต่ออาชีพที่ทำในระยะยาว²² ปัจจัยทางด้านอายุ เป็นปัจจัยรองที่สามารถทำนายการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าวัยสูงอายุ เพราะอายุสามารถบอกการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมของวัยก่อนสูงอายุได้ ประสพการณ์การทำงานและการแก้ไข ปัญหาต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตเป็นสิ่งที่มีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของแต่ละบุคคล อายุไม่ใช่เป็นเพียงตัวเลข แต่อายุเป็นสิ่งที่บอกถึงการเปลี่ยนแปลง การวางแผนในการใช้ชีวิต การมีประสบการณ์ในการใช้ชีวิต⁵ การแก้ปัญหาและการนำประสบการณ์ต่าง ๆ มาใช้ในการดำเนินชีวิตเพื่อให้มีความสุขและประสบความสำเร็จ แต่อายุที่เพิ่มมากขึ้นก็มักจะมาพร้อมกับความเจ็บป่วยซึ่งการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยพฤติกรรมส่วนความเครียดและการเปลี่ยนแปลงระบบต่าง ๆ ของร่างกายส่งผลให้เกิดโรคประจำตัวหรือการเจ็บป่วยเรื้อรังมักส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายและการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ทำให้พฤติกรรมในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมและปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น²²⁻²³ ความอ่อนแอภายในจิตใจมักเกิดจากการเงิน การใช้ชีวิตและการทำงานที่ทำให้โรคประจำตัวมีการเปลี่ยนแปลง หากสามารถปรับวิถีชีวิตและปรับการดูแลตนเองต่อการเจ็บป่วยของตนเองได้ก็จะทำให้การดำเนินชีวิตและการเตรียมปัจจัยด้านการมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในแต่ละเดือนมีความสำคัญในการใช้ชีวิตประจำวันเช่นกัน การมีความมั่นคงทางรายได้ การวางแผนทางการเงินส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงการวางแผนชีวิตประจำวัน เช่นเดียวกับความมั่นคงทางด้านสิ่งแวดล้อมที่มีความมั่นคงต่อที่อยู่อาศัย¹¹ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าวัยสูงอายุของผู้ใหญ่วัยกลางคน¹⁰ เพราะความมั่นคงของรายได้เป็นสิ่งนำพาการใช้ชีวิตในแต่ละวันแต่ละเดือนหากมีรายได้น้อยส่งผลต่อการใช้ชีวิต การจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวก

ความสะดวกเข้าบ้าน หากวัยผู้ใหญ่มีความสามารถในการจัดการวางแผนในชีวิตประจำวันมากจะส่งผลให้มีความสามารถในการวางแผนและการจัดการกิจกรรมด้านอื่น ๆ ได้อย่างเหมาะสมและมีความสุข¹¹

สรุปผลการวิจัย

การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่สังคมสูงวัยของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุมีการเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับมาก โดยมีปัจจัยด้านรายได้ อายุ การสูบบุหรี่ รายได้เมื่อเทียบกับภาระค่าใช้จ่าย มีบุคคลอื่นที่ต้องดูแล บทบาทในครอบครัว และความคาดหวังเมื่อก้าวสู่วัยสูงอายุมีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่สังคมสูงวัย และปัจจัยที่สามารถทำนายการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่สังคมสูงวัยของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุมีปัจจัยด้านความคาดหวังเมื่อก้าวสู่วัยสูงอายุ ด้านอายุ ด้านโรคประจำตัว และด้านรายได้ เมื่อเทียบกับภาระค่าใช้จ่าย ที่สามารถทำนายการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่สังคมสูงวัยของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ ดังนั้นรัฐ หรือหน่วยงาน ควรจัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าวัยสูงอายุด้านรายได้เมื่อเทียบกับภาระค่าใช้จ่าย สวัสดิการของรัฐหรือเอกชนด้านความมั่นคงและความปลอดภัยของที่อยู่อาศัย ส่งเสริมกิจกรรมเพื่อลดภาระหนี้สินและส่งเสริมเงินออมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าวัยสูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

1. **ด้านนโยบายรัฐ** ควรกำหนดส่งเสริมความมั่นคงทางเศรษฐกิจของวัยก่อนสูงอายุอย่างเป็น

ระบบ โดยการสร้างสมดุลระหว่างรายได้กับภาระค่าใช้จ่าย ส่งเสริมมาตรการลดภาระหนี้สิน และสนับสนุนระบบการออมระยะยาวเพื่อการเกษียณ ควบคู่กับการพัฒนาสวัสดิการด้านความมั่นคงและความปลอดภัย ทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน เพื่อรองรับการเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืน

2. **ด้านการปฏิบัติ** หน่วยบริการสุขภาพ ควรพัฒนากิจกรรมเสริมสร้างความรู้ ทักษะและแรงจูงใจในการวางแผนชีวิต โดยเน้นการปรับพฤติกรรมสุขภาพ การจัดการโรคประจำตัว และการวางแผนทางการเงินอย่างเหมาะสม ส่งเสริมความคาดหวังเชิงบวกต่อการเข้าสู่วัยสูงอายุ เพื่อเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองและการเตรียมความพร้อมในทุกมิติ และควรสนับสนุนบทบาทครอบครัว และชุมชนในการเป็นแหล่งเสริมแรงทางสังคมที่เข้มแข็ง

3. **ด้านการวิจัย** ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง เพื่อพัฒนา และประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างเป็นระบบ รวมถึงการศึกษาในระดับพื้นที่หรือบริบทที่แตกต่างกัน เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยเชิงโครงสร้าง และปัจจัยเชิงวัฒนธรรมที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมเตรียมความพร้อม

Reference

1. Department of Elderly Affairs. Knowledge for Preparing for Old Age. Amarin Printing and Publishing Public Company Limited, Bangkok; 2022. Thai.
2. Vorapon Kongsivaphisit, Kamolporn Kalyanamitra, Satit Niyomyaht, Tassanee Lakkanapichonchat. Quality and way of life of the elderly in Nakhon Ratchasima Province. Journal of Education MCU. 2021; 8(2), 301-316. Thai.
3. Ruttigan Archawabool, Benjayamas Pilayon, Kittiphoom Phinyo. Factors influencing preparation for

- aging among people aged between 50-59 years in Sakon Nakhon Municipality. NJPH. 2024; 34(1), 48-61. Thai.
4. Elizabeth C Halloran. Adult development and associated health risks. JPCRR. 2024; 11(1), 63.
 5. Muhammad Nateque Mahmood, Subas P Dhakal. Ageing population and society: a scientometric analysis. Quality & Quantity, 2023; 57(4), 3133-3150.
 6. Khunatpakorn Makkabphalanon, Worapanit Sukrapat, Jiraporn Peanprasit, Puntaree Pikulnee, Pramote Thangkratok. Selected factors related to health promoting behaviors among older adults of the elderly school in the community. Thai J. Cardio-Thorac Nurs. 2020; 31(2), 127-141. Thai.
 7. Kornkiao Rattanachankorn, Palinrada Thanapatthiwakul, Klaokorn Rattanachankorn, Development of Health Literacy among the Older Adults for Good Quality of Life. JNSCUT. 2023; 10(1). 85-97. Thai.
 8. Naresak Keawhuai, Supreecha Kaewsawat, Rewwadee Petsirasan, Chutarat Sathirapanya. Factors Influencing Preparedness among Pre-Elderly Population Living in Muang District, Suratthani Province. RHPC9Journal. 2022; 16(1). 172-185. Thai.
 9. Satiman Makchuchit, Kamonwan Suwan, Anuchit Klangman, Napat Nowat. Guidelines for Developing the Elderly's Quality of Life in Yala City Municipality Via Community-Based Learning Center. MNSTMedJ; 7(1), 142-159. Thai.
 10. Akasila Pansree. Factors Influencing the Preparation for Quality Aging Among the Population in Thung Luang Sub-district, Khiri Mat District, Sukhothai Province. JSTN. 2024; 5(4), 148-165. Thai.
 11. Sitthichai Chaikhan, Supanee Junsiri, Ratchanee Khumngoen, Teerawat Pimchai, Attapong Rittitit. Preparation for Entering the Aging Society of the Population in Bungwai Sub-District, Warin Chamrab District, Ubon Ratchathani Province. JHS. 2022; 31(4). 587-597. Thai.
 12. Pensri Gongsumrit, Wariya Buntong, Saowalak Toumcharoen. Preparing for Entering Aging Stage of Late Working Age Populations in Public Health Region 6. JHS. 2021; 30(2). 218-227. Thai.
 13. Wachakorn Nopnarin, Thanach Kanokthet. Factors influencing preparation for becoming Quality elderly people in Mueang District, Phitsanulok Province. Humanities and Social Sciences Journal of Pibulsongkram Rajabhat University. 2023; 17(1). 340-351. Thai.
 14. Nicharee Jaikhamwang, Anurak Panyanuwat, Niwat Ountapan, Thanakorn Thanawat, Anusorn Udplong, Thunchanok Intuwong. Readiness Preparation for Aging Approach of the Government Officials in Education, Uttaradit Province, HSJT. 2021; 30(3). 454-463. Thai.
 15. Kawintida Jeenmuang, Somsiri Decharat, Bhunyabhadh Chaimay, Somkiattiyos Woradet, Kusumarn Noipha. Preparing for transition into an aging society. JMPUBU. 2022; 8(1), 73-84. Thai.
 16. Lawrence Green, Marshall Kreuter. (2005). Health program planning: An educational and ecological approach. New York: McGraw-Hill. 2005; 4.
 17. Bandura Albert. Self-efficacy: The exercise of control. Macmillan. 1997.

18. Sadan Vathsala. "Data collection methods in quantitative research." IJCNE. 2017; 18(2). 58-63.
19. Prakai Chirojkul Preparation for Aging Among Middle-Aged Adults in Bang Phlat District, Bangkok. Bangkok: NRCT. 2017.
20. Junjira Semaming, Supat Assana. Factors Associated with the Preparedness of the Pre-Elderly Group in Udon Thani Province. RHPC9Journal. 2025; 19(3), 985-1000. Thai.
21. Rattigorn Chongvisal. (2021). Preparation for pre-ageing populations in the workplace: Spiritual health and psychological well-being development program. KJSS. 2021; 42(4), 761-769.
22. Prawit Boonsaengsong, Nisakorn Krungkraipetch, Chananchidadussadeen Toonsiri. Predicting Factors of the Preparation for Active Aging Among Workers in an Industrial Area, Nursing Journal CMU. 2024; 51(4). 27-39. Thai.
23. Thitima Thasuwanain, Saiphon Supasri, Warunee Phanwong, Varunya Manerut. Self-Care Behaviors and Self-Perceived Health Status among Older Adults in Muang Chiang Rai District, Chiang Rai Province. KJN. 2023; 30(2). 213-227. Thai.
24. Phakwarin Phattharasirisomboon, Thodsaporn Bunyanuson, Natrada Heakham, Thanyarat Phuchongchai. The level and factors related to the preparation for entering a high-quality elderly society among the pre-ageing population in Mueang District, Chaiyaphum Province. PHJBUU. 2022; 18(2), 1-16. Thai.
25. Narunart Yeanyong, Punthip Ramasuta, Wanasara Chaoniyom. Factors Related to Preparation for Entering Elderly of Pre-elderly People, Mueang District, Pathum Thani Province. PHJBUU. 2024; 19(1). Thai.

การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มีความเสี่ยง ฆ่าตัวตาย

นวนายก สมเพชร *

พย.ม. (สาขาวิชาสุขภาพจิตและจิตเวช)

จารุณี รัศมีสุวิวัฒน์**

พย.ด. (สาขาการพยาบาลศาสตร์)

(รับ: 21 มกราคม 2569, แก้ไข: 03 มีนาคม 2569, ตอรับ: 16 มีนาคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาและประเมินประสิทธิผลโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ (1) ศึกษาสถานการณ์ (2) พัฒนาโปรแกรมฯ และ (3) ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 1 คือ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อ 10 คน ผู้ดูแล 10 คน และพยาบาลวิชาชีพ 7 คน กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 3 คือ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 66 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 33 คน และกลุ่มควบคุม 33 คน เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (2) แบบประเมินปัญหาการติดเชื้อที่มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 (3) แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการที่มีความตรงด้านเนื้อหาเท่ากับ 0.93 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Wilcoxon signed-rank test และ Mann-Whitney U

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายมีมุมมองทางลบต่อปัญหา ใช้วิธีการแก้ไขปัญหาแบบหลีกเลี่ยง หรือหนี หลีกเลี่ยง และไม่มีแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา โปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ เป็นการบำบัดรายบุคคลจำนวน 8 ครั้ง ได้แก่ (1) ปรับเปลี่ยนแรงจูงใจ (2) ส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำ (3) สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการดื่มสุราและฆ่าตัวตาย (4) ให้ความรู้รูปแบบการบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหา (5) สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการแก้ปัญหาและวิธีการแก้ปัญหา และ (6-8) ฝึกปรับเปลี่ยนมุมมองและวิธีการจัดการปัญหา การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมฯ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มและความเสี่ยงฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองหลังสิ้นสุดโปรแกรมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -5.01$, และ $Z = -5.02$, $p < .01$ ตามลำดับ) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มและความเสี่ยงฆ่าตัวตายหลังสิ้นสุดโปรแกรมของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -6.87$, และ $Z = -4.20$, $p < .01$ ตามลำดับ)

คำสำคัญ: การบำบัดแบบบูรณาการ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อ การฆ่าตัวตาย

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสวนปรุง E-mail: nuynartsp@gmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสวนปรุง

Development of an Integrative Program for Patients with Alcohol Dependence Who were at Risk of Suicide

Nuaynart Somphet*

M.N.S (Psychiatric and Mental Health Nursing)

Jarunee Ratsamesuwiwat**

Ph.D (Nursing Science)

(Received: January 21, 2026, Revised: March 03, 2026, Accepted: March 16, 2026)

Abstract

This research and development aimed to study the situation, develop and evaluate the effectiveness of an integrative program for patients with alcohol dependence who were at risk of suicide. The study was conducted in three phases: (1) situational analysis; (2) program development; and (3) program effectiveness evaluation. The sample in phase 1 consisted of 10 patients with alcohol dependence, 10 caregivers, and 7 professional nurses. The sample in phase 3 composed of 66 patients with alcohol dependence who were at risk of suicide, randomly assigned to 33 patients in the experimental group and 33 patients in the control group. Data collection instruments included: (1) a demographic questionnaire, (2) the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) with a reliability coefficient of 0.86, and (3) the Suicide Assessment Form (8Q) with a reliability coefficient of 0.90. The research intervention was the integrative program for patients with alcohol dependence who were at risk of suicide, yielding a content validity index of 0.93. Data were analyzed using descriptive statistics, the Wilcoxon signed-rank test, and the Mann-Whitney U test.

The study found that the patients with alcohol dependence at risk of suicide had a negative view of their problems, used avoidance and impulsive coping mechanisms, and lacked of motivation to stop drinking. The integrative program consisted of 8 individual sessions: (1) motivation modification; (2) promoting self-care capabilities to prevent relapse; (3) providing education on alcohol consumption and suicide risk; (4) providing education on problem-solving therapy; (5) developing an understanding of problem-solving and problem-solving methods; and (6-8) training on cognitive reframing and problem-solving skills. The effectiveness evaluation of the program revealed that the mean scores of drinking behavior and suicide risk of the experimental group after ending the program were significantly lower than before the program ($Z = -5.01$, and $Z = -5.02$, $p < .01$, respectively). The mean scores of drinking behaviors and suicide risk of the experimental group after ending the program were significantly lower than the control group ($Z = -6.87$, and $Z = -4.20$, $p < .01$, respectively).

Keywords: Integrative Program, Patient with Alcohol Dependence, Suicide

* Registered Nurse, Suanprung Psychiatric Hospital. E-mail: nuynartsp@gmail.com

** Registered Nurse, Suanprung Psychiatric Hospital

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสำคัญทางคลินิก ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตติดยาที่เข้ารับการบำบัดรักษา ในโรงพยาบาล ความคิดฆ่าตัวตายหรือพฤติกรรม ฆ่าตัวตายเกิดขึ้นได้ทั้งในระยะเมาส์ราและระยะ พ้นหายจากโรค ผู้ป่วยมีเจตนาและตั้งใจที่จะทำร้าย ตนเองเพื่อให้จบชีวิตลงด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งโดยมีการ วางแผนหรือไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้าก็ได้ ที่ผ่านมามีรายงานระบุว่าผู้ป่วยโรคจิตติดยาเสี่ยงฆ่าตัวตาย ตลอดช่วงชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภท (schizophrenia) และผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทาง อารมณ์ (affective disorders)¹ สาเหตุการฆ่าตัวตาย ได้แก่ 1) มีภาวะเมาส์ราฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ทำให้ สูญเสียการควบคุมตนเอง พร่องการคิด ตัดสินใจ มีอารมณ์อ่อนไหวและถูกกระตุ้นได้ง่าย ความยับยั้ง ชั่งใจลดน้อยลง 2) การเปลี่ยนแปลงของสารสื่อ ประสาท catechol-O-methyl transferase (COMT) โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตติดยาที่มียีน Met allele ของ เอนไซม์ COMT มีพฤติกรรมก้าวร้าวและทำร้ายตนเอง มากกว่ากลุ่มที่ไม่มี 3) ระดับสาร serotonin ลดลง มีผลเพิ่มความก้าวร้าวและความหุนหันพลันแล่น² และ 4) มีภาวะที่มีอารมณ์เศร้าอย่างรุนแรง เครียด มีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนร่วมงานหรือคู่ชีวิต ใช้วิธีการ แก้ปัญหาไม่เหมาะสมจึงเกิดการฆ่าตัวตาย³ การฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคจิตติดยาเป็นปัญหายุ่ยาก ชับซ้อนที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อนักจิตวิทยา ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ โดยการฆ่าตัวตาย 1 คน เกิดผลกระทบต่อบุคคลใกล้ชิดอย่างน้อย 6 คนและ เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจนานถึง 4 ปี⁴ อีกทั้งการ ฆ่าตัวตายทำให้เสียชีวิต บาดเจ็บหรือความพิการ ทุพพลภาพ ขาดรายได้ สูญเสียโอกาสต่างๆ ในสังคม ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น และสูญเสีย เศรษฐศาสตร์เพิ่มขึ้น มีข้อมูลรายงานการเสียชีวิต จากการฆ่าตัวตายคิดเป็นมูลค่าทางเศรษฐกิจไม่น้อย

กว่า 5,500 ล้านบาทต่อปี และการฆ่าตัวตายแต่ ไม่สำเร็จและการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำมีมูลค่า มากถึง 100,000 ล้านบาทต่อปี⁵ ดังนั้นการป้องกัน และลดการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคจิตติดยาจึงเป็น ประเด็นสำคัญที่ต้องให้ความสำคัญและเร่งแก้ไขเพื่อ ลดผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมจากปัญหา ฆ่าตัวตาย

ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยโรคจิตติดยาที่เสี่ยงฆ่า ตัวตายในโรงพยาบาล ประกอบด้วย 1) คัดกรองความ เสี่ยงฆ่าตัวตายตั้งแต่แรกพบและประเมินต่อเนื่อง จนไม่พบความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 2) ดูแลเฝ้าระวังการ ฆ่าตัวตายตามระดับความเสี่ยงที่ประเมินพบ เช่น เสี่ยงฆ่าตัวตายสูงได้รับการดูแลแบบใกล้ชิดแบบ 1 ต่อ 1 ตรวจเยี่ยมทุก 15 นาที ดูแลให้อยู่ในสายตา เป็นต้น 3) บำบัดช่วยเหลือด้านจิตใจ เพื่อค้นหา ปัญหา สาเหตุที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย สอนทักษะการ แก้ไขปัญหา จัดการอารมณ์ ปรับเปลี่ยนความคิด ทางลบ และ 4) การติดตามดูแลภายหลังจากจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาลเพื่อให้คำปรึกษาการจัดการ สถานการณ์หรือตัวกระตุ้นทางอารมณ์ ความเครียด ที่อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย หรือกลับไปติดยาซ้ำ โดยเป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตติดยาที่ เสี่ยงฆ่าตัวตาย คือ ผู้ป่วยปลอดภัยจากการฆ่าตัวตาย ลดการติดยา และสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ตาม อัตรภาพ ทั้งนี้สถานการณ์การฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรค จิตติดยาในประเทศไทยยังเป็นประเด็นท้าทายของ บุคลากรสุขภาพ เนื่องด้วยผู้ป่วยโรคจิตติดยา มักมี พฤติกรรมทำร้ายตนเอง พยายามฆ่าตัวตาย ไปจนถึง ฆ่าตัวตายสำเร็จสูง ดังข้อมูลรายงานผู้ป่วยโรคจิตติดยา ที่เสี่ยงการก่อความรุนแรงโดยการฆ่าตัวตายด้วย วิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิตในเขตสุขภาพที่ 1-13 มาก ถึงร้อยละ 44.70 ซึ่งมากกว่าการก่อความรุนแรงโดย การทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรงหรือก่อความรุนแรง

ทำให้หวาดกลัวสะท้อนขวัญในชุมชน⁶ และพบว่าในปีงบประมาณ 2567 ผู้ป่วยโรคติดสุราในเขตสุขภาพที่ 1 ก่อความรุนแรงโดยการทำร้ายตนเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 79.30⁷ และผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนปรุงซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวชที่มีศักยภาพในการจัดการผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนทั้งพยาธิสภาพของโรค ปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ จากสถิติการเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในของผู้ป่วยโรคติดสุราในปีงบประมาณ 2566-2568 มีจำนวน 605 ราย 550 รายและ 624 ราย ตามลำดับ⁸ พบผู้ป่วยมีความคิดฆ่าตัวตายและหรือพยายามฆ่าตัวตายทั้งที่เกิดขึ้นก่อนมาโรงพยาบาลและประเณพบเมื่อเข้ารับการรักษาถึงร้อยละ 30-50 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความคิดฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่ โรคร่วมทางจิตเวช เคยมีความคิดและการพยายามฆ่าตัวตายก่อนมาโรงพยาบาล มีปัญหาหรือเหตุการณ์ในชีวิต 2 เหตุการณ์หรือมากกว่า 2 เหตุการณ์ขึ้นไป³ เมื่อถูกกระตุ้นจากสถานการณ์ปัญหามักแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยง และหรือแบบหนีห้นพ้วนเล่น จึงทำให้เกิดการทำร้ายตนเอง การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดสุราที่เสี่ยงฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย การประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตาย การดูแลใกล้ชิด ตรวจเยี่ยม สังเกตสัญญาณเตือน จัดเก็บอุปกรณ์ที่เสี่ยง และจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย และเมื่อผู้ป่วยพ้นจากระยะขาดสุรารุนแรง ได้รับการบำบัดช่วยเหลือด้านจิตใจ เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษา การให้คำปรึกษา และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และติดตามเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายต่อเนื่อง ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามยังพบว่า การช่วยเหลือจิตใจเป็นแบบแยกส่วนและมุ่งแก้ปัญหาเฉพาะเรื่องการดื่มสุรา ไม่มีการบำบัดเพื่อลดความเสี่ยงฆ่าตัวตายที่เป็นรูปธรรมชัดเจน

ซึ่งการลดพฤติกรรมการดื่มและการป้องกันการฆ่าตัวตายควรบูรณาการการบำบัดที่ผสมผสานทั้งการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) ร่วมกับการบำบัดทางความคิด (cognitive therapy)⁹ ที่ผ่านมามีรายงานการนำโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการโดยสหวิชาชีพที่ผสมผสานแนวคิดศิลปะบำบัด การสร้างแรงจูงใจ การใช้เทคนิคการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การให้ความรู้ การจัดการเวลารว่าง และทักษะการผ่อนคลายมาใช้ลดพฤติกรรมการดื่มในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช แต่ยังไม่พบโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการที่ใช้เพื่อลดการดื่มและลดการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคติดสุรา^{10,11} ดังนั้นเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราที่เสี่ยงฆ่าตัวตายเกิดประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการสนทนาสร้างแรงจูงใจของ Miller และ Rollnick¹² ที่มีองค์ประกอบสำคัญ คือ การสร้างความร่วมมือในการบำบัด (collaboration) การค้นหาสิ่งสำคัญในชีวิต (evocation) และให้อิสระในการคิดตัดสินใจ (autonomy) และขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska และ Diclemente¹³ มาบูรณาการใช้ร่วมกับแนวคิดการบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหา (Problem Solving Therapy) ของ D' Zurilla และ Nezu¹⁴ ที่เป็นการบำบัดทางความคิดรูปแบบหนึ่งที่กล่าวว่าการแก้ปัญหามี 3 องค์ประกอบ คือ มุมมองต่อปัญหา (Problem orientation) ทักษะในการแก้ปัญหา (problem-solving skills) และรูปแบบในการแก้ไข้ปัญหา (problem-solving styles) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุราที่เสี่ยงฆ่าตัวตาย โดยคาดว่าผลการศึกษานี้จะช่วยลดพฤติกรรมการดื่มและการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคติดสุรา และมีแนวทางการบำบัดทางจิตใจสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุราที่เสี่ยงฆ่าตัวตายที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพมาตรฐาน และปลอดภัยจากการฆ่าตัวตายต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อ

1. ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่เสี่ยงฆ่าตัวตาย
2. พัฒนาโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย
3. ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ได้แก่

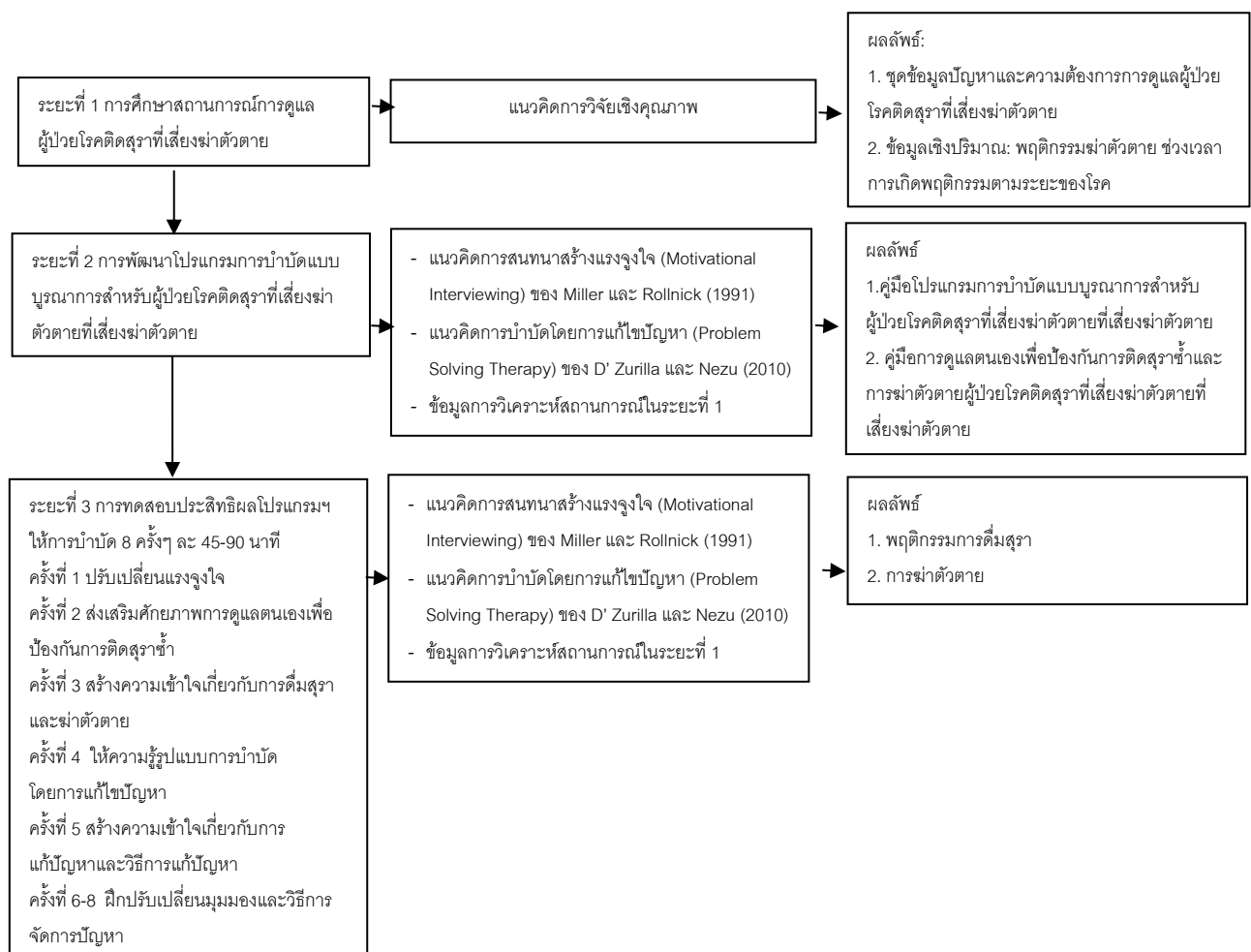
3.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดื่มและการฆ่าตัวตายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มี

ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย

3.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดื่มและการฆ่าตัวตายภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือนระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิด

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดการสนทนาสร้างแรงจูงใจของ Miller และ Rollnick¹² และแนวคิดการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหของ D' Zurilla และ Nezu¹⁴ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ประกอบด้วย (1) ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดเชื้อตามระบบการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (หมวด F10.0 – F10.9) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ 1.1 มีอายุ 18-59 ปี 1.2 ไม่มีอาการถอนพิษสุรา ประเมินโดยใช้แบบประเมินอาการถอนพิษสุรา (CIWA-AR) มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน 1.3 มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายประเมินโดยใช้แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถามมีคะแนนตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป และ 1.4 สื่อสารภาษาไทย สำหรับเกณฑ์คัดออก ได้แก่ มีปัญหาด้านการได้ยินและการพูด และมีความบกพร่องทางพุทธิปัญญา ซึ่งประเมินโดยแบบประเมินภาวะการรู้คิด (Montreal Cognitive Assessment: MoCA) ถ้าได้คะแนนน้อยกว่า 17 คะแนน จะคัดออก หรืออย่างไร ให้เขียนอธิบายเพิ่มเติมแบบสั้น และกระชับ (2) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่เสี่ยงฆ่าตัวตาย ได้แก่ สามี ภรรยา บุตร พี่น้อง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ มีอายุ 18 ปีขึ้นไปและสื่อสารภาษาไทย ส่วนเกณฑ์คัดออก ได้แก่ มีปัญหาด้านการได้ยินและการพูด ประเมินจากการสนทนาและสอบถามปัญหาด้านการได้ยินและการพูดกับผู้ดูแล และมีประวัติการเจ็บป่วยทางจิต หรือมีอาการติดเชื้อ และ (3) พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่เสี่ยงฆ่าตัวตาย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่เสี่ยงฆ่าตัวตายอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาแต่ละระยะ มีดังนี้

ระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย (1) ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดเชื้อตามระบบการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก

ฉบับที่ 10 (หมวด F10.0 – F10.9) จำนวน 10 คน (2) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่เสี่ยงฆ่าตัวตายจำนวน 10 คน และ (3) พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่เสี่ยงฆ่าตัวตาย จำนวน 7 คน โดยจำนวนกลุ่มตัวอย่างขึ้นอยู่กับความอิ่มตัวของข้อมูล (data saturation)

ระยะที่ 3 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดเชื้อตามระบบการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (หมวด F10.0 – F10.9) กำหนดขนาดตัวอย่างคำนวณจากตารางอำนาจการทำนาย (power analysis) โดยกำหนดอำนาจการทำนายที่ .90 นัยสำคัญ (significant level) ที่ .05 และขนาดผลกระทบ (effect size) ที่ขนาดมาก (large effect size) คือ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 33 คน จำนวนทั้งสิ้น 66 คน¹⁵

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือการเก็บข้อมูล แบ่งเป็น

1.1 เครื่องมือการเก็บข้อมูลในระยะที่ 1 ประกอบด้วย (1) แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคลสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่เสี่ยงฆ่าตัวตาย และ (2) แนวคำถามสนทนากลุ่มสำหรับพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่เสี่ยงฆ่าตัวตายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน และพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ 1 ท่าน หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำแนวคำถามไปทดลองใช้ในพยาบาลวิชาชีพ 3 คน เพื่อประเมินด้านความชัดเจนของข้อคำถามและการใช้ภาษา หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง และ (3) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ และพยาบาลวิชาชีพที่

วารสารกองการพยาบาล

ให้การดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา

1.2 เครื่องมือการเก็บข้อมูลในระยะที่ 3 ได้แก่ (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วยโรคติดสุราที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคติดสุรา จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล (2) แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use identification Test หรือ AUDIT) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย¹⁶ เป็นแบบสอบถาม มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ-มีคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน โดยมีค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-40 คะแนน แบ่งการแปลผลคะแนนออกเป็น 4 ระดับ คือ 0-7 คะแนน คือ ผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ 8-15 คะแนน คือ ผู้ดื่มแบบเสี่ยง 16-19 คะแนน คือ ผู้ดื่มแบบอันตราย และ 20-40 คะแนน คือ ผู้ดื่มแบบติด นำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่รับการรักษา ณ หอผู้ป่วยสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ และไม่ใช้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 10 คน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.86 (3) แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q เป็นแบบประเมินที่ใช้เพื่อแนวโน้มการฆ่าตัวตายของบุคคล เป็นแบบสอบถาม จำนวน 8 ข้อ แบบเลือกตอบว่า “มี” หรือ “ไม่มี” คะแนนรวม 52 คะแนน แบ่งการแปลผลคะแนนออกเป็น 4 ระดับ คือ 0 คะแนน คือ ไม่มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน 1-8 คะแนน คือ มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อย 9-16 คะแนน คือ มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับปานกลาง และมากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน คือ มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับรุนแรง¹⁷ นำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่รับการรักษา ณ หอผู้ป่วยสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่และไม่ใช้กลุ่ม

ตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 10 คน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.90

2. เครื่องมือวิจัย

2.1 โปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายที่พัฒนาขึ้นในระยะที่ 2 ของการวิจัย สำหรับใช้ในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการสนทนาสร้างแรงจูงใจของ Miller และ Rollnick¹² และแนวคิดการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหของ D' Zurilla และ Nezu¹⁴ เป็นการบำบัดแบบรายบุคคลจำนวน 8 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 ปรับเปลี่ยนแรงจูงใจ ครั้งที่ 2 ส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดสุราซ้ำ ครั้งที่ 3 สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการดื่มสุราและฆ่าตัวตาย ครั้งที่ 4 ให้ความรู้รูปแบบการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหา ครั้งที่ 5 สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการแก้ปัญหาและวิธีการแก้ปัญหา และครั้งที่ 6-8 ผูกปรับเปลี่ยนมุมมองและวิธีการจัดการปัญหา ระยะเวลา 45-90 นาทีต่อครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1-3 วัน รวมทั้งหมด 3 สัปดาห์ โปรแกรมฯ ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน นักจิตวิทยา 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ 3 ท่าน มีค่าความตรงด้านเนื้อหาเท่ากับ 0.93

2.2 โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายในกลุ่มควบคุมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การบำบัดแบบรายบุคคลจำนวน 8 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 รู้จักโรคติดสุราและความสำคัญของการรักษาต่อเนื่อง ครั้งที่ 2 ผลกระทบของการดื่มสุราเรื้อรัง ครั้งที่ 3 สาเหตุของการกลับไปดื่มสุราซ้ำ ครั้งที่ 4 การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับไปดื่ม ครั้งที่ 5 ความสัมพันธ์ของการดื่มกับการฆ่าตัวตาย ครั้งที่ 6 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในผู้ติดสุรา ครั้งที่ 7 การสังเกต

สัญญาณเตือนและการดูแลตนเองเพื่อห่างไกลจากการฆ่าตัวตาย ครั้งที่ 8 สรุปและบททวนการดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้าน ระยะเวลา 45-60 นาทีต่อครั้ง แต่ละครั้ง ห่างกัน 1-3 วัน รวมทั้งหมด 3 สัปดาห์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตสุราที่เสี่ยงฆ่าตัวตาย มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรคจิตสุราที่เสี่ยงฆ่าตัวตายและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 20 แพ้มเพื่อศึกษาพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ช่วงเวลาการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายตามระยะของโรค ได้แก่ ระยะขาดสุรา ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ระยะฟื้นฟูของโรค สาเหตุการฆ่าตัวตาย และการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตสุราที่เสี่ยงฆ่าตัวตาย หลังจากนั้นนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาจัดหมวดหมู่และสรุปประเด็น

2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกกรายบุคคลในผู้ป่วยโรคจิตสุรา 10 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตสุรา 10 คน และสนทนากลุ่มในพยาบาลวิชาชีพ 7 คน

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มมาถอดเทปคำต่อคำ จัดหมวดหมู่ข้อมูล และวิเคราะห์สรุปประเด็น

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรม

1. ทบทวนแนวคิดการสนทนาสร้างแรงจูงใจของ Miller และ Rollnick¹² และ แนวคิดการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหของ D' Zurilla และ Nezu¹⁴

2. ออกแบบโปรแกรมโดยนำข้อมูลที่ได้จากระยะวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตสุราที่เสี่ยงฆ่าตัวตายมาใช้ร่วมกับแนวคิดการสนทนาสร้างแรงจูงใจของ Miller และ Rollnick¹² และ แนวคิดการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหของ D' Zurilla และ Nezu¹⁴

นำโปรแกรมไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน และแก้ไขปรับปรุงในแต่ละ

ขั้นตอนให้มีความชัดเจนขึ้น เพื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคจิตสุราที่เสี่ยงฆ่าตัวตาย โปรแกรมมีความตรงด้านเนื้อหาเท่ากับ .93

ระยะที่ 3 การทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ณ หอผู้ป่วยสุราจำนวน 6 หอผู้ป่วย เพื่อชี้แจงโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ความเสี่ยงและประโยชน์การวิจัย หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย

2. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 66 คน ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 33 คน โดยทุกคนจะไม่ทราบว่าตนเองอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมเพื่อป้องกัน selection threat

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยให้การบำบัดโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยโรคจิตสุราที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายแบบรายบุคคลจำนวน 8 ครั้งๆ ละ 45-90 นาทีแต่ละครั้ง ห่างกัน 1-3 วัน รวมทั้งหมด 3 สัปดาห์แก่กลุ่มทดลองจำนวน 33 คน

4. ภายหลังเสร็จสิ้นการบำบัดในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยให้สุขภาพจิตศึกษาแก่กลุ่มควบคุม 33 คนจำนวน 8 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 รู้จักโรคจิตสุราและความสำคัญของการรักษาต่อเนื่อง ครั้งที่ 2 ผลกระทบของการดื่มสุราเรื้อรัง ครั้งที่ 3 สาเหตุของการกลับไปดื่มสุราซ้ำ ครั้งที่ 4 การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับไปดื่ม ครั้งที่ 5 ความสัมพันธ์ของการดื่มกับการฆ่าตัวตาย ครั้งที่ 6 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในผู้ดื่มสุรา ครั้งที่ 7 การสังเกตสัญญาณเตือนและการดูแลตนเองเพื่อห่างไกลจากการฆ่าตัวตาย ครั้งที่ 8 สรุปและบททวนการดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้าน ใช้เวลาครั้งละ 45-60 นาที แต่

ละครึ่ง ห่างกัน 1-3 วัน รวมทั้งหมด 3 สัปดาห์

5. ภายหลังเสร็จสิ้นการบำบัดครบตามโปรแกรม 1 เดือน ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบประเมินปัญหาการดื่มสุราและแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q

6. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q มาตรวจสอบความสมบูรณ์ ก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

จริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวนปรุงเลขที่ 21/2568 ลงวันที่ 21 พฤษภาคม 2568 หมดอาญการรับรอง วันที่ 20 พฤษภาคม 2569 ในกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงข้อมูลโครงการวิจัย ขั้นตอนและระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ ความเสี่ยงจากการวิจัยที่อาจเกิดขึ้นต่อกลุ่มตัวอย่าง การรักษาความลับของข้อมูล ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างจะมีอิสระในการตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยโดยปราศจากการบีบบังคับใดๆ และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยโดยไม่ต้องบอกเหตุผล กรณีที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับปานกลางและหรือระดับรุนแรง ผู้วิจัยจะแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบและขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการรายงานผลการประเมินให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยทราบทันทีเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตามแนวทางการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลในระยะที่ 1 นำไปวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยโรคติดสุราและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา และการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพ นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

2. ข้อมูลในระยะที่ 3 ดำเนินการดังนี้

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลนำไปวิเคราะห์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Chi-square

2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยปัญหาการดื่มสุราและการฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ และกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Matched Pairs Signed-Ranks

2.3 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยปัญหาการดื่มสุราและการฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลสวนปรุง

จากการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลสวนปรุงตามมุมมองผู้ป่วยโรคติดสุรา ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา และพยาบาลวิชาชีพ สรุปได้ดังนี้ (1) ผู้ป่วยโรคติดสุราที่เสี่ยงฆ่าตัวตายมีมุมมองทางลบต่อปัญหา โดยมองว่าปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นแก้ไขไม่ได้ มองปัญหาเป็นสิ่งที่คุกคามในชีวิต มีอารมณ์ทางลบ รับรู้ศักยภาพในการแก้ปัญหาของตนเองต่ำ สิ้นหวังในการแก้ปัญหา (2) ใช้วิธีการแก้ไขปัญหามาแบบหลีกเลี่ยง ผู้ป่วยโรคติดสุราที่เสี่ยงฆ่าตัวตายจะพยายามเลี่ยงออกจากความรับผิดชอบในการแก้ไขปัญหา รอให้ปัญหาจบลงด้วยตัวของมันเอง ไม่เผชิญปัญหาแก้ปัญหาโดยพึ่งสุรา มองว่าการดื่มช่วยให้ลืมความทุกข์ ความเจ็บปวดทางจิตใจ ช่วยให้สบายใจได้ชั่วคราว (3) ใช้วิธีการแก้ไขปัญหามาแบบหนีหน้า หล้น ผู้ป่วยโรคติดสุราที่เสี่ยงฆ่าตัวตายจะมองการ

แก้ปัญหาแบบทางเดียว เร่งรีบแก้ปัญหาแบบลวกๆ ตัดสินใจเร็ว ไม่คิดทบทวนหลายๆทาง ไม่ตรวจสอบ และประเมินผลลัพธ์ของการแก้ปัญหา ใช้ทางเลือกในการแก้ไขปัญหาโดยตี๋มสุราหรือทำร้ายตนเอง และ (4) ไม่มีแรงจูงใจในการเลิกตี๋ม โดยมีระดับแรงจูงใจอยู่ในขั้นเมินเฉยต่อปัญหาและขั้นลังเลใจในการลดหรือหยุดตี๋มสุรา ผู้ป่วยมองว่าตนไม่ได้ติดสุรา จะเลิกตี๋มเมื่อไหร่ก็ได้ ให้เหตุผลที่ยังตี๋มต่อเกิดจากเครียด โมโห โกรธ เคร้าต่อสถานการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน จึงทำให้จัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นด้วยการตี๋มและเมื่อตี๋มแล้วมักจะหยุดตี๋มไม่ได้ ส่วนใหญ่คิดว่าการตี๋มของตนเองไม่ทำให้เกิดปัญหากับตนหรือคนรอบข้าง

2. โปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย

โปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการฯ ประกอบด้วยการบำบัดแบบรายบุคคล 8 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 45-90 นาที แต่ละครั้งห่างกัน 1-3 วัน ได้แก่ ครั้งที่ 1 ปรับเปลี่ยนแรงจูงใจ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินและปรับเปลี่ยนแรงจูงใจในการลดหรือหยุดตี๋มสุรา โดยสนทนาสร้างความร่วมมือในการบำบัด ค้นหาสิ่งสำคัญในชีวิตหรือเป้าหมาย ชื่นชมความพยายามและความตั้งใจการดูแลสุขภาพและสิ่งสำคัญในชีวิต เชื่อมโยงเปรียบเทียบเป้าหมายกับพฤติกรรมการตี๋มในปัจจุบันเพื่อกระตุ้นเร้าให้ผู้ป่วยกล่าวข้อความจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการตี๋ม ครั้งที่ 2 ส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดสุราซ้ำ มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการวางแผนดูแลตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงการตี๋ม ฝึกการตั้งเป้าหมายทั้งระยะสั้นและระยะยาว ครั้งที่ 3 สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการตี๋มสุราและฆ่าตัวตาย มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการตี๋มกับการฆ่าตัวตายซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึง

ผลกระทบของการตี๋มและการฆ่าตัวตาย ครั้งที่ 4 ให้ความรู้รูปแบบการบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหา มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจรูปแบบการบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหาและเข้าใจความคิดและพฤติกรรมการตี๋มและการฆ่าตัวตายโดยใช้ Five dimension model ครั้งที่ 5 สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการแก้ไข้ปัญหาและวิธีการแก้ไข้ปัญหา มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาที่ทำให้ตี๋มสุราและหรือฆ่าตัวตาย เข้าใจมุมมองต่อปัญหาทางบวกและมุมมองต่อปัญหาทางลบ รูปแบบหรือวิธีการแก้ไข้ปัญหาแบบต่างๆ และครั้งที่ 6-8 ฝึกปรับเปลี่ยนมุมมองและวิธีการจัดการปัญหา มีวัตถุประสงค์เพื่อฝึกให้ผู้ป่วยได้เลือกปัญหาเพื่อนำมากำหนดเป้าหมายการแก้ไข้ปัญหาที่ชัดเจน ค้นหาทางเลือกในการแก้ไข้ปัญหาและตัดสินใจเลือกทางเลือกในการแก้ไข้ปัญหาที่เหมาะสม

3. ประสิทธิผลโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย

แบ่งออกเป็น 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2) พฤติกรรมการตี๋มและการฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุราที่เสี่ยงฆ่าตัวตาย และ 3) พฤติกรรมการตี๋มและการฆ่าตัวตายในระยะหลังสิ้นสุดการได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 33 คน และกลุ่มควบคุม 33 คน กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 87.88 อายุเฉลี่ย 43.61 ปี สถานภาพสมรสร้อยละ 42.42 ศึกษาในระดับปวช. หรือ ปวส. ร้อยละ 33.33 อาชีพรับจ้างร้อยละ 60.60 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 84.84 อายุเฉลี่ย 45.48 ปี สถานภาพโสดร้อยละ 51.51 ศึกษาในระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 27.27 อาชีพรับจ้างร้อยละ 42.42 เมื่อเปรียบเทียบเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา

และอาชีพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

3.2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มและการฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มและการฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองในระยะก่อนและหลังบำบัดโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มและการฆ่าตัวตายของกลุ่มควบคุม

ในระยะก่อนและหลังบำบัดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มและการฆ่าตัวตายในระยะหลังสิ้นสุดการได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และคะแนนเฉลี่ยการฆ่าตัวตายมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มและการฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

รายการ	กลุ่มทดลอง(n=33)		กลุ่มควบคุม(n=33)		Z	p value
	Mean	SD	Mean	SD		
พฤติกรรมการดื่ม					-6.87	< .01**
ก่อนทดลอง	33.15	2.61	30.03	2.32		
หลังทดลอง	10.55	4.39	21.39	4.39		
	Z -5.01, p value < .01		Z -4.77, p value < .01			
การฆ่าตัวตาย					-4.20	< .01**
ก่อนทดลอง	22.33	4.17	24.12	4.89		
หลังทดลอง	1.30	1.97	11.27	8.06		
	Z -5.02, p value < .01		Z -4.63, p value < .01			

** p value < .01

อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายนี้นพัฒนาขึ้นโดยใช้การวิจัยและพัฒนา 7 ขั้นตอนของกรมสุขภาพจิต¹⁸ ที่เริ่มจากการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราที่เสี่ยงฆ่าตัวตายและพบว่าผู้ป่วยโรคติดสุรา ผู้ดูแล และพยาบาลวิชาชีพมีมุมมองว่าผู้ป่วยโรคติดสุราที่เสี่ยงฆ่าตัวตายนี้นมีมุมมองทางลบ

ต่อปัญหาในชีวิต มองว่าปัญหาแก้ไขไม่ได้ และตัวเองไม่มีความสามารถเพียงพอในการจัดการกับปัญหาเหล่านั้น วิธีการจัดการปัญหาของผู้ป่วยใช้รูปแบบแบบหนีปัญหา เช่น ดื่มสุราเพราะเข้าใจว่าเมื่อเมาแล้วจะลืมความทุกข์ใจได้ มองว่าปัญหาที่เกิดขึ้นแก้ไขไม่ได้ ตนเองเป็นภาระกับคนใกล้ชิดถ้าไม่มีตนเองคนที่บ้านจะได้ไม่ลำบากและทำร้ายตัวเอง และใช้รูปแบบการแก้ปัญหาแบบหันหน้าพหลังเล่น เช่น โมโหอารมณ์

ไม่ได้จากการถูกตำหนิหรือไม่พอใจคนในครอบครัวก็เกรี้ยวกราดใส่ จะประชดประชัน บางครั้งใช้วิธีรุนแรงต่อย ชก ทำร้ายตนเองด้วยวิธีการต่างๆ บางคนออกนอกบ้านไปดื่มสุรา เมื่อเมาสุราจะกระตุ้นอารมณ์ทางลบเพิ่มมากขึ้นแล้วมักทำร้ายตัวเองหรือพยายามฆ่าตัวตายโดยไม่ได้ตั้งใจจะตาย นอกจากนี้การบริการพยาบาลเพื่อลดการดื่มและลดความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย เป็นแบบแยกส่วนที่มุ่งเน้นจัดการปัญหาเฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ยังไม่มีรูปแบบการบำบัดที่ชัดเจนในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาในปี 2023 ที่พบว่าการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราเกิดจากเครียดเรื่องงาน มีปัญหาความสัมพันธ์ที่ขัดแย้งกับคนใกล้ชิด ผู้ป่วยมองว่าการดื่มไม่ได้ก่อให้เกิดปัญหาเมื่อเจอปัญหาจะแก้ไขด้วยการดื่มสุรา คิดว่าการดื่มช่วยให้ออกจากปัญหา ลืมความทุกข์และความไม่สบายใจ มองว่าตนเองไม่มีพลังใจที่เข้มแข็งในการจัดการกับปัญหา คิดว่าตนเองเป็นคนไม่ดี รู้สึกอับอาย รับรู้ว่าตนเองแย่กว่าคนอื่น ไม่มีความสามารถ และไร้ประสิทธิภาพ¹⁹ เมื่อเผชิญกับปัญหาจึงดื่มสุรา ยิ่งดื่มมากขึ้นจะมีอารมณ์ทางลบเกิดขึ้น หนีปัญหาด้วยการพยายามฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยจะมองว่าการฆ่าตัวตายเป็นการหลุดพ้นจากปัญหาต่างๆ หลุดพ้นจากความทุกข์ทรมานใจ และไม่ต้องการให้ใครเดือดร้อน²⁰ หรือบางรายเมื่ออารมณ์ทางลบมากขึ้น หมกหมุ่นถึงปัญหาจะใช้วิธีการประชด หุนหันพลันแล่นและทำร้ายตัวเอง^{21,22} ซึ่งการช่วยเหลือเพื่อลดความเสี่ยงฆ่าตัวตายในผู้ติดสุราควรผสมผสานทั้งการบำบัดเพื่อลดการดื่มและฝึกทักษะการแก้ปัญหาจะช่วยลดความเสี่ยงการฆ่าตัวตายได้²³ จากปัญหาข้างต้นจึงได้มีการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายขึ้นโดยนำข้อมูลจากการวิเคราะห์สถานการณ์ มาใช้ร่วมกับแนวคิดการสนทนาสร้างแรงจูงใจของ Miller และ Rollnick¹² และ

แนวคิดการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหามาของ D Zurilla และ Nezu¹⁴ จนได้โปรแกรมที่เป็นการบำบัดแบบรายบุคคลจำนวน 8 ครั้งใช้เวลาครั้งละ 45-90 นาที แต่ละครั้งห่างกัน 1-3 วัน การบำบัดแต่ละครั้งประกอบด้วย 1) ปรับเปลี่ยนแรงจูงใจ 2) ส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดสุราซ้ำ 3) สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการดื่มสุราและฆ่าตัวตาย 4) ให้ความรู้รูปแบบการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหามา 5) สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการแก้ปัญหาและวิธีการแก้ปัญหา และ 6-8) ฝึกปรับเปลี่ยนมุมมองและวิธีการจัดการปัญหา เมื่อนำโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคติดสุราที่เสี่ยงฆ่าตัวตายพบว่า โปรแกรมช่วยลดพฤติกรรมกรรมการดื่มและลดความเสี่ยงฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคติดสุราได้ (ตารางที่ 1, 2 และ 3) ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า กิจกรรมตามโปรแกรมช่วยให้ผู้ป่วยโรคติดสุรามีความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการดื่มกับการฆ่าตัวตาย เกิดความตระหนักถึงผลเสียของการดื่มมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่ม สามารถวางแผนการดูแลตนเองเพื่อลดหรือหยุดดื่ม และนำแผนที่วางไว้ไปใช้ในชีวิตประจำวันอย่างเป็นรูปธรรม อีกทั้งผู้ป่วยได้ฝึกปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหาที่เข้ามาในชีวิตจากการมองปัญหาในทางลบไปสู่มุมมองต่อปัญหาทางบวก และฝึกทักษะการแก้ไขปัญหามีเหตุผล จึงทำให้เกิดทักษะการแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพ สามารถลดการดื่ม และลดความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของจาร์นันท์ คำชมภู และคณะ²⁴ ที่ศึกษาการบำบัดสุราแบบสั้นตามแนวคิดการสนทนาสร้างแรงจูงใจในผู้ติดสุราที่เสี่ยงฆ่าตัวตายจำนวน 16 คน ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ให้การบำบัดจำนวน 4-5 ครั้งแต่ละครั้งใช้เวลา 20-30 นาที ศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง ผลการศึกษาพบว่าผู้ติดสุราที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัว

ตายและมีพฤติกรรมการดื่มลดลง และการศึกษาที่ผสมผสานแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหามาใช้บำบัดเพื่อลดการใช้สารเสพติดในผู้มีความเสี่ยงใช้สารเสพติดที่เข้ารับบริการแผนกฉุกเฉินในแอฟริกาใต้ และพบว่าช่วยลดการใช้สารเสพติดในผู้มีความเสี่ยงใช้สารเสพติด²⁵

สรุปและข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้ได้ข้อค้นพบว่าโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายสามารถช่วยลดพฤติกรรมการดื่มสุราและลดความเสี่ยงฆ่าตัวตายได้ ซึ่งควรมีการนำโปรแกรม

ไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดสุราที่เสี่ยงฆ่าตัวตาย และเพิ่มการติดตามต่อเนื่องเพื่อกระตุ้นและเสริมสร้างแรงจูงใจในการหยุดดื่มและฝึกทักษะการแก้ไขปัญหที่เหมาะสมเพื่อให้พฤติกรรมเกิดความยั่งยืนต่อไป อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดในการนำโปรแกรมไปใช้ในเรื่องระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดที่อาจมีผลทำให้จำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ดังนั้นควรปรับลดจำนวนครั้งการบำบัดหรือปรับเปลี่ยนรูปแบบการบำบัดผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศหรือระบบบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพื่อให้เหมาะสมต่อไป

Reference

1. Sreelatha P, Haritha G, Ryali VSSR, Janakiraman RP. Alcohol dependence syndrome in suicide attempters: a cross-sectional study in a rural tertiary hospital. Arch Med Health Sci. 2019;7(2):195-200.
2. Patanon Kwansani. Review of knowledge on the relationship between alcohol consumption and suicide. J Somdet Chaopraya Inst Psychiatry. 2011;5(2):49-65. Thai.
3. Juthamas Nortun, Chanakan Jenjai, Chidchanok Ruengorn. Prevalence and factors associated with suicidal behavior in patients with alcohol-related mental health problems. Bangkok: Health Systems Research Institute; 2016. Thai.
4. Anugool Hoonngarm & Sombat Skulphan. Role of psychiatric nurses in risk management for preventing repeated suicide. EAU Heritage J Sci Technol. 2022;16(3):1-13. Thai.
5. Sombat Skulphan. Nursing care for patients with suicidal behaviour. Chiang Mai: Smart Coating and Service; 2021. Thai.
6. Medical Data Warehouse. SMIV patient data. HDC - Report; 2024. Thai.
7. Committee on the Care of People with Mental Health Problems from Alcohol. Guidelines for the care of people with mental health problems from alcohol. Chiang Mai: Suan Prung Psychiatric Hospital; 2025. Thai.
8. Suan Prung Psychiatric Hospital. Statistics of service users at Suan Prung Psychiatric Hospital, 2023–2025. Chiang Mai: Medical Records Division, Department of Mental Health; 2025. Thai.
9. Giesbrecht N, Farkouh EK, Pavalaghanthan H, Orpana H. Prevention of alcohol-related suicide: a rapid review. Drugs Educ Prev Policy. 2024;31(1):1-26.

10. Loogjun W, Bunsirimongkol B, Suriyachai S, Darakorn Na Ayutthaya P, Kornkamchairit K, Khunarak U. The effect of the integrated program on drinking behavior and psychotic symptoms in alcohol use disorders with co-occurring disorders patients. *J Nurs Div.* 2016;30(2):143-54.
11. Nimit Kaewarj, Suriya Sirisuk, Nujarin Bualakorn, Panurat Srimungkul. The effect of motivational interviewing with integrated program on alcohol consumption behaviour and psychotic symptoms in alcohol use disorders with schizophrenic patients. Nonthaburi: Mental Health Knowledge Base; 2020. Thai.
12. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people to change addiction behavior. New York: Guilford Press; 1991.
13. Prochaska JO, Diclemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol.* 1983;51(3):390-5. Available from: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>
14. D'Zurilla TJ, Nezu AM. Problem-solving therapies. In: Dobson KS, editor. *Handbook of cognitive-behavioral therapies.* 3rd ed. New York: Guilford Press; 2010.
15. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: principles and methods.* 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
16. Parithat Silpakit, Phannapha Kittirattanapaiboon. Alcohol problem assessment form: practice guidelines for primary care facilities. 2nd rev ed. Chiang Mai: Tansawan Paper Co., Ltd.; 2009. Thai.
17. Department of Mental Health. Manual for suicide prevention and assistance for people at risk. Khon Kaen: Ministry of Public Health; 2014. Thai.
18. Department of Mental Health. Manual of indicator explanations according to the performance agreement of agencies under the Department of Mental Health for fiscal year 2020 [Internet]. 2020 [cited 2025 Dec 5]. Available from: <https://dmh.go.th/intranet/p2563/files/คู่มือตัวชี้วัด%20ปี63.pdf>. Thai.
19. Singh G, Kazmi SSH. A qualitative study of the perception of alcohol dependence syndrome patients and their perspective towards cognitive therapy. *J Adv Res Sci Soc Sci.* 2023;6(1):314-27.
20. Pattrajit Sakda, Somkurn Joolakson, Wipawee Jantamattoogan, Khanuengnit Wichaidit, Gunyarat Saetung, Chutima Sukhou. Phenomenon of suicide attempts among alcohol-dependent patients treated at Suansaranrom Psychiatric Hospital, Surat Thani Province. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2011;25(2):102-16. Thai.
21. Guest R, Copello A, Michall M. Qualitative exploration of young people's experiences of attempted suicide in the context of alcohol and substance use. *PLoS ONE.* 2021;16(8):e0256915. doi: 10.1371/journal.pone.0256915.

22. Maeng SJ, Kang JH, Kang SK. Study of the emergence process of suicidal ideation among people with alcohol use disorder in South Korea. *J Soc Serv Res.* 2025. doi: 10.1080/01488376.2025.2550433.
23. Gilmore KA, Moore CJ, Nielsen KE, Fortson K, Ward-Ciesielski E. Mixed method examination of alcohol and suicidality among actively suicidal adults who engage in heavy episodic drinking. *Addict Behav.* 2024; 148:107938. doi: 10.1016/j.addbeh.2023.107938.
24. Jarunan Khamchompoo , Thida Rattanasombat, Nipha Yot-nga, Thananyaporn Charoenkittrakun Jarunan. Outcomes of brief therapy in alcohol-dependent patients at risk of suicide attending the outpatient department of Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital. *Thai J Suicide Prev.* 2021;2(1):58-68. Thai.
25. Sorsdahl K, Stein DJ, Corrigall J, Cuijpers P, Smits N, Myers B. The efficacy of a blended motivational interviewing and problem-solving therapy intervention to reduce substance use among patients presenting for emergency services in South Africa: a randomized controlled trial. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2015; 10:42. doi: 10.1186/s13011-015-0042-1.

ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการได้รับยากระตุ้นความดันโลหิตทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย

สุริย์พร กุมภาคม*	ปร.ด. (รัฐประศาสนศาสตร์)
บุญเรือน ชุ่มแจ่ม**	พ.ย.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่)
นฤมล อัจฉริยาการุณ***	พ.ย.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่)
วณิชชา เรืองศรี***	พ.ย.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่)
เกตุณรินทร์ บุญคล้าย*	พ.ย.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่)

(รับ: 23 มกราคม 2569, แก้ไข: 11 มีนาคม 2569, ตอรับ: 31 มีนาคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยากระตุ้นความดันโลหิตทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง รวมทั้งศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับยากลับ vasopressor ได้แก่ norepinephrine, epinephrine และ dopamine และยากลับ inotrope ได้แก่ dobutamine ทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ในหอผู้ป่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤต โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี คัดเลือกแบบเจาะจง กลุ่มละ 36 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนจากยา 4 ชนิด ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.88 และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานแบบพารามตริก (Independent t-test)

ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการเกิด phlebitis และ extravasation ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.607$, $p = 0.263$ และ $t = 0.439$, $p = 0.330$) อย่างไรก็ตาม กลุ่มทดลองมีแนวโน้มเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง โดยพบ phlebitis และ extravasation ร้อยละ 8.30 และ 13.90 ตามลำดับ ขณะที่กลุ่มควบคุมพบร้อยละ 16.70 ทั้งสองภาวะ นอกจากนี้ ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มทดลองลดลง โดยไม่พบ phlebitis ระดับ 4 และพบ extravasation ระดับ 4 เพียงร้อยละ 2.80

แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นแสดงศักยภาพในการลดอุบัติการณ์และความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยากระตุ้นความดันโลหิตทางหลอดเลือดดำส่วนปลายได้ ทั้งนี้ พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายในระดับมาก และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในทางคลินิกเพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

คำสำคัญ (Keywords) แนวปฏิบัติการพยาบาล, ภาวะแทรกซ้อน, ยากระตุ้นความดันโลหิต

* อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ Corresponding author; Email: ketnarin@bcnnv.ac.th

** พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการอิสระ กรรมการสมาคมเครือข่ายพยาบาลผู้ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

*** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

Effects of using the Clinical Nursing Practice Guideline for Preventing of Complications from Peripheral Intravenous Administration of Increased Blood Pressure Agents

Sureeporn Kumphakam*	D.P.A. (Public Administration)
Boonruan Chomchaem**	M.N.S. (Adult Nursing)
Narumon Atchariyakarun***	M.N.S. (Adult Nursing)
Wanitcha Ruangsri***	M.N.S. (Adult Nursing)
Ketnarin Bunklai*	M.N.S. (Adult Nursing)

(Received: January 23, 2026, Revised: March 11, 2026, Accepted: March 31, 2026)

Abstract

This quasi-experimental study aimed to evaluate the effects of a nursing practice guideline for preventing complications from peripheral intravenous administration of vasopressor and inotropic agents. The study compared the incidence of complications between a control group and an experimental group receiving care based on the guideline, and also examined nurses' satisfaction with its use. The sample consisted of patients receiving vasopressors (norepinephrine, epinephrine, and dopamine) and an inotrope (dobutamine) via peripheral intravenous lines in intensive and semi-critical care units at Nopparat Rajathanee Hospital. Participants were selected using purposive sampling, with 36 patients in each group. Data were collected using a complication record form for four medications, with a content validity index of 0.88. The intervention was a nursing practice guideline developed from a literature review. Data were analyzed using descriptive statistics and independent t-test.

The results showed no statistically significant differences in the incidence of phlebitis and extravasation between the two groups ($t = 0.607, p = 0.263$; $t = 0.439, p = 0.330$). However, the experimental group showed a lower incidence of complications, with phlebitis and extravasation rates of 8.30% and 13.90%, compared to 16.70% for both conditions in the control group. The severity of complications was also lower in the experimental group. No cases of grade 4 phlebitis were observed, and grade 4 extravasation occurred in only 2.80% of patients.

The findings indicate that the nursing practice guideline has the potential to reduce both the incidence and severity of complications, although it does not eliminate them completely. Nurses reported a high level of satisfaction with the guideline. The guideline may be applied in clinical practice to improve patient safety and the quality of nursing care.

Keywords : Nursing practice guideline, complication, increasing blood pressure agents

* Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Nopparat Vajira. Corresponding author; Email: ketnarin@bcnnv.ac.th

** Professional Nurse, Independent Scholar, Board Member of the Intravenous Nurse Network Association

*** Professional Nurse, Nopparat Rajathanee Hospital

บทนำ

ประเทศไทยพบอัตราการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ (Phlebitis) ร้อยละ 8.81¹ ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของปาจารย์ คักดีวาลีสกุล พบอัตราการเกิด Phlebitis สูงถึงร้อยละ 12.96² ในต่างประเทศมีการศึกษาวิจัยเชิงสังเกตจากเวชระเบียนกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 368 ราย ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย 1,428 ครั้ง พบอัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ (Phlebitis) และภาวะการรั่วซึมของสารที่มีฤทธิ์ทำลายเนื้อเยื่อออกนอกหลอดเลือดดำส่วนปลาย (Extravasation) ร้อยละ 44 และ 16.3 ตามลำดับ³ การบริหารยากระตุ้นความดันโลหิต (Vasopressors) ทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะการรั่วซึมออกนอกหลอดเลือด (Extravasation) และเกิดเนื้อเยื่อตาย (Tissue necrosis) พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ต่อภาวะฉุกเฉินที่คุกคามชีวิตผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤต การรักษาทางการแพทย์ที่สำคัญและเร่งด่วน คือ การบริหารยากระตุ้นความดันโลหิต (vasopressors และ inotropes) เพื่อรักษาระดับความดันโลหิตและเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงอวัยวะที่สำคัญ ยาที่ใช้บ่อยในกลุ่มนี้ ได้แก่ Norepinephrine, Epinephrine, Dopamine และ Dobutamine โดยในระยะฉุกเฉินที่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (central venous catheter) การบริหารยาเหล่านี้จึงมีความจำเป็นต้องให้ผ่านทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย (peripheral intravenous catheter) เป็นการชั่วคราวเพื่อชีวิต การบริหารยากระตุ้นความดันโลหิตทางหลอดเลือดดำส่วนปลายมีความเสี่ยงสูงมากต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากยาแต่ละชนิดมี

คุณสมบัติที่ทำให้หลอดเลือดหดตัวอย่างรุนแรง (potent vasoconstriction) ระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อสูง ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย ได้แก่ ภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ (phlebitis) และที่ร้ายแรง คือ การรั่วซึมออกนอกหลอดเลือด (extravasation) ซึ่งหากจัดการไม่ทันท่วงที อาจลุกลามจนทำให้เนื้อเยื่อตาย (tissue necrosis) และสูญเสียอวัยวะได้² จากการศึกษาทบทวนงานวิจัยด้านสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง อุบัติการณ์ Phlebitis ในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ของจุติพร ปฐมจารุวัฒน์ ในกลุ่มที่ได้รับยาความเสี่ยงสูง ได้แก่ ยาปฏิชีวนะ ยาเพิ่มการบีบตัวของหลอดเลือด ยาที่มีความเป็นกรดต่างสูง (Hyperosmolality) เช่น Amiodarone พบภาวะ Extravasation ร้อยละ 55.17⁴ นอกจากนี้พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิด Extravasation มี 3 ด้าน คือ 1) ด้านผู้ป่วย เช่น อายุ เพศ โรคร่วม ระดับความรู้สึกตัว ระยะเวลาการคาเข็มให้สารน้ำ 2) ด้านบุคลากร เช่น ความรู้ ทักษะ ความสามารถในการแทงเข็ม คุณสมบัติของยาและสารน้ำ ประสิทธิภาพ และจำนวนครั้งของการเปิดเส้น สมรรถนะในการบริหารจัดการ การเฝ้าระวัง และ 3) ด้านคุณสมบัติความเข้มข้นของยาและสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือด จำนวน ระยะเวลาในการให้⁵ นอกจากนี้การศึกษาถึงปัจจัยทำนายการเกิด Phlebitis ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดสมุทรสงคราม ที่รับยามีฤทธิ์ระคายเคืองต่อหลอดเลือดดำ พบว่า ระยะเวลาการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำกับการเกิด Phlebitis มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.05$) ตำแหน่งการให้สารน้ำบริเวณขาส่วนล่าง ข้อเท้าด้านใน และหลังเท้ากับการเกิด Phlebitis มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.05$)² และพบอุบัติการณ์

Phlebitis จากการได้รับยานอร์อิพิเนฟรีน ร้อยละ 12.96² ระยะวันนอนโรงพยาบาล 10-19 วัน และ 20-29 วันมีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p=.0483$) และ ($p=.0098$) ตามลำดับ ยาปฏิชีวนะ สารละลายที่ใช้ และยา Corticosteroids มีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p=.0288$), ($p=.0362$) และ ($p=.0214$) ตามลำดับ⁶

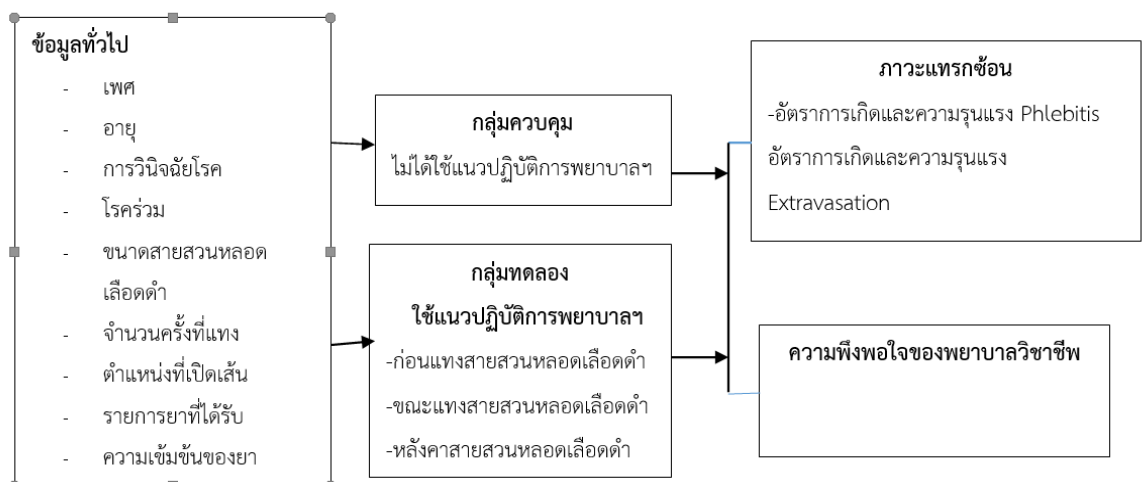
จากการทบทวนงานวิจัยด้านแนวทางการป้องกันและการจัดการกรณีเกิด Phlebitis มีการศึกษาพบว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกัน Phlebitis จากการได้รับยานอร์อิพิเนฟรีน ที่พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ การใช้นวัตกรรมเจลวุ้นทางจะเข้ลดอุบัติการณ์หลอดเลือดดำอักเสบได้ โดยจุดเด่นที่สำคัญของแนวปฏิบัตินี้ คือ การกำหนดให้มี การทาเจลวุ้นทางจะเข้ บริเวณตำแหน่งที่แทงเข็มเพื่อให้ยาตั้งแต่เริ่มแรก พบว่ามีส่วนสำคัญในการช่วยป้องกันและบรรเทาความรุนแรงของการอักเสบได้เป็นอย่างดี ส่งผลให้เกิดหลอดเลือดดำอักเสบ ลดลง 2.25 เท่า ($OR = 2.25$, 95% CI 0.51-9.99) พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจ ในการใช้แนวปฏิบัติฯ ในระดับมาก ร้อยละ 100 และสามารถนำแนวปฏิบัติดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในยากลุ่มเสี่ยงสูง⁷ นอกจากนี้มีการศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด Phlebitis ในผู้ป่วยที่ได้รับยา Norepinephrine พบอุบัติการณ์การเกิดน้อยลง จากร้อยละ 20.00 เป็น ร้อยละ 3.30 วิเคราะห์อัตราส่วนความเสี่ยง (OR) พบอุบัติการณ์น้อยลง 0.14 เท่า (95% CI: 0.02-1.22)⁸ สอดคล้องกับงานวิจัยประสิทธิผลการใช้แนวทางปฏิบัติการป้องกันการอักเสบของหลอดเลือดดำ จากการใช้ยากระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือด หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ พบว่า

เกิด Phlebitis ลดลงจาก ร้อยละ 1.93 เป็นร้อยละ 1.70⁹ และจากการศึกษาเปรียบเทียบการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยรับยาทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย และการใช้เจลวุ้นทางจะเข้ ทาบบริเวณที่เปิดหลอดเลือดดำส่วนปลายในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับ 10%DN/2 1000 ml ร่วมกับ Addamel 1 ขวด และ Aminosol 500 ml พบว่า กลุ่มที่ใช้เจลวุ้นทางจะเข้ จำนวนและระดับความรุนแรงของการเกิด Phlebitis น้อยกว่ากลุ่มควบคุมหลังจากชั่วโมงที่ 16 ทุกช่วงเวลา ที่ศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) พบว่า เจลวุ้นทางจะเข้มีประโยชน์ทางยาเป็นสารที่ออกฤทธิ์เป็น Glycoprotein ชื่อ Aloctin A ลดการอักเสบ และเพิ่มการเจริญทดแทนของเนื้อเยื่อที่แผล¹⁰ จากข้อมูลในต่างประเทศ พบว่ามีการทดลองทางคลินิกอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผลของใช้ครีมหรือเจลวุ้นทางจะเข้ต่อการป้องกันและการรักษาแผลบนผิวหนัง พบว่า สามารถรักษาลดการอักเสบของแผลไฟไหม้ แผลหลังผ่าตัด หัวนมแตก สะเก็ดเงินแผลเรื้อรัง รวมทั้งแผลกดทับ สามารถรักษาความชุ่มชื้นและความสมบูรณ์ของผิวช่วยส่งเสริมให้แผลหายเร็วขึ้น¹¹ สอดคล้องกับการศึกษา การใช้เจลวุ้นทางจะเข้ สามารถลดการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ ระดับ 2,3 ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{12,13} ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการนำเจลวุ้นทางจะเข้มาเป็นส่วนหนึ่งของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการได้รับยากระตุ้นความดันโลหิตทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย โดยทาเจลวุ้นทางจะเข้ 0.3 มิลลิเมตร ตามแนวหลอดเลือดที่แทงสายสวนหลอดเลือดดำเหนือบริเวณที่ปิดแผ่นฟิล์มใสปราศจากเชื้อความยาว 10 เซนติเมตร โดยทาเจลทันทันทีหลังแทงสายสวน และทาซ้ำทุก 8 ชั่วโมง

วารสารกองการพยาบาล

โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับตติยภูมิ ขนาด 595 เตียง ในปี 2565-2567 พบอัตราการเกิด Phlebitis 1,039, 1,070 และ 1,001 ครั้ง ตามลำดับ โดยพบมากสุดในกลุ่มยากระตุ้นความดันโลหิต ได้แก่ Dobutamine, Dopamine, Norepinephrine, Epinephrine และยาปฏิชีวนะที่ให้ทางหลอดเลือดดำ ตำแหน่งที่มีการอักเสบมากที่สุด คือ Cephalic vein และส่วนใหญ่พบในเพศชาย¹⁴ และจากการสำรวจความชุกที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ในวันที่ 30 สิงหาคม 2567 พบว่า อัตราการเกิด Phlebitis และ Extravasation ร้อยละ 2.27 และ 1.02 ตามลำดับ โดยพบ Extravasation ระดับ 3-4 ในกลุ่มยากระตุ้นความดันโลหิต¹⁴ มีการใช้วิธีปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ (Work Instruction: WI) ซึ่งเป็นแนวทางในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำโดยทั่วไป แต่ยังไม่มีความเฉพาะสำหรับการบริหารยาทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ในยากลุ่มเสี่ยงสูงและยาที่มีฤทธิ์ทำลายเนื้อเยื่อเมื่อรั่วซึมออกนอกหลอดเลือด ผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญ

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

และผลกระทบการเกิดภาวะแทรกซ้อน จึงมีสนใจในการพัฒนาและใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยากระตุ้นความดันโลหิตทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือลดระดับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน และเพื่อให้เกิดมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล ดังภาพที่ 1

คำถามการวิจัย

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยากระตุ้นความดันโลหิตทางหลอดเลือดดำส่วนปลายที่พัฒนาขึ้นสามารถลดอัตราการเกิด Phlebitis, Extravasation ได้หรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อ

1. เปรียบเทียบอัตราการเกิด Phlebitis, Extravasation และระดับความรุนแรง ในกลุ่มควบคุม กับกลุ่มทดลองที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ
2. ศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) นี้ดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม คือ

1) ผู้ป่วยที่ได้รับยากระตุ้นความดันโลหิตในกลุ่ม Vasopressor: Norepinephrine, Epinephrine, Dopamine และยากลุ่ม Inotrope: Dobutamine ทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ในหอผู้ป่วย CCU, MICU, SICU, Semi MICU ชายและหญิง ที่ได้รับการดูแลทั่วไป (กลุ่มควบคุม) และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ (กลุ่มทดลอง) ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2568- 30 กันยายน 2568 หรือเมื่อได้กลุ่มตัวอย่างจนครบ โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power (เวอร์ชัน 3.1.9.7) โดยใช้หลักการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) กำหนดระดับความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 (Alpha error) ที่ระดับ .05 สำหรับการทดสอบสมมติฐานแบบทางเดียว (One-tailed test) กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ .81 และกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.65 ซึ่งอ้างอิงจากการทบทวนวรรณกรรมการใช้โปรแกรมการพยาบาลเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบ^๑ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน ทั้งนี้เพื่อป้องกันการสูญหาย ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 36 คน รวมเป็น 72 คน

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากกลุ่มประชากร โดยมีเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินจากแพทย์ว่ามีความจำเป็นต้องได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต (Norepinephrine) ผ่านทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย

(Peripheral IV) 3) ผู้ป่วยหรือญาติ (ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว) ยินดีและเต็มใจลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์คัดออก ดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ (Phlebitis) หรือมีการติดเชื้อบริเวณผิวหนังที่แขนอยู่ก่อนแล้ว 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Central Venous Catheter: CVC) หรือเตรียมเปลี่ยนไปใช้ CVC ภายใน 24 ชั่วโมง 3) ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้เจลว่านหางจระเข้ (Aloe Vera) หรือส่วนประกอบในผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในการวิจัย 4) ผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงอย่างรุนแรงและแพทย์พิจารณาให้ยุติการรักษา

2) พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย ทั้ง 5 หอผู้ป่วย เนื่องจากเป็นการทดลองใช้แนวปฏิบัติจึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจากกลุ่มประชากร 95 คน และเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของแนวปฏิบัติ ที่พยาบาลวิชาชีพนำไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยแบบแบ่งแยกช่วงเวลา ดังนี้ ระยะที่ 1 (กลุ่มควบคุม): ดำเนินการเก็บข้อมูลอุบัติการณ์และผลลัพธ์ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานเดิม ให้เสร็จสิ้นสมบูรณ์ก่อนในทุกหอผู้ป่วย โดยยังไม่มีเปิดเผยหรือฝึกอบรมแนวปฏิบัติใหม่ให้แก่พยาบาลวิชาชีพบนหอผู้ป่วย ระยะที่ 2 (กลุ่มทดลอง): เมื่อเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น พร้อมการใช้เจลว่านหางจระเข้ ให้แก่กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ จากนั้นจึงเริ่มนำแนวปฏิบัติใหม่ไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มทดลอง และทำการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพเมื่อสิ้นสุดโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลในการให้สารน้ำและยากระตุ้นความดันโลหิต ของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ที่

วารสารกองการพยาบาล

ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ก่อนแทงสายสวนหลอดเลือดดำ มีขั้นตอน ดังนี้

- 1) ตรวจสอบแผนการรักษาของแพทย์
- 2) เตรียมความพร้อมผู้ป่วยด้านร่างกาย และจิตใจ
- 3) เตรียมความพร้อมรบบบริหารสารน้ำ ตามมาตรฐาน
- 4) เตรียมสารน้ำ ชุดให้สารน้ำ และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง
- 5) ล้างมือ ครบ 6 ท่า 11 ขั้นตอน สวมถุงมือสะอาด และใช้หลัก ANTT ใหม่
- 6) ประเมินผู้ป่วย: เป็นกลุ่มหาเส้นเลือดยาก (difficult intravenous access: DIVA) หรือไม่ ถ้าใช่ ให้ปฏิบัติตามแนวทางการแทงสายสวนหลอดเลือดดำ กลุ่มผู้ป่วยหาเส้นเลือดยาก
- 7) เลือกหลอดเลือดดำ: ที่มีขนาดใหญ่ บริเวณแขน หลีกเลียงบริเวณขา นิ้วมือ บริเวณที่มีการเคลื่อนไหว เช่น ข้อพับ ข้อมือ และตำแหน่งที่เคยเกิดรอยแผล เป็นต้น
- 8) เลือกสายสวนหลอดเลือดดำ: ที่มีขนาดและความยาวเหมาะสมกับขนาดและความยาวของหลอดเลือดดำของผู้ป่วย

ระยะที่ 2 ขณะแทงสายสวนหลอดเลือดดำ

- 1) ทำความสะอาดผิวหนัง (Scrub with friction): เช็ดถู ด้วย 2% CHG in 70% Alcohol/70% Alcohol รอจนแห้ง
- 2) ไม่แทงสายสวนหลอดเลือดดำในตำแหน่งเดิมมากกว่า 1 ครั้ง กรณีแทงไม่ได้ 2 ครั้งปรึกษาผู้ที่เชี่ยวชาญกว่า
- 3) ยึดตรึงและปิดตำแหน่งที่แทงสายสวนหลอดเลือดดำด้วยแผ่นฟิล์มใสปราศจากเชื้อ ระบุวัน เดือน ปี ครบเปลี่ยน (96 ชั่วโมง) และชื่อผู้แทง

4) ทาเจลวุ้นทางจะเข้า 0.3 มิลลิเมตร ตามแนวหลอดเลือดที่แทงสายสวนหลอดเลือดดำ เนื้อบริเวณที่ปิดแผ่นฟิล์มใสปราศจากเชื้อความยาว 10 เซนติเมตร โดยทาทันทีหลังแทงสายสวน และซ้ำทุก 8 ชั่วโมง

5) บันทึกข้อมูล: ขนาดสายสวนหลอดเลือดดำ จำนวนครั้งที่แทง ตำแหน่ง วัน เดือน ปี เวลา ยาที่ใช้ ความเข้มข้น ชื่อผู้แทงสาย

ระยะที่ 3 หลังคาสายสวนหลอดเลือดดำ

1) ประเมินอาการ อาการแสดงผิวหนัง ตำแหน่งที่ให้ยา/สารน้ำ ทุก 1-2 ชั่วโมง โดยประเมินด้วยสายตา การสัมผัสเบาๆ และสอบถามอาการ ได้แก่ สีผิว ลักษณะผิวหนัง อุณหภูมิ ความไม่สบาย เช่น สีผิวแดง ชีต บวม ตึง ร้อน เย็นปวด แสบ เป็นต้น โดยเปรียบเทียบกับอีกข้างที่ไม่ได้ให้

2) ทาเจลวุ้นทางจะเข้า 0.3 มิลลิเมตร ตามแนวหลอดเลือดที่แทงสายเหนือบริเวณที่ปิดแผ่นฟิล์มใสปราศจากเชื้อความยาว 10 เซนติเมตร ทุก 8 ชั่วโมง

3) ประเมินการทำงานของสายสวนหลอดเลือดดำ ก่อนให้ ยา/สารน้ำ โดยดูหลอดเลือดพบมีการย้อนกลับของเลือด และไม่พบแรงต้านขณะล้างสายสวน ถ้าผิดปกติให้เปลี่ยนตำแหน่ง

4) เปลี่ยนแผ่นฟิล์มใสปราศจากเชื้อ 96 ชั่วโมง หรือเมื่อไม่สะอาด เปียกชื้น หลุดออก

5) เปลี่ยนสายสวนหลอดเลือดดำ และชุดให้สารน้ำทุก 96 ชั่วโมง หรือเมื่อมีข้อบ่งชี้

6) ยุติการให้สารน้ำเมื่อพบภาวะแทรกซ้อน Phlebitis, Extravasation และปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน ลงบันทึกในบันทึกทางการพยาบาล และรายงานความเสี่ยง

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล ประกอบด้วย

- 1) แบบเก็บข้อมูลภาวะแทรกซ้อนจากการ

วารสารกองการพยาบาล

ใช้ยา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) =0.88

2) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยประยุกต์จาก การศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย¹⁵ ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล 4 ข้อ และข้อมูลเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ 10 ข้อ ใช้มาตราวัด 5 ระดับ คือ พึงพอใจน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด แปลและประเมินผลตามเกณฑ์มาตรฐานอยู่ที่ ร้อยละ 80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สืบค้นเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ศึกษาความเป็นไปได้ ตรวจสอบความถูกต้องทางวิชาการ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อเขียนโครงร่างวิจัย ขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์

2. นำเสนอต่อผู้บริหารโรงพยาบาล นพรัตนราชธานี กระบวนการเพื่อขอความยินยอมจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล เมื่อได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บข้อมูล ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯที่พัฒนาขึ้นมา

3. เข้าพบผู้ร่วมวิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย CCU, MICU, NSICU, SICU, Semi MICU ชายและ Semi MICU หญิง เพื่อชี้แจงการดำเนินการวิจัย วัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการและเก็บข้อมูลการวิจัย ปฏิบัติตามนโยบายขององค์กรพยาบาล ในด้านการพยาบาลผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย และการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง

4. ใช้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทาง

หลอดเลือดดำส่วนปลายแบบเดิม เก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุม ให้ครบจำนวน ประเมินภาวะแทรกซ้อน Phlebitis, Extravasation rate และระดับความรุนแรง

5. ผู้วิจัยจัดอบรม ให้ความรู้กับพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง เรื่องแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น การบริหารยาทั้ง 4 ชนิด ทั้ง 6 หอผู้ป่วย และประเมินภาวะแทรกซ้อน อบรมทั้งหมด 3 รุ่น แต่เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพบางคน ติดภารกิจ เช่น ลาศึกษาต่อ อบรม ลาคลอดบุตร ลากิจ ลาป่วย เข้ารับการอบรมได้ 76 คน จากทั้งหมด 95 คน คิดเป็นร้อยละ 80

6. ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยากระตุ้นความดันโลหิตทางหลอดเลือดดำส่วนปลายที่พัฒนาขึ้น เก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง ให้ครบจำนวน และประเมินภาวะแทรกซ้อน Phlebitis, Extravasation rate และระดับความรุนแรง

7. ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ต่อ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ที่นำมาใช้

8. เมื่อได้รับข้อมูลครบถ้วน ลงรายละเอียดในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ต่อไป

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาจริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เลขที่ 13/2568 ลงวันที่ 15 พฤษภาคม 2568 พัททษสิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ผลดี ผลเสีย โดยให้อิสระ และความสมัครใจในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย การตอบรับปฏิเสธ หรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัย ไม่มีผลกระทบใดๆ ผู้วิจัยมุ่งเน้นการทำประโยชน์และป้องกันความเสี่ยงสูงสุดแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย โดยมีการเฝ้าระวังและประเมินตำแหน่งที่แทงสายสวนหลอดเลือด

เลือดดำส่วนปลายอย่างใกล้ชิด เมื่อประเมินพบหลอดเลือดดำอักเสบ ผู้วิจัยจะยุติการทดลองในผู้ป่วยรายนั้นทันที พร้อมทั้งหยุดการให้สารน้ำทางสายสวนเส้นดังกล่าว ถอดสายสวนออก และรายงานแพทย์ผู้รักษาเพื่อประเมินอาการ พร้อมให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อตามมาตรฐาน เพื่อลดความเสี่ยงและป้องกันอันตรายให้มากที่สุด ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างเป็นธรรมตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ที่กำหนดไว้อย่างเคร่งครัด โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติอันเนื่องมาจากความแตกต่างทางเพศ อายุ ศาสนา ฐานะทางเศรษฐกิจ หรือสิทธิการรักษาพยาบาล ข้อมูลเก็บเป็นความลับ รายงานและนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยสถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบอัตราการเกิด Phlebitis , Extravasation และระดับความรุนแรงของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test วิเคราะห์คะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้สถิติร้อยละ

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลทั่วไป ข้อมูลยาที่ได้รับ แยกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.80 อายุเฉลี่ย 66.83 ปี มีโรคร่วม ร้อยละ 72.20 ขนาดของเข็มที่พยาบาลใช้แทง ส่วนใหญ่ใช้เบอร์ 22 ร้อยละ 91.70 และแทงจำนวน 1 ครั้ง ร้อยละ 97.20 ตำแหน่งที่เปิดเส้น ส่วนใหญ่อยู่บริเวณแขน ร้อยละ 55.60 และอื่นๆ เช่น หลังมือ ข้อมือ ข้อพับ หลังเท้า

และขา ร้อยละ 44.40

ส่วนใหญ่น้ำยาที่ได้รับ คือ Norepinephrine ความเข้มข้น 4:250 ร้อยละ 72.20 รองลงมา คือ Dopamine ความเข้มข้น 2:1 ร้อยละ 22.22 ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 66.66 เกิดภาวะแทรกซ้อน Phlebitis และ Extravasation เท่ากัน คือ ร้อยละ 16.70 โดยเกิด Phlebitis รุนแรงระดับ 2 มากสุด ร้อยละ 8.3 รองลงมา คือ ระดับ 1 ร้อยละ 5.60 น้อยสุด คือ ระดับ 4 ร้อยละ 2.80 เกิด Extravasation รุนแรงระดับ 4 มากสุด ร้อยละ 88.30 ที่เหลือรุนแรงเท่ากัน ทั้งระดับ 1-4 ร้อยละ 2.80 ดังตารางที่ 1

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.56 อายุเฉลี่ย 65.81 ปี มีโรคร่วม ร้อยละ 83.30 ขนาดของเข็มที่พยาบาลใช้แทง ส่วนใหญ่ใช้เบอร์ 22 ร้อยละ 97.20 และแทงจำนวน 1 ครั้ง ร้อยละ 97.20 ตำแหน่งที่เปิดเส้น ส่วนใหญ่อยู่บริเวณแขน ร้อยละ 61.10 และอื่นๆ เช่น หลังมือ ข้อมือ ข้อพับ หลังเท้า และขา อีกร้อยละ 38.90

ส่วนใหญ่น้ำยาที่ได้รับ ในกลุ่มนี้ คือ Norepinephrine ความเข้มข้น 4:250 ร้อยละ 75.0 รองลงมา Dobutamine ความเข้มข้น 2:1 ร้อยละ 11.0 ส่วนใหญ่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 77.8 เกิดภาวะแทรกซ้อน Phlebitis ร้อยละ 8.30 และ Extravasation เท่ากัน คือ ร้อยละ 13.90 โดยเกิด Phlebitis รุนแรงระดับ 1,2 และ 3 เท่ากัน ร้อยละ 2.80 ไม่พบความรุนแรงระดับ 4 เกิด Extravasation รุนแรงระดับ 2 มากสุด ร้อยละ 5.50 รุนแรงระดับ 1,3 และ 4 เท่ากัน ร้อยละ 2.8 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อนและระดับความรุนแรง ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่มควบคุม (n=36)			กลุ่มทดลอง (n=36)		
ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (site)	ร้อยละ (%)	ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (site)	ร้อยละ (%)
ภาวะแทรกซ้อน			ภาวะแทรกซ้อน		
ไม่เกิด	24	66.60	ไม่เกิด	28	77.80
เกิด	12	33.40	เกิด	8	22.20
Phlebitis 6 (16.7)			Phlebitis 3(8.3)		
ระดับ 1	2	5.60	ระดับ 1	1	2.80
ระดับ 2	3	8.30	ระดับ 2	1	2.80
ระดับ 3	-	-	ระดับ 3	1	2.80
ระดับ 4	1	2.80	ระดับ 4	-	-
Extravasation 6(16.7)			Extravasation 5 (13.9)		
ระดับ 1	1	2.8	ระดับ 1	1	2.80
ระดับ 2	1	2.8	ระดับ 2	2	5.50
ระดับ 3	1	2.80	ระดับ 3	1	2.80
ระดับ 4	3	8.30	ระดับ 4	1	2.80
รวม	12	33.40	รวม	8	22.20

เมื่อเปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อนของ (Phlebitis) และ ภาวะรั่วซึมของสารที่มีฤทธิ์ทำลายเนื้อเยื่อออกนอกหลอดเลือดดำส่วนปลาย ผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า การเกิดภาวะแทรกซ้อน หลอดเลือดดำอักเสบ (Extravasation) ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบ การเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ ภาวะรั่วซึมของสารที่มีฤทธิ์ทำลายเนื้อเยื่อออกนอกหลอดเลือดดำส่วนปลายระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ภาวะแทรกซ้อน	กลุ่ม	การเกิดภาวะแทรกซ้อน			
		$\bar{X}$	S.D	t-test	p-value
ภาวะแทรกซ้อน	กลุ่มควบคุม	.5000	.77460	.627	.382*
	กลุ่มทดลอง	.3889	.72812		
หลอดเลือดดำอักเสบ	กลุ่มควบคุม	.3333	.86189	.607	.263*
	กลุ่มทดลอง	.2222	.68080		
ภาวะรั่วซึมของสารที่มีฤทธิ์ทำลายเนื้อเยื่อออกนอกหลอดเลือดดำส่วนปลาย	กลุ่มควบคุม	.4444	1.20581	.439	.330*
	กลุ่มทดลอง	.3333	.92582		

P > 0.5

วารสารกองการพยาบาล

คะแนนความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับมากทุกข้อ และพึงพอใจมากที่สุดข้อ ปฏิบัติได้จริง มีสิทธิโดยชอบธรรมในการปฏิบัติ ($\bar{x}=4.3289$, $SD=.71904$)

รองลงมา คือ ช่วยตัดสินใจเลือกการปฏิบัติได้ง่ายขึ้น และวิธีการง่ายไม่ยุ่งยากซับซ้อนในการปฏิบัติ ($\bar{x}=4.2763$, $SD=.74115$ และ $\bar{x}=4.2763$, $SD=.77629$) ความพึงพอใจโดยรวมคิดเป็นคะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 84.16 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล (n=76)

รายการที่ประเมิน	$\bar{x}$	SD	ระดับ
1. ความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข	4.1316	.66014	มาก
2. มีคุณภาพ น่าเชื่อถือเพียงพอที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติได้	4.0921	.76903	มาก
3. มีความเหมาะสมกับผู้ป่วย หน่วยงาน และ ปรัชญาการดูแล	4.1824	.76089	มาก
4. ปฏิบัติได้จริง มีสิทธิโดยชอบธรรมในการปฏิบัติ	4.3289	.71904	มาก
5. ช่วยตัดสินใจเลือกการปฏิบัติได้ง่ายขึ้น	4.2763	.74115	มาก
6. วิธีการง่าย ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน ในการปฏิบัติ	4.2763	.77629	มาก
7. มีความเสี่ยงต่ำที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ	4.1579	.74927	มาก
8. มีค่าใช้จ่ายต่ำที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ	4.1974	.73066	มาก
9. เนื้อหาสาระครอบคลุม	4.1974	.63287	มาก
10. ภาษาที่ใช้มีความเหมาะสม เข้าใจได้ง่าย	4.2368	.67069	มาก
คะแนนเฉลี่ยร้อยละ (%) 84.16			

อภิปรายผล ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เปรียบเทียบอัตราการเกิด Phlebitis, Extravasation และระดับความรุนแรง ในกลุ่มควบคุมที่ใช้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำปกติ กับกลุ่มทดลองที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น พบว่า การเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยรวม อัตราการเกิด Phlebitis, Extravasation แตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มทดลอง พบว่า อัตราการเกิด Phlebitis, Extravasation มีระดับความรุนแรงลดลง โดย Phlebitis จากร้อยละ 16.70 เป็น 8.30 และ Extravasation จากร้อยละ 16.70

เป็น 13.90 ระดับความรุนแรงของ Phlebitis ไม่พบระดับ 4 ส่วน Extravasation ความรุนแรงระดับ 4 ลดลงจากร้อยละ 8.30 เหลือ 2.80 แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติที่นำมาใช้ มีประสิทธิผล แม้ว่าจะไม่สามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ แต่สามารถลดอัตราการเกิดและระดับความรุนแรงได้ สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่าการใช้เจลวุ้นทางจะเข้ทาบริเวณที่เปิดหลอดเลือดดำส่วนปลาย ทำให้เกิดและระดับความรุนแรงของ Phlebitis ลดลง และพบว่าเจลวุ้นทางจะเข้มีประโยชน์ทางยา สารออกฤทธิ์เป็น Glycoprotein ชื่อ Aloctin A ลดการอักเสบและเพิ่ม

การเจริญทดแทนเนื้อเยื่อ^{10,12} นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับรายงานการวิเคราะห์ห่อหุ้มจำนวน 16 เรื่อง พบว่าการใช้เจลว่านหางจระเข้สามารถลดการเกิด Phlebitis ระดับที่ 2 และ 3 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³ ผลการศึกษาค้างนี้ ยังสอดคล้องกับผลการศึกษา ที่พบว่า การเกิด Phlebitis มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัย เช่น ตำแหน่งที่แทง ขนาดเข็ม จำนวนครั้งที่แทง ระยะเวลาคาเข็ม^{1,2,3} และการศึกษาที่พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิด Phlebitis และ Extravasation มี 3 ด้าน คือ 1) ด้านผู้ป่วย เช่น อายุ โรคร่วม สภาพผิว ลักษณะของหลอดเลือด ระดับความรู้สึกตัว ความสามารถในการเคลื่อนไหว เป็นต้น 2) ด้านบุคลากร เช่น ความรู้ ประสบการณ์ ทักษะ ความสามารถในการแทงเข็ม การเฝ้าระวัง ฯลฯ และ 3) ด้านยา เช่น ความเข้มข้นของยาฤทธิ์ของยาที่มีผลต่อเส้นเลือด จำนวนและระยะเวลาในการให้^{4,16} สอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้ ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ สูงอายุ มีโรคร่วม และหาเส้นเลือดยาก บางรายพยาบาลจำเป็นต้องแทงเส้นเลือดในตำแหน่งไม่เหมาะสม เช่น ข้อต่อ และขา ภาวะแทรกซ้อนส่วนใหญ่พบในหอผู้ป่วย กึ่งวิกฤต ซึ่งมีพยาบาล อายุงาน 1-2 ปีปฏิบัติงานเป็นส่วนใหญ่ มีความรู้ ทักษะ และประสบการณ์น้อย ทำให้การเฝ้าระวัง ภาวะแทรกซ้อน ไม่ถูกต้องหรือไม่ครอบคลุม นอกจากนี้ ยากระตุ้นความดันโลหิตในการศึกษาค้างนี้มีฤทธิ์เป็นกรด (pH 2-4.5) เสี่ยงต่อการเกิด Phlebitis และเมื่อยารั่วซึมออกนอกหลอดเลือด ทำให้เกิด Extravasation ดังนั้นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่นำมาใช้ แม้ว่าไม่สามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ทั้งหมด แต่สามารถลดระดับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มความปลอดภัย

ให้กับผู้ป่วยที่ได้รับยาดังกล่าว ในช่วงที่มีอาการ วิกฤตฉุกเฉินได้

2. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นวปฏิบัติทางการพยาบาล พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้นวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยรวมในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 84.16 ซึ่งเมื่อพิจารณาคะแนนที่สูงในรายข้อย่อย ที่มีคะแนนความพึงพอใจสูงสุด คือ ความชัดเจนของขั้นตอนการปฏิบัติ มีสิทธิโดยชอบธรรมในการปฏิบัติ และผลลัพธ์ที่ช่วยลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน การที่แนวปฏิบัติมีการกำหนดเกณฑ์การประเมินและการทำเจลว่านหางจระเข้เข้าอย่างเป็นระบบและมีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ ทำให้พยาบาลมีแนวทางที่ชัดเจนในการตัดสินใจทางคลินิก ส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยากระตุ้นความดันโลหิตซึ่งเป็นยาที่มีความเสี่ยงสูง จึงช่วยยกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้อย่างเป็นรูปธรรม และยังช่วยตัดสินใจเลือกการปฏิบัติได้ง่ายขึ้น วิธีการปฏิบัติง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ประเด็นที่มีคะแนนความพึงพอใจน้อยที่สุด คือ มีคุณภาพน่าเชื่อถือเพียงพอที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติได้ การที่แนวปฏิบัติที่นำมาใช้ มีการบูรณาการในวัฒนธรรมทางเลือก คือ เจลว่านหางจระเข้ เข้ามาใช้ในหอผู้ป่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤต ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนและได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง ทำให้พยาบาลวิชาชีพซึ่งคุ้นเคยกับการใช้เวชภัณฑ์ตามมาตรฐานการแพทย์แผนปัจจุบัน เกิดความระมัดระวังและมีความลังเลใจ ต่อประสิทธิภาพของผลิตภัณฑ์ทางเลือกจากธรรมชาติ ประกอบกับผลลัพธ์ทางสถิติของการวิจัยที่พบว่า แนวปฏิบัติสามารถลดระดับความรุนแรงได้ ถึงแม้อัตราการเกิดในภาพรวมยังไม่ลดลงจนถึงระดับที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทำให้

พยาบาลผู้ปฏิบัติงาน ให้ความเห็นว่าการวัดกรรมและแนวปฏิบัตินี้ อาจยังต้องอาศัยระยะเวลาพัฒนาและการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากขึ้น พยาบาลวิชาชีพมีความตระหนักถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ทั้งนี้ ผู้บริหารสามารถสร้างความมั่นใจเพิ่มเติมได้โดยการนำเสนอผลลัพธ์ทางคลินิกด้านการลดความรุนแรงของเนื้อเยื่อตายให้พยาบาลเห็นเป็นรูปธรรมอย่างต่อเนื่อง โดยแนวปฏิบัติการพยาบาลเดิมเป็นแนวการดูแลทั่วไปไม่เฉพาะเจาะจง กับยาที่มีความเสี่ยงสูง ไม่มีการประเมินกลุ่มหาเส้นยา ไม่ได้ระบุว่าการฉีดยาไม่ได้ก็ครั้งต้องปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ไม่มีการเลือกขนาดและความยาวของสายสวนที่เหมาะสมกับขนาดและความยาวของหลอดเลือด ไม่มีการบันทึกข้อมูล ขนาดสายสวนหลอดเลือดดำ จำนวนครั้งที่แทง ตำแหน่งวันเดือนปี เวลา ยาที่ให้ ความเข้มข้น ชื่อผู้แทงสายสวน วันครบเปลี่ยนแผ่นปิดสายสวน แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น มีการทบทวนว่าทางจะเข้าร่วมด้วย โดยการศึกษาครั้งนี้ เลือกใช้เจลว่านหางจระเข้เข้มข้น 100% ไม่ผสมน้ำหอมและแอลกอฮอล์ ขนาด 10 กรัม จำนวน 36 ตลับ ใช้ทาครั้งละประมาณ 0.3 มิลลิเมตร ตามแนวหลอดเลือดที่แทงสายสวนหลอดเลือดดำ เหนือบริเวณที่ปิดแผ่นฟิล์มใสปราศจากเชื้อความยาว 10 เซนติเมตร โดยทาเจลทันทีหลังแทงสายสวนหลอดเลือดดำ และทาซ้ำทุก 8 ชั่วโมง สอดคล้องกับการศึกษาผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบจากการได้รับยานอร์อิพิเนฟรีน² และการศึกษาผลการทดสอบแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการอาการรื้อของยาและสารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ในผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์¹⁷ พยาบาลส่วนใหญ่พึงพอใจต่อแนวปฏิบัติ เห็นว่านำไปใช้ได้จริง สะดวก ไม่ยุ่งยาก

ซับซ้อน จากการออกแบบขั้นตอนที่บูรณาการเข้ากับกระบวนการดูแลผู้ป่วยประจำวัน ของหอผู้ป่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤตอย่างเป็นระบบ โดยมีการกำหนดแนวทางประเมินตำแหน่งสายสวนหลอดเลือดดำส่วนปลายที่ชัดเจน เข้าใจง่าย การประยุกต์ใช้นวัตกรรมเจลว่านหางจระเข้ ยังเป็นทางเลือกที่ปลอดภัย เข้าถึงได้ง่าย และมีขั้นตอนการปฏิบัติที่ไม่ซับซ้อน ประกอบกับการที่แนวปฏิบัตินี้ถูกพัฒนาขึ้นบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จึงช่วยสร้างความมั่นใจให้แก่พยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติงาน การมีขั้นตอนการทำงานที่เป็นรูปธรรมช่วยลดความลังเลในการตัดสินใจทางคลินิก ส่งเสริมการเฝ้าระวังเชิงรุกทำให้สามารถตรวจพบและจัดการภาวะแทรกซ้อนได้ตั้งแต่วะเริ่มต้น ด้วยเหตุปัจจัยเหล่านี้ พยาบาลผู้ใช้งานจึงเกิดการยอมรับเกิดความมั่นใจ และสะท้อนความพึงพอใจว่าแนวปฏิบัตินี้มีความเหมาะสม สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย^{7,17}

ข้อเสนอแนะ

1. กำหนดเป็นมาตรฐานการปฏิบัติงาน จากผลการวิจัยที่ชี้ให้เห็นว่าแนวปฏิบัติที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและนำมาทดลองใช้ สามารถลดความรุนแรงของภาวะ Phlebitis และ Extravasation ได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับยากระตุ้นความดันโลหิตทางหลอดเลือดดำส่วนปลายในทุกหอผู้ป่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤต

2. พัฒนาศักยภาพบุคลากร ควรมีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ แก่พยาบาลวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นทักษะการประเมินผู้ป่วยกลุ่มหาเส้นเลือดยาก การเลือกขนาดสายสวนที่เหมาะสม และการเฝ้าระวังร่องรอยการอักเสบในระยะเริ่มต้น เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงถึงระดับที่ 3 และ 4

3. เฝ้าระวังเชิงระบบ ควรนำแบบเก็บข้อมูล

ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพในงานวิจัยนี้ ไปบรรจุในระบบบันทึกทางการพยาบาล เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินและติดตามตัวชี้วัดคุณภาพทางคลินิกของหอผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

1. เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากผลการศึกษา พบว่าอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและระดับความรุนแรง ลดลง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

($p > .05$) จึงควรพิจารณาเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเพิ่มอำนาจการทดสอบทางสถิติ และยืนยันผลลัพธ์ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

2. ขยายขอบเขตการศึกษาไปยังยาในกลุ่มอื่น ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติและการทาล้างทางจระเข้ ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาความเสี่ยงสูงที่มีฤทธิ์ทำลายเนื้อเยื่อ กลุ่มอื่นๆ เช่น ยาเคมีบำบัด ยาปฏิชีวนะความเข้มข้นสูง หรือสารอาหารทางหลอดเลือดดำ

References

1. Pongpak Pittayaphan, Sirirat Chatchaisucha, Somkid Phochanaphan, et al. Survey of venous inflammation and related factors in Surgical patients receiving peripheral intravenous solutions. Journal of Intravenous and Chemotherapy Nursing Society of 2008;1(1):4-16. Thai.
2. Pajaree Sakwaleesakul. Factors associated with the incidence of venous thrombosis and the duration of Venous inflammation has occurred in a patient receiving injectable drugs that have an irritant effect on the veins. intensive care unit Internal Medicine. Documents supporting the meeting of Somdej Phra Phutthalertla Hospital Center Quality Development Somdej Phra Phutthalertla Hospital. 2018. Thai.
3. Simin D, Milutinovic D, Turkulov V, Brkic S. Incidence, severity and risk factor of peripheral intravenous cannula-induced complications: An observational prospective study. J Clin Nurs. 2019;28(9-10):1585-99.
4. Thitiporn Pathomjaruwat. The effect of nursing practice guidelines for the prevention and management of extravasation. Nursing Council Journal. 2016;31(2):81-95. Thai.
5. Thitiporn Pathomjaruwat. Guidelines for nursing patients receiving drugs or fluids that are at risk of Extravasation. Faculty of Nursing Thammasat University. 2020:1-11. Thai.
6. Johann DA, Danski MT, Vayego SA, Barbosa DA, Lind J. Risk factors for complications in peripheral intravenous catheters in adults: secondary analysis of a randomized controlled trial. Rev Lat Am Enfermagem. 2016;24:e2833.
7. Pajaree Sakwaleesakul, Usanee Siriwongprom. Effects of nursing practice guidelines for the prevention of atherosclerosis. Inflammation caused by taking norepinephrine. Christian University Journal. 2019;25(2):92-108. Thai.

8. Jutharat Yossuwan, Sumontha Chankham. Effect of the Nursing Program for Prevention of Peripheral Phlebitis in Patients Receiving Norepinephrine at Uttaradit Hospital. Academic Journal for Primary Health Care and Public Health System Development. 2024;2(2):132-43. Thai.
9. Kanjana Udomasataporn, Mayuree Prommarin. Effectiveness of Using Practice Guidelines for the Prevention of Phlebitis and Extravasation from the Use of Vasopressor Agents in the Cardiac Intensive Care Unit, Chiangrai Prachanukroh Hospital. Lanna Public Health Journal. 2018;14(1): 35-45. Thai.
10. Chortip Khochasane. Effect of Aloe Vera Gel and Reparil Gel on the Incidence of Peripheral Phlebitis in Patients Receiving Peripheral Intravenous Nutrition. (Master's Thesis). Nakhon Pathom: Mahidol University; 2000. Thai.
11. Hekmatpou D, Mehrabi F, Rahzani K, Aminiyan A. The effect of aloe vera clinical trials on prevention and healing of skin wound: a systematic review. Iran J Med Sci. 2019;44(1):1-9.
12. Yulu G, et al. Meta-analysis of Aloe vera for the prevention and treatment of chemotherapy-induced phlebitis. Int J Clin Med. 2016;9(6):9642-50.
13. Gao Y, Jiang T, Mei S, Zhang S, Zhu C, Sun Y. Meta-analysis of Aloe vera for the prevention and treatment of chemotherapy-induced phlebitis. Int J Clin Exp Med. 2016;9(6):9642-50.
14. Nopparat Rajathanee Hospital. Indicators of complications from peripheral intravenous fluid administration, fiscal years 2022-2024. Bangkok: Nopparat Rajathanee Hospital; 2024. Thai.
15. Kumpakam S, Chumjam B, Rungsri W, Janpetch N, Khiannukul N. The development of a nursing care system for patients receiving intravenous fluids at Nopparat Rajathanee Hospital. Journal of Nursing Division. 2022;49(2):37-52. Thai.
16. Villalba-Nicolau M, Chover-Sierra E, Saus-Ortega C, Ballestar-Tarin ML, Chover-Sierra P, Martinez-Sabater A. Usefulness of midline catheters versus peripheral venous catheters in an inpatient unit: a pilot randomized clinical trial. Nurs Rep. 2022;12(4):814-23.
17. Lamduan Meephap, et al. Testing the effectiveness of nursing practice guidelines for the management of peripheral intravenous infiltration/extravasation in medical patients at Srinagarind Hospital. Khon Kaen University Hospital Journal. 2020;1(4):288-303. Thai.

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านวิดีโอและระบบแจ้งเตือนต่อการรับรู้ของผู้ปกครอง เกี่ยวกับการรับวัคซีนของเด็กอายุ 0-5 ปี

อัศรีย พิชัยรัตน์*

กศ.ด. (การบริหารการศึกษา)

เพ็ญนภา เพ็ชรเล็ก**

พย.ม. (การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น)

สร้อยสุวรรณ พลสังข์***

ปร.ด. (สังคมศาสตร์)

(รับ: 19 กุมภาพันธ์ 2569, แก้ไข: 28 มีนาคม 2569, ตอรับ: 11 เมษายน 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) เปรียบเทียบระดับการรับรู้ของผู้ปกครองในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านวิดีโอและระบบแจ้งเตือน (2) เปรียบเทียบระดับการรับรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง และ (3) ศึกษาความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อโปรแกรมดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มารับบริการฉีดวัคซีน ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองตรัง จำนวน 42 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 21 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย (1) โปรแกรมการให้ความรู้ผ่านวิดีโอและระบบแจ้งเตือน และ (2) แบบทดสอบระดับการรับรู้เกี่ยวกับการรับวัคซีน และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ปกครอง เครื่องมือมีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) อยู่ระหว่าง 0.68-1.00 มีค่าความเที่ยง KR-20 เท่ากับ 0.875 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.85 การทดลองดำเนินการเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ รวม 5 กิจกรรมหลัก ได้แก่ การคัดกรองการรับวัคซีน การให้ความรู้ผ่านวิดีโอ การส่งข้อความผ่าน Line Open Chat และระบบแจ้งเตือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ไคสแควร์ และการทดสอบทีแบบอิสระ

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม ผู้ปกครองในกลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้เกี่ยวกับการรับวัคซีนของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.965, p < 0.001$) ขณะที่คะแนนการรับรู้ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน และภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.779, p < 0.001$)

ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านวิดีโอร่วมกับระบบแจ้งเตือนมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการรับรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการรับวัคซีนเด็กปฐมวัย และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสถานบริการสุขภาพเพื่อสนับสนุนการเข้ารับวัคซีนของเด็กให้เป็นไปตามเกณฑ์อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ : การรับรู้ของผู้ปกครอง, วัคซีนเด็ก, โปรแกรมให้ความรู้, ระบบแจ้งเตือน, การวิจัยกึ่งทดลอง

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Corresponding e-mail: pennapape@bcnt.ac.th

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Effects of a Video-Based Educational Program and Reminder System on Parental Perception of Childhood Vaccination in Children Aged 0–5 Years

Aussaree Pichairat* Ed.D. (Educational Administration)

Pennapa Petchlek** M.N.S. (Pediatric Nursing)

Soysuwan Ponsong*** Ph.D. (social sciences)

(Received: February 19, 2026, Revised: March 28, 2026, Accepted: April 11, 2026)

Abstract

This quasi-experimental study aimed to: (1) compare parental perception in the experimental group before and after receiving a video-based educational program with a reminder system; (2) compare parental perception between the experimental and control groups before and after the intervention; and (3) examine parental satisfaction with the program. The sample consisted of 42 parents of children aged 0–5 years who attended vaccination services at Trang Municipal Primary Care Center. Participants were divided into an experimental group and a control group, with 21 in each group. The research instruments included: (1) a video-based educational program with a reminder system, and (2) data collection tools consisting of a parental perception questionnaire on childhood vaccination and a parental satisfaction questionnaire. Content validity, assessed using the Index of Item–Objective Congruence (IOC), ranged from 0.68 to 1.00. Reliability testing showed a KR-20 coefficient of 0.875, and Cronbach's alpha was 0.85. The intervention was conducted over 8 weeks and included five sessions. The main activities were vaccination screening, video-based education, dissemination of educational videos via LINE Open Chat, and a reminder system. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, and independent t-test.

The results showed that, after the intervention, parents in the experimental group had significantly higher perception scores than before the program ($t = 4.965$, $p < 0.001$). There was no significant difference between the experimental and control groups before the intervention. After the intervention, the experimental group had significantly higher perception scores than the control group ($t = 3.779$, $p < 0.001$).

These findings indicate that the video-based educational program with a reminder system is effective in improving parental perception of childhood vaccination. The program can be applied in healthcare settings to support parents and promote timely vaccination for children aged 0–5 years.

Keyword: Parental perception, childhood vaccination, educational program, reminder system, quasi-experimental study

* Associate Professor, Boromarajonani College of Nursing, Trang, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute.

** Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Trang, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute. Corresponding e-mail: pennapape@bcnt.ac.th

*** Specialist professional nurse, Boromarajonani College of Nursing, Trang, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในยุคดิจิทัลที่เทคโนโลยีการสื่อสารเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนได้เข้าสู่มิติใหม่ที่เน้นความสะดวก รวดเร็ว และเข้าถึงได้ง่าย โดยเฉพาะการใช้สื่อดิจิทัลเช่นวิดีโอและระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติผ่านสมาร์ทโฟน ซึ่งกลายเป็นเครื่องมือสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค¹ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในเด็กเล็ก ถือเป็นหนึ่งในมาตรการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการลดอัตราการเจ็บป่วย การแพร่ระบาด และการเสียชีวิตจากโรคติดต่อที่ป้องกันได้ โดยเฉพาะในช่วงปฐมวัยซึ่งเป็นช่วงสำคัญในการวางรากฐานสุขภาพตลอดช่วงชีวิต² ทั้งนี้ แม้ว่าประเทศไทยจะมีระบบสาธารณสุขที่ครอบคลุมและนโยบายสนับสนุนการให้วัคซีนฟรีตามเกณฑ์ แต่ยังคงเผชิญกับความท้าทายในการรักษาอัตราการฉีดวัคซีนให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567 พบว่าปีงบประมาณ 2567 อัตราการได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ของเด็กอายุ 0-5 ปีอยู่ที่ร้อยละ 85.2 ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 90 และต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่อยู่ที่ร้อยละ 92³ โดยเฉพาะในบางพื้นที่ เช่น จังหวัดในภาคใต้ตอนล่าง พบว่ามีอัตราการได้รับวัคซีนต่ำกว่ามาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสะท้อนถึงช่องว่างในการเข้าถึงบริการและการรับรู้ความสำคัญของการฉีดวัคซีนในกลุ่มประชากรบางพื้นที่

สำหรับเขตสุขภาพที่ 12 ซึ่งครอบคลุมพื้นที่จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง พบว่า ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนพื้นฐานในเด็กวัย 0-5 ปี มีความแตกต่างกันไปในแต่ละจังหวัด โดยอยู่ในช่วงร้อยละ 84-93 ขึ้นอยู่กับประเภทของวัคซีนและพื้นที่ จากข้อมูลสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ⁴ ระบุว่าจังหวัดตรังมีอัตราการได้รับวัคซีนในเด็กอายุ 0-5 ปีที่ 53 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569

เพียงร้อยละ 73.73 ในปีงบประมาณ 2567 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายถึงร้อยละ 16.27 แม้ว่าอำเภอเมืองตรังจะมีอัตราสูงกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัดที่ร้อยละ 78.63 แต่ก็ยังถือว่าอยู่ในระดับที่น่าเป็นห่วง เนื่องจากอัตราที่ต่ำกว่าร้อยละ 90 จะส่งผลให้ภูมิคุ้มกันหมู่ (herd immunity) ในชุมชนอ่อนแอลง ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการระบาดของโรคติดต่อในวงกว้าง โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือไม่สามารถรับวัคซีนได้

วัคซีนถือเป็นนวัตกรรมทางการแพทย์ที่สามารถป้องกันโรคติดเชื้อร้ายแรงที่อาจก่อให้เกิดความพิการถาวรหรือเสียชีวิตได้ โดยเฉพาะในเด็กเล็กที่มีระบบภูมิคุ้มกันยังไม่แข็งแรงและพัฒนาไม่สมบูรณ์ วัคซีนทำงานโดยการกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันเฉพาะต่อโรคต่างๆ ช่วยลดความรุนแรงและอัตราการติดเชื้อ ลดการแพร่กระจายของเชื้อโรคในชุมชน และส่งผลต่อการลดอัตราตายและภาวะแทรกซ้อนในเด็กในระยะยาว นอกจากนี้ การฉีดวัคซีนยังมีผลทางอ้อมต่อการลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งของครอบครัวและภาครัฐ ลดจำนวนวันหยุดงานของผู้ปกครองเพื่อดูแลบุตรหลานที่ป่วยและช่วยรักษาเสถียรภาพทางเศรษฐกิจและสังคม องค์การอนามัยโลกประมาณการว่า การให้วัคซีนสามารถป้องกันการเสียชีวิตได้มากกว่า 4-5 ล้านคนต่อปีทั่วโลก โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่สุด² ในบริบทของประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดตารางวัคซีนพื้นฐานตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแห่งชาติ (Expanded Program on Immunization: EPI) ซึ่งครอบคลุมการป้องกันโรคสำคัญทั้งหมด 11 โรค ได้แก่ วัณโรค ตับอักเสบบี คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก หัด หัดเยอรมัน คางทูม โปลิโอ โรคปอดอักเสบจากเชื้อนิวโมคอคคัส และโรคตาไวรัส โดย

เด็กไทยทุกคนสามารถเข้าถึงวัคซีนเหล่านี้ได้ฟรีในสถานพยาบาลของรัฐทั่วประเทศ⁵ อย่างไรก็ตาม แม้จะมีนโยบายที่ดีและการเข้าถึงวัคซีนที่สะดวก แต่ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของผู้ปกครองในการพาบุตรหลานมารับวัคซีนยังมีความซับซ้อน

การศึกษาล่าสุดชี้ให้เห็นว่า ความลังเลใจเกี่ยวกับวัคซีน (vaccine hesitancy) เป็นปัญหาที่เพิ่มมากขึ้นทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทย โดยมีสาเหตุหลายประการ เช่น ความกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยและผลข้างเคียงของวัคซีน การขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง การได้รับข้อมูลที่ผิดจากสื่อสังคมออนไลน์ ความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรม รวมถึงปัจจัยด้านความสะดวกในการเข้าถึงบริการ⁶ ดังนั้น การพัฒนากลยุทธ์การสื่อสารและให้ความรู้ที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญในการเพิ่มอัตราการฉีดวัคซีนและลดความลังเลใจของผู้ปกครอง ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาวัตรกรรมการให้ความรู้แบบบูรณาการที่ผสมผสานเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ากับแนวคิดทางพฤติกรรมศาสตร์สุขภาพ คือ โปรแกรมการให้ความรู้ผ่านวิดีโอและระบบแจ้งเตือนเกี่ยวกับการรับวัคซีนของเด็กอายุ 0-5 ปี โดยใช้สื่อวิดีโอแอนิเมชันสุศึกษาที่ออกแบบมาอย่างเฉพาะเจาะจงสำหรับเด็กอายุ 0-5 ปี เป็นเครื่องมือหลักในการถ่ายทอดข้อมูลที่สำคัญ ได้แก่ กลไกการทำงานของวัคซีนในร่างกาย ความปลอดภัยและประสิทธิผลของวัคซีนที่ได้รับการรับรองจากองค์กรระหว่างประเทศ การเตรียมความพร้อมก่อนและการดูแลหลังรับวัคซีน การจัดการกับผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงการตอบข้อสงสัยและข้อกังวลที่พบบ่อยของผู้ปกครอง การนำเสนอเนื้อหาผ่านวิดีโอแอนิเมชันช่วยให้ข้อมูลที่ซับซ้อนสามารถเข้าใจได้ง่าย น่าสนใจ และจดจำได้ดีกว่าการอ่านเอกสารหรือฟังบรรยาย⁷ นอกจากนี้ โปรแกรมการให้ความรู้ยังได้บูรณาการเทคโนโลยีระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติผ่านช่องทางที่ผู้ปกครองใช้ในชีวิตประจำวัน

ปีที่ 53 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569

เช่น ข้อความ SMS และแอปพลิเคชัน Line เพื่อส่งการแจ้งเตือนก่อนถึงวันนัดฉีดวัคซีน ข้อมูลเตรียมความพร้อม และคำแนะนำหลังฉีดวัคซีน ระบบนี้ทำหน้าที่เป็นทั้ง 'สิ่งเตือนใจ' (Reminder) และ 'สิ่งกระตุ้น' (cue to action) ตามแนวคิด Health Belief Model ที่ช่วยผลักดันให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ การผสมผสานระหว่างการให้ความรู้ที่มีคุณภาพกับระบบติดตามอัตโนมัติ คาดว่าจะช่วยเพิ่มความตระหนักรู้ ลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ และส่งเสริมให้ผู้ปกครองพาบุตรหลานมารับวัคซีนอย่างครบถ้วนและตรงตามกำหนด ซึ่งจะส่งผลต่อการเพิ่มความครอบคลุมการฉีดวัคซีนและความแข็งแกร่งของภูมิคุ้มกันหมู่ในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ เพื่อ

1. เปรียบเทียบระดับการรับรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการรับวัคซีนของเด็กอายุ 0-5 ปีในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ
2. เปรียบเทียบระดับการรับรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการรับวัคซีนของเด็กอายุ 0-5 ปีระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติก่อนและหลังได้รับโปรแกรม
3. ศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้ปกครองที่มีต่อโปรแกรมฯ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) นี้ เป็นแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านวิดีโอและระบบแจ้งเตือนต่อการรับรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการรับวัคซีนของเด็กอายุ 0-5 ปี โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ปกครองของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่อาศัยในเขต อ.เมือง จ.ตรัง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองของเด็กอายุ 0-5 ปี และเข้ารับบริการฉีดวัคซีนที่ศูนย์สุขภาพชุมชน เมืองตรัง (Primary Care Center: PCC) และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาตาล่วง อำเภอ เมืองตรัง จังหวัดตรัง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power version (3.1.9.4) เลือกการทดสอบแบบ t-test : Means difference between two Independent means (two group) กำหนดค่าขนาด อิทธิพล (effect size d) = 0.80 (Cohen, 1988) ค่า ความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 (α error probability) = 0.05 (ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05) และค่ากำลัง การทดสอบ (power [$1-\beta$ error probability]) = 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 42 คน แยกเป็นกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 21 คน

เลือกกลุ่มตัวอย่างจากศูนย์สุขภาพชุมชน เมืองตรัง (PCC) 21 คน เป็นกลุ่มทดลอง และจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาตาล่วง 21 คน เป็นกลุ่มควบคุม ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จากรายชื่อผู้ปกครองที่มีนัด หมายถึงในช่วงระยะเวลาเก็บข้อมูล (เดือนมกราคม- มีนาคม 2568) จากนั้นทำการจับคู่ (matching) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามตัวแปรที่สำคัญ ได้แก่ เพศ อายุของผู้ปกครอง (ภายในช่วงอายุ ± 5 ปี) และระดับการศึกษา (ต่ำกว่าปริญญาตรี และ ปริญญาตรีขึ้นไป) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจ ส่งผลต่อการรับรู้ของผู้ปกครอง โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ 1)สามารถพูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ 2)สามารถ ติดต่อทางโทรศัพท์และยินดีให้ติดต่อทางโทรศัพท์ได้ 3) ได้รับความยินยอมและเต็มใจในการเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์คัดออก คือ 1) ผู้ปกครองที่มีภาวะทางร่างกาย

ปีที่ 53 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569

หรือจิตใจที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามหรือติดตาม ผลได้ 2) ผู้ปกครองที่ไม่สามารถเข้าร่วม โปรแกรมได้ ทุกขั้นตอน 3) ผู้ปกครองที่เคยเข้าร่วม โครงการอบรม หรือโปรแกรมให้ ความรู้เรื่องวัคซีนในลักษณะเดียวกัน ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา 4) เด็กอายุ 0-5 ปี ไม่ สามารถมารับ วัคซีนในหน่วยบริการสุขภาพที่กำหนด ได้ และผู้เข้าร่วมวิจัยขอถอนตัวระหว่างทำการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้ความรู้ผ่านวิดีโอและระบบแจ้งเตือน ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและ ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) โดยใช้ระยะเวลาในการดำเนิน กิจกรรม 8 สัปดาห์ จัดกิจกรรม 5 ครั้ง ประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก คือ การคัดกรองการรับวัคซีน การให้ ความรู้ผ่านวิดีโอ การส่งวิดีโอให้ความรู้แบบ Online ผ่านทาง Line Open Chat เป็นระยะ และ ระบบการ แจ้งเตือน โดยมีรายละเอียดของกิจกรรม ดังนี้

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 เป็นแบบ Onsite (ผู้ปกครองพาบุตร หลานมารับวัคซีนตามนัด) ใช้เวลา 30 นาที โดยมีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1: ระบบคัดกรองและติดตาม พฤติกรรมการมารับวัคซีน (Status Monitoring System) ใช้ระบบสีแสดงสถานะการนัดหมายเป็น รายบุคคล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ สีเขียว (มารับวัคซีน ตรงตามนัด) สีเหลือง (ขาดนัดไม่เกิน 1 เดือน) และ สีแดง (ขาดนัดเกิน 1 เดือน) จากนั้นให้ผู้ปกครองทำ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบทดสอบระดับการ รับรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการรับวัคซีนของเด็กอายุ 0 - 5 ปี (Pre-test) ใช้ระยะเวลา 5 นาที

กิจกรรมที่ 2: การให้ความรู้ผ่านวิดีโอ แอนิเมชัน (Video-based Education) โดยการเปิด วิดีโอให้ผู้ปกครองดู จำนวน 3 ตอน รวมระยะเวลา 15 นาที โดยมีเนื้อหา ดังนี้

ตอนที่ 1 : ความรู้เกี่ยวกับวัคซีน (6 นาที)
ประกอบด้วย ความสำคัญของวัคซีน ชนิดของวัคซีน
พื้นฐาน ตารางการฉีดวัคซีน กลไกการทำงานของ
วัคซีนในร่างกาย ความปลอดภัยและประสิทธิผลของ
วัคซีน การเตรียมความพร้อมก่อนและหลังรับวัคซีน

ตอนที่ 2: ความเสี่ยงหากไม่ได้รับวัคซีนครบ
ตามเกณฑ์ (5 นาที) อธิบายผลกระทบต่อสุขภาพของ
เด็ก ความรุนแรงของโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน
ภาวะแทรกซ้อนและความพิการที่อาจเกิดขึ้น และสถิติ
การเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคที่ป้องกันได้ด้วย
วัคซีน

ตอนที่ 3: ประโยชน์ของการได้รับวัคซีนครบ
ตามกำหนดต่อครอบครัวและชุมชน (4 นาที) อธิบาย
แนวคิดภูมิคุ้มกันหมู่ (herd immunity) การป้องกัน
การแพร่กระจายของโรคในชุมชน ประโยชน์ทาง
เศรษฐกิจและสังคม

กิจกรรมที่ 3: แนะนำโปรแกรม และวิธีการใช้
ช่องทางการให้ข้อมูลและตอบข้อซักถามผ่าน Line
Open Chat (5 นาที) ใช้เป็นช่องทางในการส่งวิดีโอ
และข้อมูลเพิ่มเติม ตอบคำถามและข้อสงสัย และ
ติดตามผลการเข้าร่วมโปรแกรม

กิจกรรมที่ 4 อธิบายระบบแจ้งเตือนนัดวัน
ฉีดวัคซีนครั้งถัดไป (Vaccine Reminder System)
พัฒนาระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติผ่าน SMS ก่อนถึงวัน
นัดหมาย 7 วัน และ 1 วัน โดยข้อความแจ้งเตือน
ประกอบด้วย ชื่อเด็ก วันที่นัดหมาย เวลา สถานที่ และ
ชนิดของวัคซีนที่จะได้รับ (5 นาที)

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 3 เป็นแบบ Online

กิจกรรมการส่งวิดีโอ การให้ความรู้ผ่านวิดีโอ
แอนิเมชัน (Video-based Education) จำนวน 3 ตอน
รวมระยะเวลา 15 นาที โดยเป็นวิดีโอที่มีเนื้อหาเดิม
เหมือนในกิจกรรมที่ 2 ของสัปดาห์ที่ 1 (ทำซ้ำอย่าง
ต่อเนื่อง) แต่เป็นการส่งแบบ Online ผ่านทาง Line

Open Chat เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถทบทวนความรู้
และเกิดการรับรู้มากขึ้นเกี่ยวกับการรับวัคซีน

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 5 เป็นแบบ Online

กิจกรรมการส่งวิดีโอ การให้ความรู้ผ่านวิดีโอ
แอนิเมชัน (Video-based Education) จำนวน 3 ตอน
รวมระยะเวลา 15 นาที โดยเป็นวิดีโอที่มีเนื้อหาเดิม
เหมือนในกิจกรรมที่ 2 ของสัปดาห์ที่ 1 (ทำซ้ำอย่าง
ต่อเนื่อง) แต่เป็นการส่งแบบ Online ผ่านทาง Line
Open Chat เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถทบทวนความรู้
และเกิดการรับรู้มากขึ้นเกี่ยวกับการรับวัคซีน

ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 7 เป็นแบบ Online

กิจกรรมการ ส่งระบบแจ้งเตือนนัดวันฉีด
วัคซีนครั้งถัดไป (Vaccine Reminder System) ผ่าน
SMS ก่อนถึงวันนัดหมาย 7 วัน และ 1 วัน โดย
ข้อความแจ้งเตือนประกอบด้วย ชื่อเด็ก วันที่นัดหมาย
เวลา สถานที่ และชนิดของวัคซีนที่จะได้รับ (15 นาที)

ครั้งที่ 5 สัปดาห์ที่ 8 เป็นแบบ Onsite
(ผู้ปกครองพาบุตร หลานมารับวัคซีนตามนัด)

ผู้วิจัยชี้แจงการสิ้นสุดการทดลอง จากนั้นให้
ผู้ปกครองทำแบบทดสอบระดับการรับรู้ของผู้ปกครอง
เกี่ยวกับการรับวัคซีนของเด็กอายุ 0-5 ปี (Post-test)
และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ปกครองที่มีต่อ
โปรแกรมฯ ใช้ระยะเวลา 10 นาที

ตรวจสอบ ความตรงของเนื้อหาโดย
ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล
สาขาวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 2 ท่าน และ
ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ด้านสถิติ 1 ท่าน
ตรวจสอบความถูกต้อง คลอบคลุม ความเหมาะสม
ของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ ความชัดเจนของภาษา
ความน่าสนใจ และความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง นำ
วิดีโอ ที่ผ่านการแก้ไขปรับปรุงไปทดลองใช้ (try out)
กับผู้ปกครอง ที่พาเด็กมารับบริการฉีดวัคซีน 3 ราย
เพื่อประเมินเนื้อหา รูปแบบการนำเสนอในวิดีโอ และ
ทดสอบความเป็นปรนัย (objectivity) ดูความชัดเจน

ของภาษาและความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาปรับปรุงก่อนเอาไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามชุดคำถามแบบเลือกตอบและปลายเปิด 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเกี่ยวข้องกับเด็ก จำนวนบุตร อายุของเด็กที่มารับบริการ ประวัติการรับวัคซีนของเด็ก และประสบการณ์การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีนจากแหล่งอื่น

2.2 แบบทดสอบระดับการรับรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการรับวัคซีนของเด็กอายุ 0-5 ปี เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิด Health Belief Model มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ (multiple choice) 20 ข้อ แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ ดังนี้ การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) 5 ข้อ การรับรู้โอกาสเสี่ยงหากไม่ได้รับวัคซีน (perceived susceptibility) 5 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของวัคซีน (perceived benefits) 5 ข้อ การรับรู้อุปสรรคในการรับวัคซีน (perceived barriers) 5 ข้อ คะแนนแต่ละข้อ ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 20 คะแนน แบ่งการรับรู้เป็น 3 ระดับ คือ ดี (15-20 คะแนน) ปานกลาง (10-14 คะแนน) และต้องปรับปรุง (0-9 คะแนน)

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแบบทดสอบ ระดับการรับรู้ของผู้ปกครอง เกี่ยวกับการรับวัคซีนของเด็กอายุ 0-5 ปี โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 2 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ด้านสถิติ 1 ท่าน ค่าความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 1 การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ปกครอง

ปีที่ 53 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569

ของเด็กอายุ 0-5 ปี 15 คน ทดสอบความเชื่อมั่น โดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความน่าเชื่อถือ ของ

แบบสอบถาม .875

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ปกครองที่มีต่อโปรแกรม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ 10 ข้อ ครอบคลุมด้านต่างๆ ดังนี้ เนื้อหาของวิดีโอ (3 ข้อ) รูปแบบการนำเสนอ (2 ข้อ) ความเหมาะสมของระยะเวลา (1 ข้อ) ระบบแจ้งเตือน (2 ข้อ) การตอบคำถามผ่าน Line Open Chat (1 ข้อ) และความพึงพอใจโดยรวม (1 ข้อ) คะแนนแต่ละข้อ คือ พึงพอใจมากที่สุด=5 คะแนน พึงพอใจมาก=4 คะแนน พึงพอใจปานกลาง=3 คะแนน พึงพอใจน้อย=2 คะแนน และพึงพอใจน้อยที่สุด=1 คะแนน คะแนนเต็มของแบบสอบถาม 50 คะแนน แปลผล ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00=พึงพอใจมากที่สุด 3.51-4.50=พึงพอใจมาก 2.51-3.50=พึงพอใจปานกลาง 1.51-2.50=พึงพอใจน้อย และ 1.00-1.50=พึงพอใจน้อยที่สุด ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .85

2.4 แบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรม ใช้บันทึกการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้ปกครองในกลุ่มทดลอง ประกอบด้วย วันที่เข้าร่วม ระยะเวลาในการรับชมวิดีโอ การตอบแบบสอบถาม และการได้รับการแจ้งเตือนผ่าน SMS

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ โดยการแนะนำตนเอง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย แจ้งสิทธิให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ ให้ผู้ปกครองเซ็นใบยินยอมเมื่อยินดีในการเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการคัดกรองพฤติกรรมมารับวัคซีน (Status Monitoring System) โปรแกรมใช้ระบบแสดงสถานะการนัดหมายเป็นรายบุคคล โดยแบ่งสถานะเป็น 3 ระดับ ได้แก่ สีเขียว หมายถึง มารับวัคซีนตรง

ตามนัด สีเหลือง หมายถึง ขาดนัดไม่เกิน 1 เดือน และ สีแดง หมายถึง ขาดนัดเกิน 3 เดือน หลังจากนั้นให้ผู้ปกครองทำ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบทดสอบระดับการรับรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการรับวัคซีนของเด็กอายุ 0–5 ปี (Pre-test) ใช้ระยะเวลา 5 นาที

ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับวัคซีน โดยการเปิดวิดีโอ (Video-based education) จำนวน 3 ตอน ระยะเวลา 15 นาที โดยมีเนื้อหา ดังนี้ ตอนที่ 1 “ความรู้เกี่ยวกับวัคซีน” มีเนื้อหาเกี่ยวกับความสำคัญของวัคซีน ความปลอดภัยในการรับวัคซีน และการเตรียมความพร้อมก่อนและหลังรับวัคซีน ระยะเวลา 5 นาที ตอนที่ 2 “ความเสี่ยงหากไม่ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์” อธิบายผลกระทบหากไม่ได้รับวัคซีนครบตามกำหนด ระยะเวลา 5 นาที และ ตอนที่ 3 “ประโยชน์ของการได้รับวัคซีนครบตามกำหนดต่อครอบครัวและชุมชน” อธิบายแนวคิดภูมิคุ้มกันหมู่ หากเด็กได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ จะช่วยป้องกันสุขภาพของเด็กและลดโอกาสการแพร่กระจายเชื้อไปสู่คนรอบข้าง ซึ่งเป็นการสร้างภูมิคุ้มกันร่วมกันในชุมชน ระยะเวลา 5 นาที เมื่อรับชมวิดีโอเสร็จสิ้นแล้ว จากนั้นให้ผู้ปกครองเข้าร่วม Line Open Chat เพื่อใช้เป็นช่องทางในการส่งข้อมูลเพิ่มเติม ตอบคำถามข้อสงสัย และส่งวิดีโอการให้ความรู้เพื่อให้ผู้ปกครอง ทบทวนเนื้อหา ส่งเสริมระดับการรับรู้ และส่งระบบแจ้งเตือน และเมื่อถึงวันนัดฉีดวัคซีนครั้งต่อไป (2 เดือน) ให้ผู้ปกครองทำแบบทดสอบระดับการรับรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการรับวัคซีนของเด็กอายุ 0–5 ปี (Post-test) และแบบประเมินระดับความพึงพอใจของผู้ปกครอง ที่มีต่อโปรแกรมให้ความรู้ผ่านวิดีโอและระบบแจ้งเตือน และผู้วิจัยแจ้งให้ผู้ปกครองทราบถึงการสิ้นสุดการวิจัย

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยสร้างสัมพันธ์ภาพ โดยการเข้าไปแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน

การวิจัย แจ้งสิทธิสิทธิ์ให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ เมื่อผู้ปกครองรับทราบและยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ผู้ปกครองเซ็นใบยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการคัดกรองพฤติกรรมมารับวัคซีน (Status Monitoring System) โปรแกรมใช้ระบบแสดงสถานะการนัดหมายเป็นรายบุคคล โดยแบ่งสถานะเป็น 3 ระดับ ได้แก่ สีเขียว หมายถึง มารับวัคซีนตรงตามนัด สีเหลือง หมายถึง ขาดนัดไม่เกิน 1 เดือน และสีแดง หมายถึง ขาดนัดเกิน 3 เดือน หลังจากนั้นให้ผู้ปกครองทำ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบทดสอบระดับการรับรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการรับวัคซีนของเด็กอายุ 0–5 ปี (Pre-test) ใช้ระยะเวลา 5 นาที

ผู้ปกครองรับฟังการให้ความรู้เกี่ยวกับการรับวัคซีนของเด็กอายุ 0–5 ปี การดูแลหลังได้รับวัคซีน และชี้แจงตารางการนัดหมายการฉีดวัคซีนครั้งต่อไป จากเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ เมื่อถึงวันนัดฉีดวัคซีนครั้งต่อไป (2 เดือน) ให้ผู้ปกครองตอบแบบทดสอบระดับการรับรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการรับวัคซีนของเด็กอายุ 0–5 ปี (Post-test) และผู้วิจัยแจ้งให้ผู้ปกครองทราบถึงการสิ้นสุดการวิจัย หลังจากนั้นให้ผู้ปกครองเข้าร่วมกิจกรรมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง คือ การคัดกรองการรับวัคซีน การให้ความรู้ผ่านวิดีโอ การส่งวิดีโอให้ความรู้แบบ Online ผ่านทาง Line Open Chat เป็นระยะ และ ระบบการแจ้งเตือน ในการรับวัคซีนครั้งต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณา คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง IRB of BCNT 28/2568 ก่อนเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการ ประโยชน์ และข้อมูลที่สำคัญในการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมและถอนตัวจากการวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงนามใบเอกสารแสดงความ

ยินยอมเข้าร่วมวิจัย และเพื่อเป็นการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์ และนำเสนอจะใช้รหัสแทนชื่อของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS เวอร์ชัน 31 ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ลักษณะข้อมูลพื้นฐาน เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ความเกี่ยวข้องกับเด็ก โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับการรับรู้เกี่ยวกับการรับวัคซีนของผู้ปกครองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านวิดีโอและระบบแจ้งเตือนในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test (ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติสำหรับกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน เมื่อทดสอบความสัมพันธ์กัน พบว่ามีความสัมพันธ์กันสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ และการแจกแจงข้อมูลปกติ (Normal Distribution))

3. เปรียบเทียบระดับการรับรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการรับวัคซีนของเด็กอายุ 0-5 ปีระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านวิดีโอและระบบแจ้งเตือนกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติโดยใช้สถิติ Independent t-test (ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติสำหรับกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ผลการแจกแจงข้อมูลเป็นแบบปกติ (Normal Distribution) และความแปรปรวนของประชากรทั้ง 2 กลุ่มเท่ากัน โดยใช้สถิติ Levene's test ได้ค่า $p > 0.05$)

4. วิเคราะห์ระดับความพึงพอใจของผู้ปกครองที่มีต่อโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านวิดีโอและระบบแจ้งเตือน ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปกครองของเด็กอายุ 0-5 ปี 42 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 21 คน กลุ่มควบคุม 21 คน กลุ่มทดลองที่มารับบริการฉีดวัคซีนที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (PCC) มีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 31-40 ปี ($SD=1.40$) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61.90) การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 42.86) อาชีพลูกจ้าง (ร้อยละ 33.33) มีความสัมพันธ์กับเด็กเป็นมารดา (ร้อยละ 38.10) และกลุ่มควบคุมที่มารับบริการฉีดวัคซีนที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาตาล่วง มีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วงอายุ 21-30 ปี ($SD=1.42$) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.19) การศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 71.43) อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 28.57) มีความสัมพันธ์กับเด็กเป็นมารดา (ร้อยละ 61.90)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการรับวัคซีนของเด็กอายุ 0-5 ปีในกลุ่มทดลองก่อน และหลังได้รับการให้ความรู้ผ่านวิดีโอและระบบแจ้งเตือน พบว่า กลุ่มทดลองก่อนได้รับการให้ความรู้ผ่านวิดีโอและระบบแจ้งเตือน มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ เท่ากับ 45.05 ($SD=5.39$) และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของผู้ปกครอง เท่ากับ 59.00 ($SD=4.00$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของผู้ปกครอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference=13.95, $p < 0.001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการรับวัคซีนของเด็กอายุ 0-5 ปี ในกลุ่มทดลองก่อน และหลังได้รับการให้ความรู้ผ่านวิดีโอและระบบแจ้งเตือน

คะแนนการรับรู้	Mean	SD	Mean difference	t	df	p-value (1-tailed)
ก่อนได้รับโปรแกรม	45.05	5.39	13.95	4.965	20	<0.001
หลังได้รับโปรแกรม	59.00	4.00				

3. เปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการรับวัคซีนของเด็กอายุ 0-5 ปี ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับการให้ความรู้ พบว่า กลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ เท่ากับ 45.05 (SD=5.39) และในระยะหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ เท่ากับ 59.00 (SD=4.00) และกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ เท่ากับ 43.14 (SD=5.76) และในระยะหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เท่ากับ 43.24 (SD=5.49) เมื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการรับวัคซีนของเด็กอายุ 0-5 ปี ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านวิดีโอและระบบแจ้งเตือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการรับวัคซีนของเด็กอายุ 0-5 ปี ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับการให้ความรู้ผ่านวิดีโอและระบบแจ้งเตือน

การรับรู้	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Mean difference	SD	t	df	p-value (1-tailed)
	Mean	SD	Mean	SD					
ก่อนการทดลอง	45.05	5.39	43.14	5.76	1.91	5.84	1.292	40	0.202
หลังการทดลอง	59.00	4.00	43.24	5.49	15.76	8.19	3.779	40	0.000

4. ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความพึงพอใจของผู้ปกครองที่มีต่อโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านวิดีโอและระบบแจ้งเตือน พบว่า โดยภาพรวม อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.95, SD=0.13) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความพึงพอใจของผู้ปกครองที่มีต่อโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านวิดีโอและระบบแจ้งเตือน

ความพึงพอใจของผู้ปกครองที่มีต่อโปรแกรมฯ	Mean	SD	ระดับความพึงพอใจ
1) เนื้อหาที่น่าสนใจผ่านวิดีโอมีความชัดเจน เข้าใจง่าย	5.00	0.00	มากที่สุด
2) ระบบแจ้งเตือนช่วยให้ฉันไม่พลาดการนัดฉีดวัคซีน	4.85	0.35	มากที่สุด
3) ช่องทางการสื่อสาร (Line open chat) ทำให้ได้รับข้อมูลทันเวลา	4.95	0.21	มากที่สุด

ความพึงพอใจของผู้ปกครองที่มีต่อโปรแกรมฯ	Mean	SD	ระดับความพึงพอใจ
4) วิดีโอให้ความรู้ช่วยเพิ่มความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีน ของฉั่น	4.90	0.43	มากที่สุด
5) ฉั่นรู้สึกมั่นใจมากขึ้นในการดูแลบุตรเกี่ยวกับการรับวัคซีน	5.00	0.00	มากที่สุด
6) ระยะเวลาและความถี่ของกิจกรรมเหมาะสม	4.95	0.21	มากที่สุด
7) วิดีโอให้ความรู้ช่วยให้ฉั่นใช้เวลาว่างอย่างเกิดประโยชน์	4.90	0.30	มากที่สุด
8) วิดีโอให้ความรู้ทำให้ฉั่นมีแรงจูงใจที่จะพาบุตรหลานไปรับ วัคซีนตรงตามกำหนด	5.00	0.00	มากที่สุด
9) ฉั่นรู้สึกพึงพอใจและอยากแนะนำวิดีโอให้ความรู้นี้ให้ ผู้ปกครองคนอื่น	5.00	0.00	มากที่สุด
10) โดยรวมแล้วฉั่นมีความพึงพอใจต่อวิดีโอให้ความรู้นี้	5.00	0.00	มากที่สุด
ภาพรวม	4.95	0.13	มากที่สุด

อภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์สุขภาพในการเพิ่มการรับรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับวัคซีนอย่างชัดเจน โดยการบูรณาการระหว่างสื่อวิดีโอแอนิเมชันที่ออกแบบมาเฉพาะกับระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติ สามารถเพิ่มคะแนนการรับรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการรับวัคซีนของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพในการพัฒนาการรับรู้ของผู้ปกครอง และยังสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งระบุว่า การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของวัคซีน และอุปสรรค มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยการให้ข้อมูลผ่านโปรแกรมช่วยเพิ่มการรับรู้ด้านประโยชน์และลดความกังวลเกี่ยวกับอุปสรรคในการรับวัคซีน ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค (perceived susceptibility) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน (perceived benefits) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ (perceived barriers)

การใช้สื่อวิดีโอแอนิเมชันในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีประสิทธิภาพในการถ่ายทอดข้อมูลที่ซับซ้อนให้เข้าใจง่ายและจดจำได้ดี สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านสื่อมัลติมีเดีย (Multimedia Learning Theory) ของ Mayer ที่อธิบายว่า การนำเสนอข้อมูลผ่านภาพเคลื่อนไหวและเสียงประกอบช่วยกระตุ้นการทำงานของสมองทั้งในส่วนของการประมวลผลภาพ (visual processing) และการประมวลผลคำพูด (auditory processing) ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่ลึกซึ้งและยังยืนยันว่าการอ่านข้อความธรรมดา งานวิจัย⁷ ที่ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) เกี่ยวกับประสิทธิผลของการให้ความรู้ผ่านวิดีโอในหัวข้อสุขภาพต่างๆ พบว่า การใช้วิดีโอช่วยเพิ่มความเข้าใจในเนื้อหาที่มีความซับซ้อนได้ดีขึ้นถึงร้อยละ 35-40 เมื่อเทียบกับวิธีการบรรยายแบบดั้งเดิม และยังพบว่าผู้เรียนสามารถจดจำข้อมูลได้นานถึง 3 เดือนหลังจากดูวิดีโอ

นอกจากนี้ ระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ทำหน้าที่เป็น 'สิ่งกระตุ้น' ที่สำคัญที่ช่วยกระตุ้นให้เกิดการทบทวนข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ซ้ำและเพิ่มระดับการรับรู้ และ

การผลักดันให้เกิดพฤติกรรมตามที่ต้องการ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในยุคดิจิทัล (Digital Behavior Change) ที่เน้นการใช้เทคโนโลยีเพื่อส่งเสริมและรักษาพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ การแจ้งเตือนที่เหมาะสมช่วยลดอุปสรรคในการจำนัดหมาย ลดความยุ่งยากในการวางแผน และเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงบริการ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ปกครองตัดสินใจพาบุตรหลานมารับวัคซีนตรงเวลา การศึกษา⁸ ที่พัฒนาระบบติดตามความครอบคลุมการรับวัคซีนในเด็ก 0-5 ปี ในจังหวัดสงขลา พบผลลัพธ์ที่คล้ายคลึงกัน โดยอัตราการขาดนัดลดลงอย่างชัดเจน (เด็กไทยลดเฉลี่ย 3 ราย/เดือน เด็กต่างด้าวลดเฉลี่ย 1 ราย/เดือน) และความครอบคลุมวัคซีนเพิ่มขึ้นเหนือร้อยละ 95 ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้สำหรับภูมิคุ้มกันหมู่ที่เพียงพอ

เมื่อพิจารณาจากบริบทของพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง พบว่ามีปัจจัยเฉพาะที่ส่งผลต่อการตัดสินใจรับวัคซีนของผู้ปกครอง ผลการศึกษา⁹ ในจังหวัดปัตตานี ซึ่งมีบริบททางสังคมวัฒนธรรมคล้ายคลึงกับจังหวัดตรัง พบว่า เด็กที่ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์มีเพียงร้อยละ 68 โดยสาเหตุหลักที่ทำให้ไม่ได้รับวัคซีนครบถ้วนได้แก่ ความกลัวว่าบุตรหลานจะมีอาการไข้หรือไม่สบายหลังฉีด (ร้อยละ 42.8) ผู้ปกครองไม่มีเวลาเนื่องจากต้องทำงานต่างพื้นที่ (ร้อยละ 17.3) และความไม่มั่นใจเกี่ยวกับความสะอาดของวัคซีนในกลุ่มมุสลิม (ร้อยละ 11.0) ผลการศึกษาเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่า การให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับผลข้างเคียงของวัคซีน การจัดการกับอาการหลังฉีด และการสร้างความเชื่อมั่นในความปลอดภัยและการยอมรับทางศาสนาของวัคซีน เป็นสิ่งสำคัญในการเพิ่มอัตราการฉีดวัคซีนในพื้นที่

ในมิติของการประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติ ผลการวิจัยครั้งนี้มีนัยสำคัญหลายประการ ประการ

แรก โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีต้นทุนต่ำและสามารถขยายผลได้ง่าย เนื่องจากใช้เทคโนโลยีที่มีอยู่แล้วในชีวิตประจำวันของผู้ปกครองส่วนใหญ่ ได้แก่ สมาร์ทโฟนและการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต วิดีโอแอนิเมชันสามารถผลิตครั้งเดียวแล้วเผยแพร่ได้ไม่จำกัดจำนวน และระบบแจ้งเตือนสามารถทำงานอัตโนมัติโดยไม่ต้องใช้กำลังคนมาก ซึ่งแตกต่างจากการให้คำปรึกษาแบบตัวต่อตัวที่ต้องใช้ทรัพยากรบุคคลอย่างมาก ประการที่สอง โปรแกรมนี้สามารถปรับเปลี่ยนเนื้อหาให้เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่นได้ เช่น การเพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับความสะอาดของวัคซีนสำหรับกลุ่มมุสลิม หรือการใช้ภาษาท้องถิ่นในการสื่อสาร ประการที่สาม ระบบนี้สามารถบูรณาการเข้ากับระบบสารสนเทศสาธารณสุขที่มีอยู่แล้ว เช่น ระบบลงทะเบียนการฉีดวัคซีนอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อให้การแจ้งเตือนมีความแม่นยำและทันเวลา

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ยังมีข้อจำกัดที่ควรพิจารณา ประการแรก ขนาดกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างเล็ก (42 คน) ซึ่งอาจส่งผลต่อความสามารถในการนำผลไปใช้ทั่วไป (generalizability) ประการที่สอง ระยะเวลาในการติดตามผลค่อนข้างสั้น ยังไม่สามารถประเมินผลกระทบระยะยาวต่อพฤติกรรมการฉีดวัคซีนที่แท้จริงได้ ประการที่สาม การศึกษาทำในพื้นที่เมืองที่ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีสมาร์ทโฟนและสามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ ในพื้นที่ห่างไกลหรือชนบทอาจต้องปรับรูปแบบการนำเสนอให้เหมาะสม เช่น การใช้ SMS แทนแอปพลิเคชันที่ต้องใช้อินเทอร์เน็ต หรือการเผยแพร่วิดีโอผ่านจอทีวีในห้องรอของสถานพยาบาล การวิจัยในอนาคตควรขยายขนาดกลุ่มตัวอย่าง ติดตามผลระยะยาวอย่างน้อย 6-12 เดือน และทดสอบประสิทธิภาพในบริบทที่หลากหลาย รวมถึงศึกษาเปรียบเทียบกับวิธีการอื่นๆ เช่น การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม หรือการใช้ชุมชนใน

การสื่อสาร เพื่อหารูปแบบที่มีประสิทธิผลสูงสุดและเหมาะสมที่สุดสำหรับแต่ละบริบท

โดยสรุปในยุคที่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวัคซีนแพร่กระจายอย่างรวดเร็วทั้งที่ถูกต้องและผิดพลาดผ่านสื่อสังคมออนไลน์ การพัฒนากลยุทธ์การสื่อสารด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็น การบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ากับความรู้ทางวิทยาศาสตร์สุขภาพและการเข้าใจพฤติกรรมมนุษย์ จะช่วยให้เราสามารถออกแบบการแทรกแซงที่ไม่เพียงแต่เพิ่มความรู้ แต่ยังส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืน นำไปสู่การเพิ่มครอบคลุมการฉีดวัคซีน การสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ที่เข้มแข็ง และการปกป้องสุขภาพของเด็กและชุมชนในวงกว้างต่อไป สำหรับการบูรณาการระหว่างการใช้ความรู้ผ่านวิถีชีวิตและระบบแรงจูงใจอัตโนมัติ สามารถเพิ่มการรับรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการรับวัคซีนของเด็กอายุ 0-5 ปีได้อย่างมีประสิทธิภาพตามแนวคิด Health Belief Model โปรแกรมดังกล่าว

ช่วยให้ผู้ปกครองมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับความสำคัญของวัคซีน ประโยชน์ในการป้องกันโรค และการจัดการกับอุปสรรคต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงได้รับการเตือนความจำเกี่ยวกับนัดหมายอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้มีแนวโน้มที่จะพาบุตรหลานไปรับวัคซีนอย่างครบถ้วนและตรงตามกำหนดมากขึ้น สถานบริการสาธารณสุขควรพิจารณานำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้เพื่อเพิ่มครอบคลุมการฉีดวัคซีน และสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ที่เข้มแข็งในชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้การออกแบบการทดลองแบบสุ่ม มีกลุ่มควบคุม ติดตามผลในระยะยาว รวมถึงศึกษาตัวแปรด้านพฤติกรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม พร้อมทั้งพัฒนาโปรแกรมให้มีความหลากหลายและเหมาะสมกับบริบทของผู้ปกครอง เพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Reference

1. Perez S, Fedoruk C. Parental perceptions and attitudes toward childhood vaccination: A systematic review. *Vaccine*. 2023;41(12):1821–1830. doi:10.1016/j.vaccine.2023.01.045.
2. World Health Organization. Immunization coverage: Global facts and figures [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2026 Apr 9]. Available from: <https://www.who.int>.
3. Ministry of Public Health. Annual report on vaccination coverage among children aged 0–5 years, fiscal year 2024. Bangkok: Bureau of Immunization, Department of Disease Control; 2024. Thai.
4. Health Data Center (HDC). Vaccination coverage report among children aged 0–5 years, Health Region 12 [Internet]. 2024 [cited 2026 Apr 9]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th>. Thai.
5. Department of Disease Control. National Expanded Program on Immunization (EPI). Bangkok: Ministry of Public Health; 2023. Thai.
6. Nisuraida Nimu, Rohani Jeharsae, Jinjuta Somkird, Sarinee Sawan, Muhammad Fahmee Talek, Anat Wangkulam, Kruawan Keethongmak. A Model of Non-Uptake for National Immunization Program among Children Aged 0 - 3 Years in Southern Border Provinces: A Qualitative Study. *Princess of Naradhiwas University Journal*. 2024;16(2):1–19. Thai.

7. Knapp C, Woodworth L, Wright M, Downing J, Drake B, Fowler-Kerry S. The effectiveness of video-based education for health topics: A systematic review. J Med Internet Res. 2022;24(8):e38210. doi:10.2196/38210.
8. Supanish Thummatinno. Development of a vaccination coverage tracking system for children aged 0–5 years in Sadao District, Songkhla Province. J Public Health Health Sci. 2017;1(3):3–7. Thai.
9. Rusna Domang. Factors affecting parental decisions to bring children aged 0–5 years for basic immunization in Pattani Province [master's thesis]. Songkhla: Prince of Songkla University; 2017. Thai.

ปัญหา ความต้องการด้านสุขภาพ การใช้บริการสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใน จังหวัดนนทบุรี

นิชดา สารถวัลย์แพศย์*

ค.ด. (สาขาอุดมศึกษา)

ปทุมทิพย์ อดุลวัฒน์ศิริ**

พย.ด. (การพยาบาล)

ศิริอร สีนุ***

พย.ด. (การพยาบาล)

(รับ: 5 มีนาคม 2569, แก้ไข: 3 เมษายน 2569, ตอบรับ: 10 เมษายน 2569)

บทคัดย่อ

การจัดบริการสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุในชุมชนเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมเป็นสิ่งสำคัญ การวิจัยเชิงคุณภาพ และวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหา ความต้องการด้านสุขภาพ การใช้บริการสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย (1) ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนจังหวัดนนทบุรี 160 คน (2) ผู้ดูแลหลักในครอบครัว 10 คน (3) พยาบาลผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ 4 คน (4) อาสาบริบาล 4 คน และ (5) บุคลากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3 คน เครื่องมือเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย แบบสอบถาม ลักษณะส่วนบุคคล ข้อมูลทางคลินิก ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เรล การใช้บริการสุขภาพ ภาวะเปราะบาง และคุณภาพชีวิต ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน อยู่ในระดับดี แบบสอบถาม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เรล ภาวะเปราะบาง และคุณภาพชีวิต ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงเท่ากับ 0.82 และ 0.98 ค่า KR-20 เท่ากับ 0.95 ตามลำดับ การสนทนากลุ่ม ได้ค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า (1) ปัญหาของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี คือ การเคลื่อนไหวลำบากมากที่สุด มีโรคเรื้อรังมากกว่า 3 โรคขึ้นไป (2) ความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี คือ การจัดการโรคเรื้อรังและการจัดการสุขภาพใจ การสนับสนุนวัสดุสิ้นเปลืองและความเข้าใจจากบุคคลใกล้ชิด (3) การใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี ต้องการเข้าถึงบริการสุขภาพที่บ้านโดยพยาบาลและอาสาบริบาลมากที่สุด และได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นอย่างดี และ (4) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี อยู่ในระดับปานกลาง

โดยสรุป ผู้สูงอายุต้องการพยาบาล อาสาบริบาล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการปัญหาสุขภาพ การเข้าถึงบริการทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม การสนับสนุนให้เกิดการทำงานประสานกันอย่างราบรื่นและเป็นปัจจุบัน จะช่วยให้ความต่อเนื่องและความคล่องตัวในการดูแลผู้สูงอายุ ส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: สุขภาพ ผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิต

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง กรุงเทพฯ

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ สมุทรปราการ

Corresponding author; Email: patoomthip.adu@gmail.com

*** นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย

Health Problems, Health Care Needs, Health Service Utilization and Quality of Life among Older Adults Living in Nonthaburi Province

Nichada Santwanpas*

Ph.D. (Higher Education)

Patoomthip Adunwatanasiri**

DNS. (Nursing)

Siriorn Sindhu***

Ph.D (Nursing)

(Received: March 5, 2026, Revised: April 3, 2026, Accepted: April 10, 2026)

Abstract

Providing equitable access to healthcare services for older adults in the community is of vital importance. This qualitative and descriptive study aimed to investigate the health problems, health care needs, health service utilization, and quality of life among the elderly in Nonthaburi Province. The sample consisted of: (1) 160 older adults living in communities in Nonthaburi Province; (2) 10 primary family caregivers; (3) 4 nurse care managers for older adults; (4) 4 volunteer caregivers; and (5) 3 personnel from local administrative organizations. The research instruments included questionnaires and focus group discussions. The questionnaires encompassed demographic characteristics, clinical data, the Barthel Activities of Daily Living, healthcare utilization, the Tilburg Frailty Indicator, and the WHOQOL-AGE. The content validity was evaluated by five experts and was rated as good. The reliability coefficients for the Barthel ADL Index and the WHOQOL-AGE were 0.82 and 0.98, respectively, while the Tilburg Frailty Indicator yielded a KR-20 value of 0.95. For the focus group discussions, the content validity index was 0.95. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square tests, and content analysis.

The results revealed that: (1) Health Problems among the elderly in Nonthaburi were mobility impairment and having more than three chronic diseases; (2) Health needs among the elderly in Nonthaburi were a profound need for chronic disease management and mental health support including consumable supplies and greater empathy from their families; (3) Health service utilization among the elderly in Nonthaburi required access to home-based services by nurses and volunteer caregivers as well as robust support from local administrative organizations; (4) The overall quality of life among the elderly in Nonthaburi was at a moderate level.

Conclusion: Older adults require support from nurses, volunteer caregivers, and local administrative organizations to manage health problems, access to social services, and address environmental needs. Facilitating well-coordinated and up-to-date collaboration among these stakeholders will enhance continuity and flexibility in elderly care, thereby promoting a good quality of life.

Keywords: Health, Older Adults, Quality of Life

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

* Instructor, Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University, Samut Prakan.

Corresponding author. Email: patoomthip.adu@gmail.com

** President of the Nurses Association of Thailand.

บทนำ

ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ต้องการการดูแลด้านสุขภาพและได้รับการสนับสนุนบริการทางสังคม¹ จากผลสำรวจปี พ.ศ. 2567 พบว่า จำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากปี พ.ศ. 2557 มีผู้สูงอายุร้อยละ 14.9 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20.0 ในปี พ.ศ. 2567 มีอัตราส่วนพึ่งพิงประชากรวัยทำงานเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 22.30 ในปี พ.ศ. 2557 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 31.10 ในปี พ.ศ. 2567 แต่ประชากรวัยทำงานประมาณ 3 คนให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุได้ 1 คน ลดลงจากปี พ.ศ. 2557 ที่ประชากรวัยทำงาน 9 คน ให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุได้ 1 คน สะท้อนถึงจำนวนประชากรวัยทำงานลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ อาจนำมาซึ่งความเสี่ยงด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตลดลง สอดคล้องกับรายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยปี พ.ศ. 2567 พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพร่างกายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 41.50 มีเพียงร้อยละ 3.5 ที่มีภาวะสุขภาพร่างกายโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก² ส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ 7,404,202 คน คิดเป็นร้อยละ 75 ของผู้สูงอายุทั้งหมด³ ปัญหาเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพิงผู้อื่นในชีวิตประจำวัน ต้องการการดูแลเพิ่มขึ้นทั้งจากผู้ดูแลในครอบครัวและบุคลากรทางสุขภาพเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น

การศึกษาสถานการณ์ปัญหาของผู้สูงอายุในชุมชนที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการดำเนินชีวิตด้วยปัญหาความเสื่อมถอยของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย เจ็บป่วยเรื้อรัง อยู่ในภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเสียสละรับหน้าที่ในการดูแล ขาดโอกาสในการประกอบอาชีพหารายได้

เพื่อใช้จ่ายในครอบครัว พยาบาลผู้รับผิดชอบในการดูแลไม่เพียงพอต่อจำนวนประชากรสูงอายุในพื้นที่ ทำให้ขาดการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ดูแลและอาสาสมัครในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงานในท้องถิ่นในการจัดเตรียมสภาพแวดล้อมและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น ขณะเดียวกันงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางส่วนไม่เอื้อต่อการดำเนินงานที่รวดเร็ว ทำให้เกิดการประสานงานกันเองผ่านบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ทันต่อความต้องการการดำเนินงานภายใต้โครงการส่งเสริมสุขภาพของภาครัฐให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชนไม่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ การจัดบริการสาธารณะส่วนใหญ่ยังเป็นการให้ความช่วยเหลือแบบแก้ไขเฉพาะหน้า ไม่สามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืน⁴⁻⁷ คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ความพึงพอใจในการดำรงชีวิตภายใต้บริบททางสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมของบุคคล และการรับรู้สถานะด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม คุณภาพชีวิตจึงเป็นดัชนีชี้วัดความสุขทางกายและทางใจที่สำคัญในการดำเนินชีวิตอย่างผาสุกและมีสุขภาวะที่ดี⁸ ผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยในภูมิภาคกึ่งเมืองกึ่งชนบทและอาศัยในชนบทมีระดับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางเมื่อเทียบกับในกรุงเทพมหานครและเชียงใหม่ที่มีคุณภาพชีวิตระดับดีมาก⁹ อาจเนื่องมาจากมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพรายได้ต่อครัวเรือนสูง และการมีกิจกรรมทางสังคมที่หลากหลายส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินวิถีชีวิตได้ใกล้เคียงปกติแม้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง รู้สึกมีคุณค่าและศักยภาพในตนเอง^{5, 10}

จังหวัดนนทบุรีอยู่ในเขตปริมณฑลที่ถูกออกแบบให้เป็นเมืองรองรับการขยายตัวและการเจริญเติบโตของกรุงเทพมหานคร มีอัตราการขยายตัว

ของชุมชนอย่างต่อเนื่อง มีความหลากหลายของประชากรจากการอพยพย้ายถิ่นเข้ามาประกอบอาชีพ ปี พ.ศ. 2568 มีจำนวนผู้สูงอายุ 306,661 คน คิดเป็นร้อยละ 23.38 ของประชากรทั้งหมด จังหวัดนนทบุรีจึงเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรีที่ผ่านมา พบว่าระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก^{11, 12} เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า อยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน โดยด้านร่างกายมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด การดูแลจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเช่นเดียวกับการดูแลจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สามารถส่งเสริมด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยในการเข้าถึงบริการสุขภาพ การปรับปรุงสิ่งอำนวยความสะดวกสาธารณะ และระบบอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิต^{13, 14} อย่างไรก็ตาม การประเมินและค้นหาองค์ประกอบระดับบุคคล สังคม และชุมชนที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดนนทบุรีอย่างครอบคลุมทุกมิติยังพบได้น้อย โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้ PRECEDE-PROCEED model มาเป็นแนวทางในการค้นหาปัญหาและให้ข้อเสนอแนะการออกแบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัญหา ความต้องการด้านสุขภาพ การใช้บริการสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดนนทบุรีภายใต้การพัฒนาสังคมเมืองและการเข้าสู่สังคม

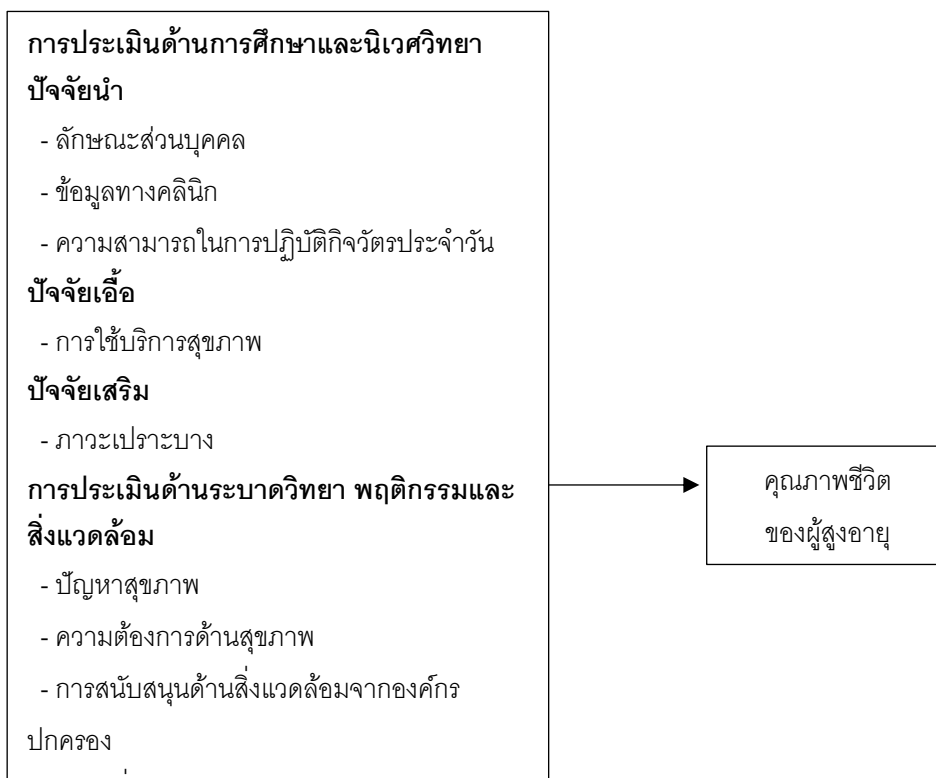
ผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ เพื่อเป็นแนวทางการเตรียมความพร้อมในการจัดบริการสุขภาพ และนำไปใช้วางแผนยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อ

1. ศึกษาปัญหา ความต้องการด้านสุขภาพ การใช้บริการสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี
2. ศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี
3. หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ได้นำ PRECEDE-PROCEED model มาใช้เป็นแนวทางในการประเมินปัญหา ความต้องการด้านสุขภาพ การใช้บริการสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) การประเมินด้านการศึกษาและนิเวศวิทยา ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิก ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การใช้บริการสุขภาพ และปัจจัยเสริม ได้แก่ ภาวะเปราะบาง 2) การประเมินด้านระบาดวิทยา พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ปัญหาสุขภาพ ความต้องการด้านสุขภาพ การสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อมจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อค้นหาปัญหาและวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพและพรรณานี้ เพื่อศึกษาปัญหา ความต้องการด้านสุขภาพ การใช้บริการสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 - เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง สัญชาติไทย มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านและอาศัยในจังหวัดนนทบุรีอย่างน้อย 1 ปี

ผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัว มีคุณสมบัติเป็นบุคคลในครอบครัวที่มีหน้าที่ความรับผิดชอบหลักในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน 10 คน พยาบาลผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ 4 คน อาสาสมัคร 4 คน และบุคลากรจากองค์กร

ปีที่ 53 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569

ปกครองส่วนท้องถิ่น 3 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง มีคุณลักษณะที่ทำงานหรือปฏิบัติงานกิจกรรมให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนทั้งทางตรงและทางอ้อม มีมุมมองที่หลากหลาย สามารถถ่ายทอดประสบการณ์และให้ข้อมูลได้อย่างลึกซึ้ง การกำหนดขนาดของผู้ให้ข้อมูลใช้หลักความอิ่มตัวของข้อมูลเมื่อใดที่ข้อมูลได้รับมานั้นซ้ำกันจนเกิดเป็นแบบแผนที่แน่นอน แม้จะสอบถามคนอื่นๆ อีก ข้อมูลที่ได้ก็จะมีลักษณะเดียวกัน

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงพรรณนา คือ ผู้สูงอายุ ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในชุมชนมีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านและอาศัยในจังหวัดนนทบุรีอย่างน้อย 1 ปี และมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล **กำหนดขนาดตัวอย่าง** โดยใช้สูตร Taro Yamane (1967) ประชากรสูงอายุจังหวัดนนทบุรี จำนวน 239,510 คน (สำนักงานพัฒนาสังคม

และความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนนทบุรี, 2564) ค่าเปอร์เซ็นต์ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 8% (ข้อจำกัดในการเข้าถึงประชากรกลุ่มใหญ่ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโควิด 19) แทนค่าในสูตรได้กลุ่มตัวอย่าง 160 คน สุ่มเลือกพื้นที่วิจัยแบบหลายขั้นตอน สุ่มอย่างง่ายได้มา 2 อำเภอจาก 6 อำเภอ คือ อำเภอบางบัวทองและอำเภอมะนังนนทบุรี สุ่มอำเภอละ 2 ตำบล ได้ตำบลบางคูวัด ตำบลลำโพ ตำบลบางรักน้อย และตำบลบางเขน สุ่มเลือกผู้สูงอายุตำบลละ 40 คน รวมจำนวน 160 คน

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) อายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป 2) มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านและอาศัยในจังหวัดนนทบุรีอย่างน้อย 1 ปี 3) สามารถอ่านและสื่อสารภาษาไทยได้ 4) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการศึกษา และเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีภาวะ cognitive impairment (Mini-Cog น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนน) 2) ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน 3) อยู่ในระยะประคับประคอง

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือเชิงคุณภาพ แบบสอบถามในการสนทนากลุ่ม (Focus group) โดยแยกกลุ่มย่อยเป็น กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ดูแลหลักในครอบครัว กลุ่มพยาบาลผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มอาสาสมัคร และกลุ่มบุคลากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประเด็นข้อคำถาม เกี่ยวกับ ความต้องการการดูแลสุขภาพ การดูแลจากผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ให้บริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ความต้องการการช่วยเหลือจากกลุ่มบุคลากร ภาระการดูแลผู้สูงอายุ ระบบบริการที่ต้องการให้เกิดขึ้น อุปสรรคปัญหาที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน กิจกรรมการดูแลและฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ บทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ปัญหาและอุปสรรค ความต้องการเพื่อการบริหารจัดการที่ดี

ผู้วิจัยจัดแยกกลุ่มการสนทนา เพื่อความเป็นอิสระต่อกัน ไม่ให้เกิดแรงกดดันเชิงอำนาจหรือความเกรงใจต่อกัน หาสถานที่ภายนอกในการดำเนินกิจกรรมเพื่อเกิดความผ่อนคลาย รู้สึกอิสระ และได้ข้อมูลอย่างแท้จริง

2. เครื่องมือเชิงปริมาณ

ปัจจัยนำ ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล ข้อมูลทางคลินิก และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ใช้เครื่องมือ ดังนี้ 1) แบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ 2) แบบสอบถามข้อมูลทางคลินิก ประกอบด้วย จำนวนโรคเรื้อรัง ค่าดัชนีมวลกาย 3) แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์ธอล (Barthel ADL index) 10 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน แบ่งระดับคะแนน ดังนี้ 0-4 คะแนน หมายถึงช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด 5-11 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง มีภาวะพึ่งพิงบางส่วน และ 12-20 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้ ไม่มีภาวะพึ่งพิง **ปัจจัยเอื้อ** ได้แก่ การใช้บริการสุขภาพ 4) แบบสอบถามการใช้บริการสุขภาพ ประกอบด้วย บุคลากรที่มาเยี่ยมบ้าน ความถี่ระยะเวลาการเยี่ยมบ้าน **ปัจจัยเสริม** ได้แก่ ภาวะเปราะบาง 5) แบบสอบถามภาวะเปราะบาง (Tilburg Frailty Indicator: TFI) มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านร่างกาย 8 ข้อ ด้านจิตใจ 4 ข้อ และด้านสังคม 3 ข้อ เลือกตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” รวม 15 ข้อ 15 คะแนน การแปลคะแนน ดังนี้ คะแนน < 5 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะเปราะบาง และคะแนน ≥ 5 คะแนน หมายถึง มีภาวะเปราะบาง¹⁵ **คุณภาพชีวิต** 6) แบบสอบถามคุณภาพชีวิต (WHOQOL-AGE) 13 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ประกอบด้วย ข้อ 1 (คะแนน 1 คะแนน หมายถึง แย่มากที่สุด ถึงคะแนน 5 คะแนน หมายถึง ดีมาก) ข้อ 2-8 และข้อ 13 (คะแนน 1 คะแนน หมายถึง

ไม่พึงพอใจมาก ถึง คะแนน 5 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด ข้อ 9-12 (คะแนน 1 คะแนน หมายถึง น้อยมาก ถึง คะแนน 5 คะแนน หมายถึง มากที่สุด) คะแนนที่เป็นไปได้เท่ากับ 13-65 คะแนน การแปลคะแนน แบ่ง 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 13-30 หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 31-48 หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และ คะแนน 49-65 หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง¹⁶

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์เฉพาะทางอายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ และพยาบาลสาขาเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ 2 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.95 แบบสอบถามภาวะเปราะบาง และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.0 และ 0.95 ตามลำดับ

2. การหาความเที่ยง นำแบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เรล แบบสอบถามคุณภาพชีวิต และแบบสอบถามภาวะเปราะบาง นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในชุมชนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง เท่ากับ 0.82 และ 0.98 ค่า KR-20 เท่ากับ 0.95 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติเก็บข้อมูลผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ขอความอนุเคราะห์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่ออำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล โดยขออนุญาตเข้าพื้นที่เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุที่บ้าน เมื่อได้รายชื่อ ที่อยู่ และเบอร์โทรศัพท์ผู้สูงอายุ ผู้วิจัยประสานติดต่อพยาบาลในพื้นที่เพื่อขออนุญาตเชิญชวนผู้สูงอายุเข้าร่วมโครงการและเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้

แบบสอบถาม กรณีผู้สูงอายุมองเห็นไม่ชัดหรือไม่สะดวกอ่านแบบสอบถามด้วยตนเอง ผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์ตามแบบสอบถามแล้วให้ผู้สูงอายุเลือกคำตอบด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยผู้วิจัยจัดสนทนากลุ่มย่อยแต่ละกลุ่ม จนข้อมูลที่ได้สามารถตอบคำถามการวิจัยได้ครอบคลุม ใช้เวลาประมาณ 90 นาทีต่อกลุ่ม จากนั้น นำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

จริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิ์

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี เลขที่ 26/2564 รับรองวันที่ 6 สิงหาคม 2564 ถึงวันที่ 5 สิงหาคม 2565 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี เลขที่ EC-64-72 ซึ่งรับรองวันที่ 26 สิงหาคม 2564 ถึงวันที่ 25 สิงหาคม 2565 ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการทำวิจัยและสามารถยุติการให้ข้อมูลโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลกับผู้วิจัย ข้อมูลถูกเก็บไว้เป็นความลับและจะถูกทำลายทิ้งภายหลังการวิจัยเสร็จสิ้น 5 ปี

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคสแควร์ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

1. ปัญหา ความต้องการด้านสุขภาพ การใช้บริการสุขภาพ

1.1 กลุ่มผู้สูงอายุ ปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุด คือ การเคลื่อนไหวลำบาก รองลงมา ได้แก่ ปวดหลัง/ปวดเอว หลงลืม ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ข้อมูลการสนทนากลุ่ม พบว่า ผู้สูงอายุ มีปัญหาสุขภาพ 2 ประเด็น ได้แก่ การจัดการโรคเรื้อรัง และการจัดการสุขภาพใจ และมีความต้องการด้านสุขภาพ 2 ประเด็น ได้แก่ การสนับสนุนวัสดุสิ้นเปลือง และความเข้าใจจากบุคคลใกล้ชิด ดังนี้

1) การจัดการโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องไปพบแพทย์ ต้องปรับยาตามการดำเนินของโรคที่เป็นปัจจุบัน แต่ไม่สามารถเข้าถึงการบริการทางการแพทย์ที่จำเป็น “เป็นหลายโรคทั้งเบาหวาน ความดัน ไชมัน ปวดเข่าด้วย จะเดินทางไปโรงพยาบาลที่ลำบาก ลูกไม่ว่าง ก็ฝากคนรู้จักไปรับยาให้ #idxxx03” “เป็นเบาหวาน กินข้าวไม่ได้ ใจหายไป หายไป ไม่รู้จะทำยังไง ไม่ได้ไปตรวจเลือดมา 6 เดือน ให้ลูกซื้อยาเดิมกิน เรียกข้างบ้านมาบิบนวดให้ #idxxx10” นอกจากนี้ การพาไปตรวจรักษาถือเป็นปัญหาใหญ่ เช่น สายยางให้อาหารหลุด ทำแผลเรื้อรัง อยากให้มีเจ้าหน้าที่มาดูแลที่บ้าน ไม่ต้องไปรอที่โรงพยาบาลนาน

2) การจัดการสุขภาพใจ ผู้สูงอายุสื่อสารกับผู้ดูแลในครอบครัวไม่รู้เรื่องทำให้หงุดหงิดใจ ทั้งผู้ดูแลและตัวผู้สูงอายุเอง จนผู้สูงอายุรู้สึกโดดเดี่ยว อยากแยกตัวจากสังคม “บางครั้งก็เหนื่อย ก็ท้อนะ ไม่อยากพูดกับลูก คุยกันไม่รู้เรื่อง อยากอยู่คนเดียวแต่ก็ต้องฟังลูกหากับข้าวมาให้ #idxxx04” “ลูกทำอะไรไม่ได้ ตั้งใจ บ่นว่าเราเยอะ เราตาไม่ชัด หูไม่ค่อยดี บางทีก็กังวลต้องถามลูกซ้ำ ๆ พูดมากเข้าก็หงุดหงิด รำคาญใจ บางครั้งคิดว่าไปอยู่คนเดียวก็ดี #idxxx07”

3) ต้องการการสนับสนุนวัสดุสิ้นเปลือง เช่น แผ่นรองขับปัสสาวะ ขณะที่ผู้สูงอายุได้รับการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมบ้านให้ปลอดภัยโดยองค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาลนครนนทบุรี เช่น รววจับห้องน้ำและทางเดินภายใน ปรับพื้นต่างระดับให้สามารถใช้รถเข็นได้ ได้รับอุปกรณ์ทางการแพทย์อย่างเพียงพอร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุที่ให้ข้อมูล

จากศูนย์ช่วยเหลือกายอุปกรณ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ในชุมชน และมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นศูนย์กลางในการประสานงานและจัดสรรให้ผู้สูงอายุตามความจำเป็น

4) ต้องการความเข้าใจจากบุคคลใกล้ชิด ผู้สูงอายุต้องอยู่คนเดียวในเวลากลางวัน เนื่องจากครอบครัวไปทำงาน รู้สึกถูกทอดทิ้ง หากมีคนมาเยี่ยมเยียน เช่น อสม. ช่วยคลายเหงาได้

1.2 กลุ่มผู้ดูแลหลักในครอบครัว พบปัญหาและความต้องการ 2 ประเด็น ดังนี้

1) การดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมากกว่า 2 โรค เป็นเรื่องยากลำบาก เมื่อต้องตัดสินใจให้การดูแลในสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงของอาการและการดำเนินโรค รู้สึกยุ่งยากใจ กังวลใจ อยากให้มีใครสักคนที่สามารถปรึกษาได้ หรือ ช่วยแก้ไขสถานการณ์ที่กำลังเผชิญหน้าได้ โดยไม่ต้องไปโรงพยาบาลในทันที ถ้าหากมีการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการติดต่อสื่อสารที่สะดวกขึ้นมาใช้ ทำให้มีความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุ “เราออกไปทำงานทั้งวัน กลับมาเมื่อนอน ไม่ค่อยพูด เอาลูกนั่งกินข้าวได้ ไม่รู้เป็นอะไร ไม่รู้จะถามใคร #idxxx08” “พอแม่ติดเตียง ต้องป้อนข้าว เปลี่ยนแพมเพียที่สัปดาห์คือเปลี่ยนแพมเพีย แม่ไม่มีแรงช่วยเหลือ ไม่รู้จะทำยังไง ไปค้นวิดีโอในยูทูบที่มีคนสอนเปลี่ยน ถึงทำได้ #idxxx09” “เราสงสัยว่าถ้าแม่กินข้าวไม่ได้ จะฉีดยาอินซูลินเท่าเดิมไหม หมอเคยบอกว่าลดลงได้ ไม่มั่นใจ มีโรงพยาบาลที่รพ.สต. ทักไปถาม ก็รอนาน เข้าใจเนะงานยุ่งกัน ถ้ามีช่องทางที่ติดต่อได้สะดวกกว่าไลน์ ก็ดีมาก #idxxx01”

2) ภาระการดูแลเป็นของผู้ดูแลหลัก ให้การดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ จนรู้สึกเหนื่อยล้า อยากให้มีคนรู้เรื่องมาสอนและแก้ไขปัญหา “CG มาเยี่ยมทำหน้าที่คล้าย อสม. มาเยี่ยมเยียน พูดคุย ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำทั่ว ๆ ไป #idxxx03” “ดูแลเข็ดตัว เวลาถ่ายก็ต้องอาบน้ำ เตรียม

ข้าว คุ่มขึ้นลงนั่งเก้าอี้ จนตอนนี้ปวดหลัง ทำทุกอย่าง ไม่รู้ว่าทำถูกไหม อยู่ด้วยกันทั้งวันทั้งคืน เหนื่อยจนล้า เหมือนกัน CG มาเยี่ยมเดือนละ 1-2 ครั้ง ประมาณ 20-30 นาที มาวัดความดัน นวดให้ ถ้าสอนเราดูแล ช่วยพ่อให้ดีขึ้นได้ ก็ดี #dxxx5”

1.3 กลุ่มพยาบาลผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ มี ปัญหาและความต้องการ 2 ประเด็น ดังนี้

1) การสนับสนุนเพื่อเพิ่มขีดความสามารถ ด้านการดูแลผู้สูงอายุเชิงลึก การปฏิบัติงานในหน้า งานพบปัญหาของผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน หลาย ปัญหาต้องการการตัดสินใจ หลายครั้งต้องทำทันที บางครั้งจำเป็นต้องส่งต่อ “ผู้สูงอายุหนึ่งคนทั้งที่มี ภาวะพึ่งพิงและไม่มีภาวะพึ่งพิง มีโรคเรื้อรังซับซ้อน แต่ไม่มีแนวทางหรือแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ เฉพาะโรคที่ชัดเจน ขาดการวางแผนเป้าหมาย ผลลัพธ์ที่ จำเพาะเจาะจง ระบบ HHC และระบบ long term care ที่มีอยู่แล้ว คือ การดูแลเบื้องต้นเป็นหลัก เช่น เปลี่ยนสายยางให้อาหาร สายท่อปัสสาวะ ไม่มีการ ดูแลแบบเชิงลึกที่พยาบาลผู้จัดการต้องรู้ ช่วยแพทย์ ช่วย CG และญาติตัดสินใจได้ #dxxx02”

2) งานล้นมือ ภารกิจมาก ระบบเทคโนโลยี สารสนเทศที่นำมาให้ใช้ยากให้แบ่งเบาภาระงาน เอกสารและการดูแลผู้สูงอายุได้จริง “พยาบาล CM สามารถทำภารกิจได้ครบ แต่อาจไม่ตอบสนองตาม care demand ของผู้ป่วย ผู้สูงอายุ ไปเยี่ยมบ้านเดือน ละครั้งก็เต็มที่แล้ว ไปครั้งละ 30 นาที #dxxx04” “บางครั้งพบปัญหาของผู้สูงอายุ CG ไทรฯ มารายงาน แต่พยาบาลติดหน้างานต้องเสียเวลาโทรกลับไป กลับมาหลายครั้ง บางครั้งก็ออกมาดูผู้สูงอายุได้ทันที #dxxx01” “การส่งต่อข้อมูลผู้สูงอายุที่ยังมีปัญหา เรื้อรังขาดความต่อเนื่องจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ที่จะช่วยให้เราประเมินและปรึกษาแพทย์ใน รพ.สต. ได้ เช่น กรณีแผลกดทับ ต้องพาผู้ป่วยมาที่ รพ.สต. เพื่อให้แพทย์ประเมิน เกิดความยุ่งยากในการ

เคลื่อนย้ายผู้ป่วย ถ้ามีการส่ง debridement แพทย์ จะทำเองที่ รพ.สต. ไม่สามารถหาข้อมูลแผลก่อนหน้านี้ จาก รพ. ได้เลย ระบบควรเชื่อมกัน #dxxx02”

1.4 กลุ่มอาสาสมัคร พบปัญหาและความ ต้องการ 2 ประเด็น ดังนี้

1) ขาดความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุโรค เรื้อรัง ที่ผ่านมาอาสาสมัครเน้นการดูแลสุขภาพและ ให้คำแนะนำ ชวนผู้สูงอายุพูดคุย เพื่อให้ผู้สูงอายุ คลายเหงา เมื่อเผชิญปัญหาที่ซับซ้อนจากโรคเรื้อรัง เช่น น้ำตาลในเลือดสูง ต้องปรึกษาพยาบาลและไม่ได้ ให้การดูแลเบื้องต้นทันที “อาสาสมัครส่วนใหญ่ก็เป็น คนเดียวกับ อสม. มาเยี่ยมเยียน พูดคุย ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ บางที่เราเจอว่าอาการไม่เหมือนเดิม ไม่ ค่อย นอนซึม ก็ทำอะไรไม่ได้ ต้องโทรฯ บอกพยาบาล พยาบาลให้ลงเจาะน้ำตาล เจอน้ำตาลสูง ไม่รู้ต้อง ทำยังไง #dxxx04”

2) Care plan ไม่ครอบคลุมการทำงาน พยาบาลผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุจะประเมินปัญหา ผู้สูงอายุแต่ละรายและให้ care plan กับอาสาสมัคร ว่าผู้สูงอายุมีปัญหาด้านใด ดูแลอะไรเป็นพิเศษ เช่น ผู้สูงอายุมีแผล เมื่อแผลหายแล้วต้องติดตามเรื่องใด ต่อ หลังจากนั้น พยาบาลอ่านข้อมูลจากที่อาสา สมัครเขียนรายงานส่ง ส่วนใหญ่อาสาสมัครออก เยี่ยมในวันอาทิตย์ ทำแผนการพยาบาลที่ได้รับไปให้ การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน อาสาสมัครต้องมีการปรับให้ สอดคล้องกับผู้สูงอายุแต่ละราย ซึ่ง care plan ที่ให้ไป ไม่สามารถใช้ได้ทั้งหมด ถ้าสามารถทำให้เป็นปัจจุบัน ค้นหาความรู้การดูแลได้ จะช่วยให้เกิดความมั่นใจ และช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้ดูแลได้จริง “CG ทำ หน้าที่คล้าย อสม. มาเยี่ยมบ้านตามเวลาที่เราสched ไม่ค่อยได้ทำตาม care plan หรือ สถานการณ์จริง บางทีมันไม่เหมือนในแผน พยาบาลก็ไม่มีเวลามาตาม care plan #dxxx02”

1.5 กลุ่มบุคลากรจากองค์กรปกครองส่วน

ท้องถิ่น พบว่า การช่วยเหลือผู้สูงอายุยังขาดความต่อเนื่องและทันทั่วถึง การประสานงานอย่างรวดเร็วช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการทางสังคมได้ หากมีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาช่วยจัดการ ทำให้เกิดความคล่องตัวในการทำงานยิ่งขึ้น “อปท.ส่วนใหญ่เน้นดูแล Social care การสนับสนุนงบประมาณหรืออุปกรณ์เพียงปีละครั้ง ครอบครัวผู้สูงอายุต้องการวัสดุสิ้นเปลืองที่ต้องใช้แต่ละเดือน คือ แผ่นรองขับ แพมเพิร์ม อาหารเสริมพวคนม แก้วน้ำ ขั้วถ่าย การจัดหาสิ่งเหล่านี้ขึ้นกับสัมพันธภาพส่วนตัวของ อปท.และรพ.สต.เพราะที่ผ่านมา กว่าผู้สูงอายุจะได้รับการช่วยเหลือต้องผ่านหลายขั้นตอน เริ่มจากทำหนังสือการอนุมัติ การตั้งงบประมาณ และการประสานหน่วยงานอื่น ต้องเวลาในการจัดการงบประมาณส่วนใหญ่ รพ.สต.จะพยายามจัดหาให้ผู้สูงอายุเท่าที่ทำได้ เช่น การยืมจากโรงพยาบาลในเครือข่าย การขอรับบริจาค #idxxx02”

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (ดังตารางที่ 1) ได้แก่

2.1 ปัจจัยนำ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 75.41 ปี (SD = 9.84) ครั้งหนึ่งสถานภาพหย่าร้างหรืออยู่คนเดียว รายได้เฉลี่ยต่อ

เดือน 3,537.50 บาท มีโรคเรื้อรังมากกว่า 3 โรคขึ้นไป โรคความดันโลหิตสูงพบมากที่สุด รองลงมาได้แก่ ไขมันในเลือดสูงและโรคเบาหวาน ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีภาวะพึ่งพิงบางส่วน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) เฉลี่ย 7.55 (SD = 5.85)

2.2 ปัจจัยเชื้อ พบว่า บุคลากรที่มาเยี่ยมบ้านมากที่สุด คือ พยาบาลและอาสาสมัครเยี่ยมบ้านเดือนละ 1 ครั้ง ครั้งละประมาณ 30 นาที

2.3 ปัจจัยเสริม พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะเปราะบางสูงถึงร้อยละ 88.7 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.40 คะแนน (SD = 3.02)

2.4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเชื้อ และปัจจัยเสริมต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ มีบุคลากรมาเยี่ยมบ้าน ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีภาวะเปราะบางต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=10.77, p=0.005, t=7.49, p=0.024, t=61.48, p=0.000, t=12.97, p=0.044, t=57.675, p=0.000, t=23.78, p=0.000$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเชื้อ และปัจจัยเสริมต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี (n = 160)

ข้อมูล	n (%)	ระดับคุณภาพชีวิต			X ²	p-value
		ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
เพศ					2.250	0.325
หญิง	103(64.4)	27(26.21)	62(60.19)	14(13.60)		
ชาย	57(35.6)	14(24.56)	30(52.63)	13(22.81)		
อายุ (ปี)					7.084	0.132
60-69	56(35.0)	12(21.43)	29(51.79)	15(26.78)		
70-79	42(26.2)	12(28.57)	27(64.29)	3(7.14)		
≥ 80	62(38.8)	17(27.42)	36(58.06)	9(14.52)		
(Mean = 75.41 , SD = 9.84, Max = 96, Min = 60)						

ข้อมูล	n (%)	ระดับคุณภาพชีวิต			X ²	p-value	
		ต่ำ	ปานกลาง	สูง			
ระดับการศึกษา						10.774	0.005*
ประถมศึกษา	122(76.3)	34(27.87)	74(60.66)	14(11.47)			
สูงกว่าประถมศึกษา	38(23.7)	7(18.42)	18(47.37)	13(34.21)			
สถานภาพสมรส						7.489	0.024*
อยู่กับคู่สมรส	79(49.4)	27(34.18)	43(54.43)	9(11.39)			
หย่า/อยู่คนเดียว	81(50.6)	14(17.28)	49(60.50)	18(22.22)			
ความเพียงพอของรายได้						61.477	0.000*
เพียงพอ	80(50.0)	2(2.5)	51(63.75)	27(33.75)			
ไม่เพียงพอ	80(50.0)	39(48.75)	41(51.25)	0(0.00)			
(Mean =3,537.50, SD = 5,248.72, Max = 30,000 บาท, Min = 600 บาท)							
จำนวนโรคเรื้อรัง						5.501	0.481
0	15(9.4)	5(33.33)	10(66.67)	0(0.00)			
1	43(26.9)	11(25.58)	22(51.16)	10(23.26)			
2	38(23.7)	8(21.05)	22(57.90)	8(21.05)			
≥3	64(40.0)	17(26.56)	38(59.38)	9(14.06)			
ค่าดัชนีมวลกาย (BMI: Body Mass Index)							
< 18.5	24(15.0)	9(37.5)	12(50.0)	3(12.5)	5.733	0.220	
18.5-22.9	77(48.12)	17(22.08)	50(64.94)	10(12.98)			
≥23	59(36.88)	15(25.42)	30(50.85)	14(23.73)			
(Mean = 23.22, SD =6.13)							
บุคลากรที่มาเยี่ยมบ้าน							
พยาบาล	32(20.0)	9(28.13)	17(53.12)	6(18.75)	12.968	0.044*	
พยาบาลและอาสาสมัคร	69(43.1)	24(34.78)	31(44.93)	14(20.29)			
อาสาสมัคร	31(19.4)	4(12.90)	22(70.97)	5(16.13)			
ไม่ได้รับการเยี่ยมบ้าน	28(17.5)	4(14.29)	22(78.57)	2(7.14)			
ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (คะแนน)							
ภาวะพึ่งพิงทั้งหมด (0-4)	61(38.1)	29(47.54)	29(47.54)	3(4.92)	57.675	0.000*	
ภาวะพึ่งพิงบางส่วน (5-11)	72(45.0)	8(11.11)	55(76.39)	9(12.5)			
ไม่มีภาวะพึ่งพิง (12-20)	27(16.9)	4(14.81)	8(29.63)	15(55.56)			
(Mean = 7.55, SD = 5.85, Max = 20, Min = 0)							
ภาวะเปราะบาง (คะแนน)							
ไม่มี (< 5 คะแนน)	18(11.3)	0(0.00)	8(44.44)	10(55.56)	23.781	0.000*	
มี (≥ 5 คะแนน)	142(88.7)	41(28.87)	84(59.16)	17(11.97)			
(Mean = 8.40, SD = 3.02, Max = 14, Min = 0)							

* p Value ≤ 0.05

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานปัญหาสุขภาพและระดับคุณภาพชีวิต (n = 160)

ปัญหาสุขภาพและระดับคุณภาพชีวิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปัญหาสุขภาพ (ตอบได้มากกว่า 1 ปัญหา)		
เคลื่อนไหวลำบาก	83	51.9
ปวดหลัง/เอว	76	47.5
หลงลืม/จำไม่ได้	70	43.8
ปวดเข่า	66	41.3
นอนไม่หลับ	55	34.4
อ่อนเพลีย	43	26.9
กลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้	36	22.5
เวียนศีรษะ	35	21.9
ท้องผูก	33	20.6
เคี้ยว กลืนลำบาก	30	18.8
เบื่ออาหาร	28	17.5
แน่นท้อง ท้องอืด	19	11.9
ให้อาหารทางสายยาง	15	9.4
ใส่สายสวนปัสสาวะ	14	8.8
แผลเรื้อรัง	11	6.9
เพศสัมพันธ์	4	2.5
ระดับคุณภาพชีวิต		
คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ (13-30 คะแนน)	41	25.6
คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (31-48 คะแนน)	92	57.5
คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี (49-65 คะแนน)	27	16.9
(Mean = 37.31 , SD = 12.00, Max = 65, Min = 13)		

การอภิปรายผล

1. ปัญหา ความต้องการด้านสุขภาพ
การใช้บริการสุขภาพและคุณภาพชีวิตของ
ผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี ประเด็นปัญหาและ
ความต้องการด้านสุขภาพที่ตรงกันของผู้สูงอายุและ
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ คือ ต้องการวิธีการดูแลและการจัดการ
โรคเรื้อรัง โดยเฉพาะการแก้ไขปัญหาลเฉพาะหน้าเมื่อ
เผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของโรค เช่น ระดับน้ำตาล
ไม่คงที่ การทำความสะอาดร่างกายบนเตียงจากที่เคย

ช่วยเหลือตัวเองได้ เป็นต้น เช่นเดียวกับอาสาสมัครที่
ขาดความมั่นใจเมื่อต้องดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่
ซับซ้อน หากมีที่ปรึกษาที่สามารถให้ความช่วยเหลือ
ได้ทันทีจะช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือให้แก่ผู้สูงอายุและ
ผู้ดูแลเมื่อไปเยี่ยมบ้าน ขณะที่พยาบาลผู้จัดการดูแล
ผู้สูงอายุต้องการเพิ่มขีดความสามารถด้านการดูแล
ผู้สูงอายุเชิงลึก สอดคล้องกับผลการสนทนากลุ่มใน
การแก้ไขปัญหาร่วมกันโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
พบว่า ปัญหาการขาดแคลนผู้ดูแลผู้สูงอายุยังไม่ใช่

ปัญหาสำคัญมากนัก ชุมชนมองว่ายังให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้ ปัญหาที่สำคัญ คือ สมาชิกในชุมชนขาดความรู้ในการดูแลกรณีเจ็บป่วย การจัดการช่วยเหลือในระยะฉุกเฉิน และไม่เข้าถึงบริการสุขภาพ²¹ ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง เป็นผู้ป่วยติดเตียง ไม่มีผู้ดูแลจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากทีมสุขภาพ⁴ การให้บริการสุขภาพด้วยการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลและอาสาสมัครเดือนละ 1 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที อาจไม่เพียงพอในการดูแลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี อย่างไรก็ตาม การสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุจากอาสาสมัคร ถือเป็นความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้เกิดการคัดกรองสุขภาพ การค้นหาปัญหาสุขภาพเบื้องต้น เนื่องจากได้รับความไว้วางใจ สามารถเข้าถึงประชาชนในพื้นที่ได้ มีความสนิทสนมและสนิทใจกับผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลสามารถบอกเล่าความไม่สบายใจให้รับฟังด้วยความเต็มใจ

ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อมจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นอย่างดี ทำให้ใช้ชีวิตได้อย่างปลอดภัย กล่าวคือ ผู้สูงอายุมักมีความยากลำบากในการดำเนินชีวิตจากความเสื่อมถอยของร่างกายและการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ต้องพึ่งพิงผู้อื่นที่ผ่านมาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์สำหรับปรับสภาพบ้าน สิ่งแวดล้อมรอบบ้านผู้สูงอายุ จัดพื้นที่ให้ผู้สูงอายุได้ออกมาทำกิจกรรมร่วมกัน สนับสนุนงบประมาณแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการจัดหาอุปกรณ์ทางแพทย์กายอุปกรณ์ วัสดุสิ้นเปลืองในการดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงการจัดโครงการส่งเสริม ป้องกันรักษาสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการทางสังคมอย่างทั่วถึงและเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม^{6, 22, 23} ปัจจุบันยังขาดการเชื่อมโยงข้อมูลด้านสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพเฉพาะบุคคลอย่างเป็นระบบ ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการตอบสนองอย่างทันท่วงที ผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ระบบ

เทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูล การดูแลสุขภาพอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะการประเมินอาการเจ็บป่วยเบื้องต้น การสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพ การติดตามโรคและการจัดการโรคเรื้อรังด้วยตนเอง อย่างไรก็ตาม การรวบรวมความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและการสร้างความร่วมมือกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างจริงจังโดยเฉพาะการจัดบริการทางสังคมโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยังคงเป็นความท้าทายและจำเป็นต้องพัฒนาเพิ่มเติมเพื่อให้มั่นใจได้ว่าสามารถประสานงานการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{24, 25}

2. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี

ปัจจัยนำ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพหย่าร้างหรืออยู่คนเดียว สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทยที่พบครอบครัวเดี่ยวหรือครัวเรือนคนเดียวในเขตเมืองเพิ่มขึ้น² มีโรคเรื้อรังหลายโรค เพิ่มความซับซ้อนในการดูแลเนื่องจากมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพทำให้ไม่สามารถจัดการควบคุมโรคได้ โดยเฉพาะโรคระบบทางเดินหายใจและหัวใจ²³ ผู้สูงอายุเกินกว่าครึ่งหนึ่งมีภาวะพึ่งพิงบางส่วนหรือเป็นผู้สูงอายุติดบ้านอาจทำให้การรับรู้ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตลดลง สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่รับรู้สุขภาพด้านร่างกายอยู่ในระดับดีมาก สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง มีกิจกรรมทางกาย และการเคลื่อนไหวได้ตามปกติมีผลต่อความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตที่ดีเนื่องจากรู้สึกปลอดภัย และเป็นอิสระในการดำเนินชีวิต¹⁴ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ahmadi และคณะ (2023) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการพึ่งพาผู้อื่นสูงสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁹

ปัจจัยเอื้อ ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยพยาบาลและอาสาสมัครมากที่สุด อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในภาวะพึ่งพิงบางส่วนและมีภาวะเปราะบาง พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการจัดการดูแลผู้สูงอายุ คือ เป็นผู้วางแผนและปฏิบัติการดูแลโรคที่มีความซับซ้อน เป็นผู้ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการได้ทันทั่วถึง เป็นผู้นำและที่ปรึกษาให้แก่ผู้ดูแลและอาสาสมัครในการดูแลผู้สูงอายุ⁴ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลอย่างเป็นทางการจากบุคลากรทางสุขภาพ (formal care) และการดูแลแบบไม่เป็นทางการในชุมชน (informal care) เป็นประจำ มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁹

ปัจจัยเสริม ผู้สูงอายุมีภาวะเปราะบางสูงถึงร้อยละ 88.7 อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในภาวะพึ่งพิงบางส่วนเป็นช่วงกำลังเข้าสู่สภาวะเปลี่ยนผ่านจากสภาพแข็งแรงสู่ภาวะอ่อนแอในหลายระบบ จึงรับรู้ถึงความเปราะบางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ทำให้เกิดปัญหาและผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์ เช่น การทรงตัว กลัวการหกล้ม มีโรคเรื้อรังซับซ้อน ไม่กล้าเข้าสังคมจนทำให้กิจกรรมทางกายถดถอย มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁰

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา หย่าร้างหรืออยู่คนเดียว รายได้เพียงพอ มีพยาบาลและอาสาสมัครมาเยี่ยมบ้าน ไม่มีภาวะเปราะบาง และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุระดับการศึกษาสูงจะสัมพันธ์กับรายได้ที่เพียงพอกับการดำรงชีวิตเนื่องจากมี

ทางเลือกในการประกอบอาชีพ มีเงินออม ไม่มีหนี้สินหลังเกษียณ¹⁷ แม้จะอยู่คนเดียวหรือหย่าร้าง หากไม่มีภาวะเปราะบาง เป็นกลุ่มติดสังคมส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สิ่งสำคัญ คือ ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลสุขภาพร่างกาย จิตใจ และเข้าถึงบริการทางสังคมด้วยตนเอง สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีศักดิ์ศรี ทำให้มีพลังในการใช้ชีวิตเพื่อสร้างคุณค่าให้สังคม ชุมชน¹⁸

อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลางแม้ได้รับการสนับสนุนบริการทางสังคมเป็นอย่างดี แต่ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการที่แท้จริงได้ อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพ เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่า 3 โรคขึ้นไป¹⁹ เพิ่มความซับซ้อนในการดูแล การจัดการควบคุมโรค และการแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน²¹ นอกจากนี้ ภาวะเปราะบางส่งผลกระทบต่อการใช้ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อมโดยรอบและการใช้บริการสาธารณะ²⁰ ทำให้ไม่มีความสุขในชีวิตเท่าที่ควร ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพแม้เพียงเล็กน้อยแต่รบกวนการใช้ชีวิตประจำวันและส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ เช่น เวียนศีรษะ หงุดหงิดง่าย ตามัว ท้องอืด ปัสสาวะเล็ด เป็นต้น ปัญหาสุขภาพเหล่านี้เพิ่มความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าให้แก่ผู้สูงอายุในระยะสั้นภายใน 3 ปี และ 6 ปี ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หากปล่อยปัญหาสุขภาพเหล่านี้ทิ้งไว้ในระยะยาวภายใน 9 ปี และ 12 ปี ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁸

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังที่ซับซ้อนเป็นปัญหาและความต้องการที่สำคัญ หน่วยงานด้านสุขภาพควรพัฒนาแนวทางหรือแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและภาวะพึ่งพิงในชุมชน ครอบคลุมปัญหา

สุขภาพและสามารถใช้งานได้ทั้งผู้สูงอายุ อาสา
บริบาล พยาบาลผู้จัดการผู้สูงอายุเพื่อเพิ่มศักยภาพ
และมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

2. ด้านการใช้บริการสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มี
ภาวะพึ่งพิงบางส่วนและมีภาวะเปราะบาง จำเป็นต้อง
ได้รับการดูแลจากพยาบาลและอาสาบริบาลเพื่อเพิ่ม
การเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องและทันทั่วถึงที่
ผู้กำหนดนโยบายควรเพิ่มบุคลากรทางสุขภาพทั้งแบบ
ทางการและไม่เป็นทางการในชุมชนโดยใช้การ
ถ่ายทอดความรู้ทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุใน
ชุมชนให้เพียงพอกับความต้องการการดูแลที่เพิ่มขึ้น
อย่างต่อเนื่อง

3. ด้านการยกระดับคุณภาพชีวิต จำเป็นต้อง
บริหารจัดการอย่างรอบด้านโดยความร่วมมือของ
ทุกภาคส่วนเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและความยั่งยืน
ในการทำงานร่วมกันในชุมชน องค์กรภาครัฐหรือ
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรสนับสนุนงบประมาณ
การพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและการ

ช่วยเหลือในระยะฉุกเฉินผ่านระบบเทคโนโลยี
สารสนเทศเพื่อการสื่อสารโดยเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ
ของผู้สูงอายุกับผู้ดูแล อาสาบริบาล พยาบาล
นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อประสานเครือข่ายการ
ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ลดความยุ่งยาก ความซ้ำซ้อน
ในการทำงาน เกิดการทำงานอย่างรวดเร็ว รวดเร็วและ
เป็นปัจจุบัน ตอบสนองอุปสงค์ของปัญหาได้ตรงตาม
ความต้องการของแต่ละบุคคลและเพิ่มการเข้าถึง
บริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณสถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุขที่ให้ทุนสนับสนุนการศึกษาวิจัยในครั้งนี้
ขอขอบพระคุณเทศบาลนครนนทบุรี พยาบาลและ
เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 4 วัดสมรโกฏิ
และศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 5 ทวายทอง ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลและขอขอบคุณผู้ให้
ข้อมูลทุกท่านจนเกิดผลสำเร็จ

References

1. Uthaiwan Pongboriboon. The Elderly Situation in Thailand: Health's problems and needs. EAU HERITAGE. 2020;10(2):46-58. Thai.
2. Statistical Information Dissemination and Service Group Statistical Forecasting Division. The 2024 Survey of the older persons in Thailand. [Internet]. BKK: National Statistical Office; 2024 [cited 2025 Oct 19]. Available from: <https://www.nso.go.th>. Thai.
3. Department of Disease Control. Top 5 Non-communicable disease in elderly. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2024 [cited 2025 Oct 19]. Available from: <https://ddc.moph.go.th>. Thai.
4. Uthaiwan Pongboriboon, Kusol Keebang, Saifon Kanthamalee and Wanida Phraephassa. The health situation of dependent elderly: The challenges for nursing professionals. EAU HERITAGE. 2024;18(1):44-55. Thai.
5. Nipapan Jensantiku. Quality of Life of the Elderly: Situations and social welfare approach in Thailand under social change. PAAT Journal. 2020;2(3):15-26. Thai.

6. Bualun Hinkaew, Khanitta Nuntaboot. Problems and needs of community supports related to living in hardship among older people. JNHR. 2023;24(2):1-19. Thai.
7. Panida Phu-Ngamdee, Ekaporn Rukkwamsuk. A development of public service provision for the elderly's life quality during 2017-2021. JMA. 2018;5(1):168-83. Thai.
8. World Health Organization. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) 2012 [Internet]. Geneva: WHO; 2012. [cited 2025 Oct 19]. Available from: <https://www.who.int>.
9. Narisa Wongpanarak, Saisamorn Chaleoykitti. Quality of life: A study of elderly in Thailand. JRTAN. 2015;15(3):64-70. Thai
10. Jaruphat Janfoo, Phiyada Phupanon, Praewrung Kalavin, Thimaporn Kornwiphakamsuk, Thananya Ngamhna. Problems and welfare needs of the elderly: Ban Mueang Klang area, Ban Luang Subdistrict, Chom Thong District, Chiang Mai Province. Khuangpaya. 2024;18(2):53-66. Thai.
11. Pattaraporn Doungraung, Natnicha Hasoontree. Development of the quality of life of the elderly persons in Nonthaburi Municipality, Nonthaburi Province. RPU Journal. 2020;6(1):122-34. Thai.
12. Perapong Kanoklertwonges. Factors affected the policy management to improve quality of elderly's life of Local Province Administrative Office. EAU Heritage Sci. 2018;8(2):249-64. Thai.
13. Pachlita Kamphonborwornwat, Pornphan Hemaphan. The study of quality of life of the elderly in Sao Thong Hin Municipality, Nonthaburi Province. JSSP. (2024);6(3):397-412. Thai.
14. Supot Boonwises. The quality of life of the elderly in Pakkret Municipality, Pakkret District, Nonthaburi Province. JHSSRRU. 2025;27(2):157-74. Thai.
15. Gobbens RJ, van Assen MA, Luijckx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JM. The tilburg frailty indicator: psychometric properties. J Am Med Dir Assoc. 2010;11(5):344-55.
16. Caballero FF, Miret M, Power M, Chatterji S, Tobiasz-Adamczyk B, Koskinen S, et al. Validation of an instrument to evaluate quality of life in the aging population: WHOQOL-AGE. HQLO 2013;11:177. doi.org/10.1186/1477-7525-11-177.
17. Phonphae Tumthong, Kevalin Silphiphat. The Quality of life of the elderly in Nonthaburi Province. JRKA. 2023;8(10):184-97. Thai.
18. Paul C, Schöttker B, Brenner H, Holleczeck B, Friederich H-C, Wild B. Predictors of health-related quality of life in older adults over a course of twelve years – Results from a large population-based study using a machine learning approach. Int Psychogeriatr. 2025;100141. doi: 10.1016/j.inpsyc.2025.100141.
19. Ahmadi M, Kazemi-Arpanahi H, Nopour R, Shanbehzadeh M. Factors influencing quality of life among the elderly: An approach using logistic regression. J Educ Health Promot. 2023;12:215. doi:10.4103/jehp.jehp_13_23.

20. Sukwida Manorangsarn, Pawan Chaiparinya, Sirima Mongkolsomlit, Sujitra Boonyong. Frailty, fear of falling, and quality of life among community-dwelling older people. Thai J Phys Ther. 2025;47(1):44-56. Thai.
21. Sakorn Intolo, Wittaya Wayo, Kunlayarat Kadsanit, Narong Kam-on, Ratdawan Klungklang. Feedback loop reflecting processes for community engagement in elderly care. JTNMC. 2023;38(2):49-63. Thai.
22. Prasert Leksansern, Arisara Leksansern. Factors affecting the quality of life of the elderly in Nonthaburi Province. INTEGR. 2025;11(2):123-50. Thai.
23. Khannistha Mahem, Wannaphon Khampila, Sukanya Raksri, Saisuda Junhuana, Kan Kunawong, Netnavari Phacam. The development of elderly chronic disease management model Naor Sub-district Municipality, Mueang District, Loei Province. Nurs. health sci. res. 2023;15(2):e263765. Thai.
24. Hunsbedt Fjellså HM, Husebø AML, Braut H, Mikkelsen A, Storm M. Older adults' experiences with participation and eHealth in care coordination: Qualitative interview study in a primary care setting. J Particip Med. 2023;15:e47550.
25. Mielonen J, Kuusisto H, Kinnunen U-M, Kemppi A, Saranto K. Older adults' experiences of eHealth in health and social care. FinJeHeW. 2023;15(3):276-86.

ผลของระบบตอบสนองเร่งด่วนในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลปทุมธานี

บังอรรัตน์ บุญคง* พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)
วรินทร์ธร ร่มไทร** พย.บ.
มาสริน ศุกลักษ์*** พร.ด. (การส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา)

(รับ: 2 เมษายน 2569, แก้ไข: 11 เมษายน 2569, ตอรับ: 20 เมษายน 2569)

บทคัดย่อ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นภาวะวิกฤตฉุกเฉิน ที่มีอัตราการเสียชีวิตสูง การค้นหาผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว และการจัดการรักษาพยาบาลอย่างเหมาะสมภายในชั่วโมงแรก มีความสำคัญต่อการลดความรุนแรงของโรคและการเสียชีวิต การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของระบบตอบสนองเร่งด่วนในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลปทุมธานี ในเดือนมิถุนายน 2566 จำนวน 78 คน และในเดือนกรกฎาคม 103 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ ระบบตอบสนองเร่งด่วนในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วย (1) ระบบบริหาร (2) ระบบบริการ และ (3) ระบบวิชาการ เก็บข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ความตรงเชิงเนื้อหา และค่าดัชนีความสอดคล้องของเครื่องมือ มีค่า 0.67-1.00 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ chi-square

ผลการวิจัย พบว่า หลังใช้ระบบตอบสนองเร่งด่วนฯ สัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองและส่งวินิจฉัยภายในเวลาที่กำหนด, ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำในอัตรา 30 ml/kg ใน 1 ชม แรก, ได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต และได้รับการคัดกรองภาวะทรุดลงโดยใช้ SOS Score มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในขณะที่เดียวกันร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงลดลง การเปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการปฏิบัติระหว่างภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย ระหว่างกลุ่มก่อนและหลังใช้ระบบฯ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 3.287, $p < .05$)

คำสำคัญ: ระบบตอบสนองเร่งด่วน; ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด; ห่วงโซ่การป้องกัน; ผลลัพธ์ทางคลินิก

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลปทุมธานี

** พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ โรงพยาบาลปทุมธานี

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Corresponding author; Email: masarin@bcnnon.ac.th

The Effect of a Rapid Response System on Clinical Outcomes among Patients with Sepsis at Pathum Thani Hospital

Bangorrut Boonkong*	M.N.S. (Adult Nursing)
Warinthon Romsai**	B.N.S.
Masarin Sukolpuk***	Ph.D. (Health promotion and health education)

(Received: April 2, 2026, Revised: April 11, 2026, Accepted: April 20, 2026)

Abstract

Sepsis is a life-threatening medical emergency associated with high mortality. Rapid identification and appropriate management within the first hour are essential to reduce disease severity and mortality. This quasi-experimental with one-group pretest-posttest design study aimed to evaluate the effects of a rapid response system for the management of patients with sepsis on clinical outcomes at Pathum Thani Hospital. The purposive sample consisted of 78 patients diagnosed with sepsis and admitted at Pathum Thani Hospital, in June 2023 and 103 patients in July 2023. The research instrument was a rapid response system for sepsis care, comprising (1) administrative system, (2) operational system, and (3) academic system. Data were collected using clinical outcomes record form. The content validity index ranged from 0.67 to 1.00. Data were analyzed using descriptive statistics and the Chi-square test.

The results showed that after the implementation of the rapid response system, the proportion of patients receiving timely screening and diagnosis, receiving intravenous fluids at a rate of 30 ml/kg in the first hour, receiving care in the intensive care unit, and screening for deterioration using the SOS Score showed an increasing trend. Meanwhile, the mortality rate among patients with severe sepsis decreased. A comparison on the proportion of patients received antibiotics within 1 hour of diagnosis between the pre and post implementation groups revealed a statistically significant difference (χ^2 3.287, $p < .05$).

Keywords: Rapid response system; Patients with sepsis; Chain of prevention; Clinical outcomes

* Senior Professional nurse, APN., Pathumthani Hospital

** Expert nurse, Director of Nursing, Pathumthani Hospital

*** Assistant Professor, Ph.D. Boromarajonani Collage of Nursing, Changwat Nonthaburi, Praboromarajchanok

Institute Corresponding author; E-mail: masarin@bcnnon.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะวิกฤตฉุกเฉินที่คุกคามชีวิต ต้องได้รับการจัดการอย่างทันด่วนเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต¹ สาเหตุที่สำคัญของการติดเชื้อในกระแสเลือด เกิดจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายตอบสนองต่อการติดเชื้อมากเกินไป ส่งผลต่อการทำงานของอวัยวะสำคัญในร่างกายล้มเหลว เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น ภาวะไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อไม่เพียงพอ ระบบหายใจ ระบบหัวใจ การทำงานของไตและตับล้มเหลว เกิดภาวะช็อกและเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว²

ปัญหาดังกล่าวถือเป็นภาวะสำคัญของระบบสุขภาพทั่วโลก ซึ่งมีอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตสูงถึงแม้ว่าจะมีระบบการแพทย์ที่ก้าวหน้าแล้วก็ตาม³ ในสหรัฐอเมริกาพบผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดมากกว่าล้านคนต่อปี และ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดเสียชีวิต มี 1 ใน 6 ของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับผลกระทบ⁴ ในประเทศไทยอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตมีผู้ป่วยประมาณ 175,000 ราย/ปี และเสียชีวิตประมาณ 45,000 รายต่อปี หรือ ผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตเกิดขึ้น 1 รายในทุกๆ 3 นาที และเสียชีวิต 5 ราย ในทุก 1 ชั่วโมง โดยอัตราการตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตในประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2566 ร้อยละ 19.77, 20.55, 21.13 และ 17 ตามลำดับ⁵

การค้นหาผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตได้รวดเร็วและจัดการรักษาช่วยเหลืออย่างเหมาะสมในช่วงเวลาแรก จะช่วยลดความรุนแรงของโรค และทำให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น สมาคมเวชบำบัดวิกฤตในยุโรปและอเมริกาได้นำเสนอแนวปฏิบัติในบทความ Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Managing of Sepsis and Septic shock 2021⁶ ที่สำคัญ คือ การปรับปรุง

แนวทางการคัดกรองใหม่ ซึ่งการใช้เครื่องมือการคัดกรองแบบ quick Sequential Organ Failure Score (qSOFA) อย่างเดียวไม่ครอบคลุมในปัญหาของผู้ป่วยติดเชื้อ จึงแนะนำให้ใช้เครื่องมืออื่น เช่น systemic inflammatory response syndrome (SIRS) National Early Warning Score (NEWS)⁷ หรือ Modified Early Warning Score (MEWS) ร่วมด้วย⁸ การเจาะเลือดส่งตรวจแลคเตท (Blood Lactate) การให้สารน้ำ (crystalloid) อย่างน้อย 30 cc/kg ใน 3 ชั่วโมง ให้ยา Antibiotic ใน 1 ชั่วโมง ในผู้ป่วยที่มีอาการช็อก (Septic shock)⁹ ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการติดเชื้อในกระแสเลือดที่สำคัญ คือ มีการเสียชีวิตสูง¹⁰

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าระบบตอบสนองแบบเร่งด่วน (Rapid Response System) ช่วยลดอัตราการตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงได้ ในทวีปยุโรปและสหรัฐอเมริกาได้สร้างแนวปฏิบัติการตอบสนองรวดเร็ว (Sepsis Rapid Response Protocol) ขึ้นเพื่อสนับสนุนการวินิจฉัยและการรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงโดยมีเป้าหมาย เพื่อให้การวินิจฉัยและการรักษาเกิดขึ้นได้เร็วขึ้น¹¹ ถ้าแพทย์สงสัยว่าผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด สามารถเรียก Code Sepsis ได้ ซึ่งช่วยให้ขั้นตอนการวินิจฉัยเร็วขึ้น มีการส่งตรวจ Serum Lactate และเริ่มยาปฏิชีวนะได้ทันที ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเร็วขึ้น ทำให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดลดลง¹²

สถานการณ์จากการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในโรงพยาบาลปทุมธานีอยู่ในระดับสูง ปีงบประมาณ 2566 ไตรมาสแรก (ตุลาคม-ธันวาคม 2565) พบอัตราการติดเชื้อ ร้อยละ 50.90 นอกจากนี้ยังพบข้อมูลที่มีโอกาสในการพัฒนา เช่น

ระยะเวลาการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง การบันทึกปริมาณจำนวนปัสสาวะออกในผู้ป่วยที่เริ่มมีภาวะช็อค ระยะเวลาการได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงยังไม่เป็นไปตามมาตรฐาน และผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรงหรือผู้ป่วย Septic shock ไม่ได้รับการส่งต่อเพื่อการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ทั้งนี้โรงพยาบาลปทุมธานีมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่ได้รับการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังพบอัตราการเสียชีวิตในระดับสูง การพัฒนาระบบตอบสนองเร่งด่วนในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลปทุมธานี จะช่วยให้ระบบความรุนแรงและแนวโน้มของโรคเพื่อการเฝ้าระวังและให้การพยาบาลได้รวดเร็ว เหมาะสมทันเวลา ส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และมีอัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

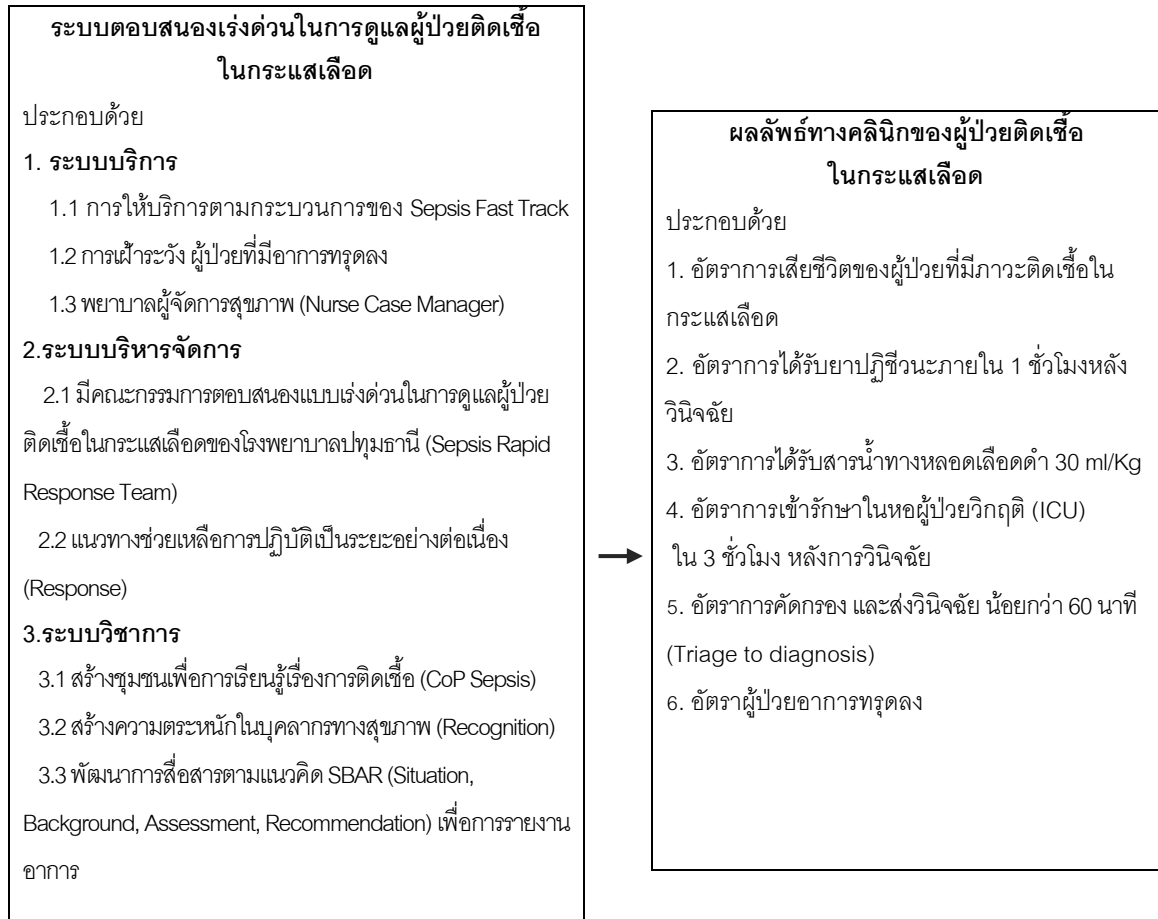
เพื่อศึกษาผลของระบบตอบสนองเร่งด่วนในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลปทุมธานี

สมมติฐานการวิจัย

หลังการใช้ระบบตอบสนองเร่งด่วนในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดดีขึ้นกว่าก่อนการใช้ระบบตอบสนองเร่งด่วนในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับห่วงโซ่การป้องกัน (Chain of prevention)¹³ แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (CPG Sepsis)¹⁴ แนวทางการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Standing order Sepsis) และระบบช่องทางพิเศษ (Sepsis Fast Track)¹⁵ แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Work Instruction Sepsis)¹⁶ ระบบการประเมินและเฝ้าระวังภาวะทรุดลงของผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน (Search Out Severity score; SOS)¹⁷ ระบบการดำเนินงานของทีม Sepsis Rapid Response Team (SRRT)¹⁸ มาประยุกต์ใช้ในการออกแบบระบบตอบสนองเร่งด่วนในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลปทุมธานี ประกอบด้วย 1. ระบบบริการ 2. ระบบบริหารจัดการ 3. ระบบวิชาการ โดยมีผลลัพธ์ทางการพยาบาล ดังนี้ 1. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 2. อัตราการได้รับยาปฏิชีวนะใน 1 ชม.หลังการวินิจฉัย 3. อัตราการได้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 30 ml/Kg 4. อัตราการเข้ารักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติใน 3 ชม.หลังการวินิจฉัย 5. อัตราการคัดกรองและส่งวินิจฉัยในเวลาที่กำหนด (Triage to diagnosis) น้อยกว่า 60 นาที และ 6. อัตราผู้ป่วยอาการทรุดลง (SOS score) ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่

1) กลุ่มผู้ป่วย อายุ 18 ปีขึ้นไปที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด เข้ามารับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลปทุมธานี ช่วงเดือนมิถุนายน – กรกฎาคม พ.ศ. 2566 คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวนกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น ระยะก่อนการใช้ระบบฯ 78 คน (เดือนมิถุนายน 2566) และระยะหลังการใช้ระบบฯ 108 คน (เดือนกรกฎาคม 2566) ตามเกณฑ์คัดเข้า คือ 1.1) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคติดเชื้อในกระแสเลือด 1.2) เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลปทุมธานี 1.3) ยินยอมให้

ข้อมูล เกณฑ์การคัดออก คือ เสียชีวิตระหว่างการรักษา

2) กลุ่มบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ใช้ระบบ ได้แก่ แพทย์ และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต RCU, ICU, อายุรกรรมชาย อายุรกรรมหญิง ตึกแยกโรค (1/5) และห้องฉุกเฉิน ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลปทุมธานี ช่วงเดือนมิถุนายน – กรกฎาคม พ.ศ. 2566 คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 16 คน แบ่งเป็น อายุรแพทย์ 6 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย RCU, ICU, อายุรกรรมชาย อายุรกรรมหญิง ตึกแยกโรค (1/5) และห้องฉุกเฉิน จำนวน 10 คน ตามเกณฑ์คัดเข้า 2.1) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลปทุมธานี 1 ปีขึ้นไป

2.2) ปฏิบัติงานในตำแหน่งแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ
2.3) ยินยอมให้ข้อมูล 2.4) มีประสบการณ์การเป็น
คณะกรรมการ Sepsis Rapid Response Team
(SRRT) ของโรงพยาบาลปทุมธานี เกณฑ์การคัดออก
คือ ย้ายหรือลาออกจากโรงพยาบาลปทุมธานี
ขณะดำเนินการวิจัย

การคำนวณขนาดของกลุ่มผู้ป่วย ผู้วิจัยใช้
โปรแกรม G*Power Analysis¹⁹ ใช้ Test family เลือก
t-tests, Statistical test เลือก Means: Differences
between two independent means (two groups)
กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.5
ซึ่งเป็นระดับปานกลาง ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha)
= .05 และค่า Power = 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 70 คน
ใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling)
กำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า คัดออก และอยู่
ในช่วงของการศึกษา โดยระยะก่อนใช้ระบบเป็นกลุ่ม
ผู้ป่วยตามเกณฑ์คัดเข้า เดือนมิถุนายน 2566 และ
ระยะหลังการใช้ระบบเป็นผู้ป่วยเดือนกรกฎาคม 2566

เครื่องมือในการวิจัยและการตรวจสอบ คุณภาพ

1. เครื่องมือในการทดลอง คือ ระบบ
ตอบสนองเร่งด่วนในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแส
เลือดของโรงพยาบาลปทุมธานี พัฒนาตามแนวทาง
ห่วงโซ่การป้องกัน (Chain of prevention)¹³ และระบบ
ที่โรงพยาบาลปทุมธานีพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย
3 ระบบ ได้แก่ 1) ระบบบริการ 2) ระบบบริหารจัดการ
3) ระบบวิชาการ ทั้ง 3 ระบบ มีกิจกรรมที่สำคัญ ดังนี้
(1) มีพยาบาลผู้จัดการสุขภาพ (Nurse Case
Manager Sepsis) และ CoP Sepsis (2) มีการให้
ความรู้ที่ทันสมัยแก่ทีมสุขภาพทั้งจังหวัดปทุมธานี
(Education) และส่งพยาบาลอบรมเชิงปฏิบัติการ
และทำหน้าที่เป็น Sepsis Nurse Case manager
(3) มีการพัฒนาเครื่องมือเฝ้าระวังและดักจับก่อนที่
ผู้ป่วยจะอาการแย่ลง (Monitoring) เช่น q-SOFA,

SOS score โดยให้เริ่มในทุกหน่วยบริการปฐมภูมิ
โรงพยาบาลชุมชน และ ห้องฉุกเฉินของทุกโรงพยาบาล
มีแนวทางการรักษา CPG Standing Order Septic
shock และ แนวปฏิบัติการพยาบาล CNPG Sepsis
(4) มีการสร้างความตระหนัก (Recognition)
ให้พยาบาลผู้จัดการสุขภาพ ทราบว่า Sepsis ถ้าให้
การช่วยเหลือทันเวลา เช่น ให้ยาปฏิชีวนะทัน ใน 60 นาที
ทำให้อัตราการเสียชีวิตลดลงถึงร้อยละ 7 ใช้หลักการ
Time Zero ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และยา
ปฏิชีวนะ ตั้งแต่เบื้องต้น (5) มีการพัฒนาด้านการ
สื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ใช้เครื่องมือ
S-BAR ในการรายงานอาการ และใช้แนวทางการ
รักษา (CPG Sepsis) เดียวกัน (6) มีแนวทาง
ช่วยเหลือและสะท้อนผลการปฏิบัติเป็นระยะอย่าง
ต่อเนื่อง (Response) มีการนิเทศติดตามการปฏิบัติ
ของพยาบาลคัดกรอง (Triage Nurse) ในโรงพยาบาล
ปทุมธานี ทีมสหสาขาวิชาชีพนำเสนอผลการดูแล
ปัญหาอุปสรรคแก่ผู้บริหาร (7) บริหารจัดการเตียงเพื่อ
รองรับผู้ป่วย Septic shock ได้ตลอดเวลา (Sepsis
Fast Track เข้า RCU 1 เตียง)

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

2.1 ด้านผู้ป่วย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูล
การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือด ที่พัฒนาจากแบบ
บันทึกข้อมูลของ service plan สาขาอายุรกรรม
(Sepsis) เขตสุขภาพที่ 4 ประกอบด้วย 1) ข้อมูล
พื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ ระบบของร่างกายที่มีการติด
เชื้อ ระยะเวลาที่ได้รับยาปฏิชีวนะครั้งแรก การเจาะ
เลือดเพื่อส่งเพาะเชื้อ ระยะเวลาได้รับสารน้ำทางหลอดเลือด
ดำ และแบบบันทึกผลลัพธ์การรักษาทางคลินิก
ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อน septic shock และการเสียชีวิต
จากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

2.2 ด้านการพยาบาล ได้แก่ แบบบันทึก
ข้อมูลวัดผลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย

ได้แก่ qSOFA, SIRS และแบบบันทึกการติดตาม
ต่อเนื่องด้วย SOS Score

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและใช้ในการเก็บ
รวบรวมข้อมูล ผ่านการตรวจสอบความตรงด้าน
เนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องด้านการดูแล
ผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือด โรงพยาบาลปทุมธานี
ประกอบด้วยอายุรแพทย์ 3 ท่าน เป็นประธาน
รองประธาน และที่ปรึกษาคณะกรรมการ Sepsis
Rapid Response Team (SRRT) และพยาบาล
วิชาชีพชำนาญการพิเศษ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ
ชำนาญการ 1 ท่าน ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย
ติดเชื้อในกระแสเลือด อย่างน้อย 10 ปี พิจารณา
ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง
เหมาะสม และ ความครอบคลุมของเนื้อหา (Item
Objective Congruence Index; IOC) ได้ 0.67-1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากโครงร่าง
การวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน
มนุษย์ โรงพยาบาลปทุมธานี และได้รับอนุญาตให้
ดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล
ซึ่งดำเนินการ ดังนี้ ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย
กับองค์กรแพทย์ หัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อเข้าร่วม
โครงการวิจัย เมื่อได้ผู้สนใจตามที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยได้
จัดประชุมเพื่ออธิบายความเป็นมาของปัญหา ชี้แจง
วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย ประโยชน์จากการเข้า
ร่วมโครงการวิจัย รวมถึงอธิบายระบบตอบสนองเร่ง
เด่นในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของ
โรงพยาบาลปทุมธานี ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิกลุ่ม
ตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้า
ร่วมโครงการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ จำนวน และร้อยละ
ส่วนผลลัพธ์ทางคลินิกผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด
วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ จำนวน ร้อยละ และสถิติ

chi-square

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจาก
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
ของโรงพยาบาลปทุมธานี เลขที่ EC-PTH A007-66
เมื่อวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2566 พัทธสิทธิ์กลุ่ม
ตัวอย่างโดยการชี้แจงรายละเอียดกับผู้ป่วยและญาติ
ครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย
วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์
และผลกระทบที่ได้รับจากการวิจัย โดยอธิบายให้
เข้าใจว่า การตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย
เป็นไปโดยสมัครใจ และการถอนตัวออกจากการวิจัย
ไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาและการดูแล การ
เสนอผลงานวิจัยเสนอเป็นข้อมูลในภาพรวม

ผลการวิจัย พบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างก่อนการให้ระบบฯ ส่วนใหญ่
เป็นผู้ป่วยแรกรับที่ห้องฉุกเฉิน จำนวน 59 คน คิดเป็น
ร้อยละ 75.6 รับย้ายจากโรงพยาบาลในเครือข่าย
สุขภาพของโรงพยาบาลปทุมธานี จำนวน 19 คน
คิดเป็นร้อยละ 24.4 แกรับอยู่ในภาวะ shock จำนวน
18 คน คิดเป็นร้อยละ 23.1 กลุ่มตัวอย่างหลังการใช้
ระบบฯ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยแรกรับที่แผนกผู้ป่วย
ฉุกเฉิน จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 63.0 รับย้าย
จากโรงพยาบาลในเครือข่ายสุขภาพของโรงพยาบาล
ปทุมธานี 40 คน คิดเป็นร้อยละ 37.0 แกรับอยู่ใน
ภาวะ shock 68 คน คิดเป็นร้อยละ 63.0

2. การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกหลัง
การใช้ระบบฯ การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด
โดยการประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการ
ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือด พบว่า ร้อยละผู้ป่วย
ติดเชื้อในกระแสเลือดที่คัดกรองและส่งวินิจฉัยนำทาง
หลอดเลือดดำในอัตรา 30 ml/kg ใน 1 ชั่วโมงแรก การ
ได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต การคัดกรองภาวะ
ทรุดลงโดยใช้ SOS Score เพิ่มขึ้น ร้อยละการเสียชีวิต

วารสารกองการพยาบาล

ของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงลดลง โดยสัดส่วนผู้ป่วยในกลุ่มก่อนใช้ระบบ และกลุ่มหลังใช้ระบบ ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง หลัง

วินิจฉัย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2=3.287$ df=1 p=.036)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวน และร้อยละของผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ก่อนและหลังการใช้ระบบฯ

ตัวชี้วัด	ก่อนใช้ระบบ (n=78)		หลังใช้ระบบ (n=108)		χ^2	df	P
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ			
1. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่คัดกรองและส่งวินิจฉัยภายในเวลาที่กำหนด (ภายใน 60 นาที)	50	64.10	78	72.22	1.039	1	.154
2. ผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง หลังวินิจฉัย	59	75.64	94	87.03	3.287	1	.036*
3. ผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ในอัตรา 30 ml/kg ใน 1 ชั่วโมงแรก	56	71.79	88	81.48	1.908	1	.084
4. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต	14	17.94	31	28.70	2.300	1	.064
5. การเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง	22	28.70	23	21.29	.832	1	.181
6. การคัดกรองภาวะทรุดลงโดยใช้ SOS Score	0	0	96	88.89			

*p<.05

อภิปรายผล

ผลของระบบตอบสนองเร่งด่วนในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลปทุมธานี เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า ร้อยละของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่คัดกรองและส่งวินิจฉัยภายในเวลาที่กำหนด การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ในอัตรา 30 ml/kg ใน 1 ชั่วโมงแรก การได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต การคัดกรองภาวะทรุดลงโดยใช้ SOS Score เพิ่มขึ้น และสัดส่วนผู้ป่วยในกลุ่มก่อนใช้

ระบบฯ และกลุ่มหลังใช้ระบบฯ ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังวินิจฉัย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เหตุผลที่เป็นเช่นนี้เนื่องจาก ระบบตอบสนองเร่งด่วนในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลปทุมธานี พัฒนาตามแนวทางห่วงโซ่การป้องกัน ประกอบด้วย 3 ระบบ ได้แก่ 1) ระบบบริการ 2) ระบบบริหารจัดการ 3) ระบบวิชาการ ที่บูรณาการและเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ โดยในระบบการบริการมุ่งเน้นที่ บทบาทของทีมนุรุษภาพ โดยเฉพาะพยาบาลผู้จัดการสุขภาพ การให้บริการตาม

กระบวนการดำเนินงานของ Sepsis Fast Track และการเฝ้าระวัง และประเมินผู้ป่วยที่อาการแย่ง ในส่วนระบบบริหารจัดการ มีกิจกรรมที่สำคัญคือมีคณะกรรมการตอบสนองแบบเร่งด่วนในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลปทุมธานี (Sepsis Rapid Response Team) กำหนดแนวทางช่วยเหลือที่ชัดเจนและสะท้อนผลการปฏิบัติเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ยังมีระบบวิชาการที่ดำเนินการควบคู่กันไปเพื่อสร้างชุมชนการเรียนรู้เรื่องการติดเชื้อ (Cop Sepsis) สร้างความตระหนักในบุคลากรทางสุขภาพ (Recognition) และ พัฒนาการสื่อสารตามแนวคิด SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) เพื่อการรายงานอาการผู้ป่วยให้ครอบคลุมและรวดเร็วยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Arabi และคณะ²⁰ และ Nunnally และคณะ²¹ เรื่องการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย Sepsis และการสร้างทีม Sepsis Response Team (SRT) ในการดูแลผู้ป่วย Sepsis และ Septic shock ในห้องฉุกเฉิน มีการให้ความรู้บุคลากรที่เกี่ยวข้องใน ER แพทย์ พยาบาล ทำ Clinical pathway ใช้ CPG Sepsis และให้ลงระบบ E-Alert ของโรงพยาบาล รวมถึงมีทีมสหสาขาวิชาชีพมาประเมิน PDCA ร่วมกัน การนิเทศติดตาม และการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ การค้นหาจัดการการดูแลผู้ป่วยในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและใน ICU สามารถช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตมากขึ้น ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้นโดยอัตราการตายลดลงจาก ร้อยละ 31 เป็น ร้อยละ 13 และทำให้การได้ ATB เพิ่มจาก ร้อยละ 4.6 เป็น ร้อยละ 79

นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่า ร้อยละการเสียชีวิตผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงลดลง เหตุผลที่เป็นเช่นนี้เนื่องจาก การพัฒนาระบบตอบสนองเร่งด่วน (Rapid Response System; RRS) เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง มีประสิทธิภาพในการลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้สะท้อนให้เห็นว่าการปรับปรุงกระบวนการ

ดูแลแบบมีระบบและใช้แนวทางที่ชัดเจน ส่งผลโดยตรงต่อผลลัพธ์ทางคลินิก ระบบ RRS ทำให้การระบุภาวะฉุกเฉินจากการติดเชื้อในกระแสเลือดเกิดขึ้นได้อย่าง รวดเร็ว แม่นยำ²² และมีการประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการให้ยาปฏิชีวนะเร็วภายใน 1 ชั่วโมง การให้สารน้ำอย่างเหมาะสม และการประเมินการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ตามแนวทางของ Surviving Sepsis Campaign Guidelines 2021 ซึ่งถือเป็น “golden hour” ที่มีผลอย่างยิ่งต่ออัตราการรอดชีวิต²³ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Jones และคณะ²⁴ พบว่า โรงพยาบาลที่มีการใช้ RRS เพื่อตอบสนองภาวะ sepsis มีอัตราการเสียชีวิตลดลงถึง 29.7% และช่วยลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลรวมทั้งค่าใช้จ่ายด้านการรักษา นอกจากนี้ยังพบว่าการจัดการเชิงระบบโดยพยาบาลในฐานะผู้ประสานการดูแล (care coordinator) มีบทบาทสำคัญในการเริ่มต้นกระบวนการตอบสนองเร่งด่วนได้อย่างทันทั่วทั้ง หากพิจารณาในมุมมองของการบริหารจัดการทางการแพทย์ การพัฒนาระบบตอบสนองเร่งด่วนช่วยสนับสนุนให้พยาบาลมีสมรรถนะในการประเมินผู้ป่วยเชิงรุกโดยใช้เครื่องมือที่หลากหลาย สอดคล้องกับสภาพของผู้ป่วย อีกทั้งผู้ประเมินต้องได้รับการฝึกอบรมอย่างเป็นระบบ เพื่อส่งต่อข้อมูลการแจ้งเตือนไปยังทีมตอบสนองอย่างเร่งด่วน และลดภาวะล่าช้าที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ทั้งนี้การนำระบบตอบสนองเร่งด่วนไปใช้ในบริบทของโรงพยาบาลยังต้องพิจารณาเพิ่มเติม ได้แก่ การอบรมทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีสมรรถนะในการใช้ระบบตอบสนองเร่งด่วน รวมถึงการกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน การสนับสนุนจากผู้บริหารองค์กรเพื่อจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็น และการติดตามประเมินผลระบบอย่างต่อเนื่องเป็นระบบ

วารสารกองการพยาบาล

ดังนั้น การลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ไม่เพียงขึ้นอยู่กับการรักษาทางการแพทย์หรือการพยาบาลเท่านั้น แต่ต้องอาศัยการจัดการเชิงระบบ การนำแนวทางปฏิบัติที่มีหลักฐานมาใช้จริง (evidence-based practice) และการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพภายใต้สถานการณ์ทางด้านสุขภาพที่เร่งด่วนและซับซ้อน มาใช้เพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านนโยบาย ควรกำหนดให้ระบบตอบสนองเร่งด่วนในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นนโยบายระดับองค์กร และขยายการใช้ครอบคลุมทุกแผนกของโรงพยาบาล

2. ด้านการบริหาร ควรจัดสรรทรัพยากรบุคลากร และเทคโนโลยีสารสนเทศที่เหมาะสม เพื่อรองรับการดำเนินงานของระบบในทุกหน่วยงาน

3. ด้านการปฏิบัติ ควรส่งเสริมให้บุคลากรปฏิบัติตามแนวปฏิบัติอย่างเคร่งครัด เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ทันเวลา และเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย

Reference

1. Guarino M, Perna B, Cesaro AE, Maritati M, Spampinato MD, Contini C, et al. 2023 Update on Sepsis and Septic Shock in Adult Patients: Management in the Emergency Department. Journal of clinical medicine. 2023;12(9).
2. Delano MJ, Ward PA. The immune system's role in sepsis progression, resolution, and long-term outcome. Immunological reviews. 2016;274(1):330-53.
3. La Via L, Sangiorgio G, Stefani S, Marino A, Nunnari G, Cocuzza S, et al. The Global Burden of Sepsis and Septic Shock. Epidemiologia (Basel, Switzerland). 2024;5(3):456-78.
4. Fleischmann-Struzek C, Mellhammar L, Rose N, Cassini A, Rudd KE, Schlattmann P, et al. Incidence and mortality of hospital- and ICU-treated sepsis: results from an updated and expanded systematic review and meta-analysis. Intensive Care Med. 2020;46(8):1552-62.
5. Inspector General Department, Ministry of Public Health. Ministry of Public Health inspection plan for the fiscal year 2018. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2018. Thai.
6. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith CM, French C, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. Intensive Care Med. 2021;47(11):1181-247.
7. Schorr C, Odden A, Evans L, Escobar GJ, Gandhi S, Townsend S, et al. Implementation of a multicenter performance improvement program for early detection and treatment of severe sepsis in general medical-surgical wards. Journal of hospital medicine. 2016;11 Suppl 1:S32-s9.

8. Islam MM, Nasrin T, Walther BA, Wu CC, Yang HC, Li YC. Prediction of sepsis patients using machine learning approach: A meta-analysis. *Comput Methods Programs Biomed.* 2019;170:1-9.
9. Osborn TM. Severe Sepsis and Septic Shock Trials (ProCESS, ARISE, ProMISe): What is Optimal Resuscitation? *Critical care clinics.* 2017;33(2):323-44.
10. Karvouniaris M, Papadopoulos D, Koulenti D, Chatzimichail M, Papamichalis P, Ntafoulis N, et al. Impact of secondary sepsis on mortality in adult intensive care unit patients. *Intensive and Critical Care Nursing.* 2023;75:103345.
11. Semanco M, Wright S, Rich RL. Improving Initial Sepsis Management Through a Nurse-Driven Rapid Response Team Protocol. *Critical care nurse.* 2022;42(5):51-7.
12. Maharaj R, Raffaele I, Wendon J. Rapid response systems: a systematic review and meta-analysis. *Critical care (London, England).* 2015;19(1):254.
13. Smith GB. In-hospital cardiac arrest: is it time for an in-hospital 'chain of prevention'? *Resuscitation.* 2010;81(9):1209-11.
14. Yuvadee Thiemsuwan, Orachon Malahom, Teranut Yindesuk, Prapasson Kwanchang, Nusara Prasertsri. Development of a care system for critically ill patients with sepsis using case management at Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani. *Journal of Nursing and Health Care.* 2017;35(1):184-93. Thai.
15. Piyaorn Rungthanakiat, Sunanya Promtuang, Chantana Paengbuddee. Development of a care model for patients with sepsis using a fast-track system at Surin Hospital. *Thai Journal of Nursing Practice and Midwifery.* 2019;6(1):36-51. Thai.
16. Poramate Insook, Chestharid Borriboon. The role of nurses in managing sepsis according to sepsis clinical practice guidelines. *Nursing Journal of Chiang Mai University.* 2022;49(2):376-89. Thai.
17. Wattanasit P, Khwannimit B. Comparison the accuracy of early warning scores with qSOFA and SIRS for predicting sepsis in the emergency department. *The American Journal of Emergency Medicine.* 2021;46:284-8.
18. Kongkiattikul L. Rapid Response System: Pre-critical patient care system. 2021 [cited 2025 Jul 12]. Available from: https://ped.md.chula.ac.th/wpcontent/uploads/2021/09/24_CUPA2021-ebook.pdf.
19. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods.* 2007;39(2):175-91.
20. Arabi YM, Al-Dorzi HM, Alamry A, Hijazi R, Alsolamy S, Al Salamah M, et al. The impact of a multifaceted intervention including sepsis electronic alert system and sepsis response team on the outcomes of patients with sepsis and septic shock. *Annals of intensive care.* 2017;7(1):57.

21. Nunnally J, Ko SM, Ugale K, Lowe T, Bond J, Kenny J-ES, et al. A nursing-led sepsis response team guiding resuscitation with point-of-care ultrasound: A review and model for improving bundle compliance while individualizing sepsis care. SAGE Open Medicine. 2024;12:20503121241290378.
22. Rivers E, Nguyen B, Havstad S, Ressler J, Muzzin A, Knoblich B, et al. Early goal-directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock. The New England journal of medicine. 2001;345(19):1368-77.
23. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith CM, French C, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. Intensive Care Medicine. 2021;47(11):1181-247.
24. Jones SL, Ashton CM, Kiehne L, Gigliotti E, Bell-Gordon C, Disbot M, et al. Reductions in Sepsis Mortality and Costs After Design and Implementation of a Nurse-Based Early Recognition and Response Program. Joint Commission journal on quality and patient safety. 2015;41(11):483-91.

การบูรณาการหลักฐานสู่การปฏิบัติ: การเชื่อมโยงการวิจัย หลักฐานเชิงประจักษ์ การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และแนวทางปฏิบัติทางคลินิก

วชิรา โพธิ์ใส *	พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)
สุรัชย์ มณีเนตร **	พย.ด. (พยาบาลศาสตร์)
ชนกพร จิตปัญญา ***	Ph.D. (Nursing)

(รับ: 7 เมษายน 2569, แก้ไข: 18 เมษายน 2569, ตอรับ: 27 เมษายน 2569)

บทคัดย่อ

การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลจำเป็นต้องบูรณาการการวิจัย การปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และแนวทางปฏิบัติทางคลินิก อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติยังพบความไม่ชัดเจนของ บทบาทและความเชื่อมโยงของแต่ละแนวคิด ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการนำไปใช้ บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์ความแตกต่างและความเชื่อมโยงของแนวคิดดังกล่าว และเสนอกรอบการบูรณาการสำหรับประยุกต์ใช้ในวิชาชีพพยาบาล

โดยพบว่า การวิจัยทำหน้าที่สร้างองค์ความรู้ใหม่ การปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มุ่งคัดเลือกและประยุกต์ใช้หลักฐานร่วมกับบริบทผู้ป่วย การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องมุ่งปรับปรุงกระบวนการดูแลในสถานการณ์จริง และแนวทางปฏิบัติทางคลินิกเป็นกลไกในการสังเคราะห์และถ่ายทอดหลักฐานสู่การปฏิบัติอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้ บทความเสนอกรอบแนวคิดที่เชื่อมโยงองค์ประกอบดังกล่าวในลักษณะของระบบสุขภาพเชิงเรียนรู้ที่มีการใช้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ ผู้เขียนได้นำเสนอกรณีศึกษาการบริหารยา วาร์ฟาริน (warfarin) เพื่อแสดงกระบวนการบูรณาการตั้งแต่การประเมินหลักฐาน การตัดสินใจทางคลินิก การพัฒนาแนวปฏิบัติ และการติดตามผลลัพธ์เชิงคุณภาพ

สรุป กรอบการบูรณาการที่นำเสนอช่วยทำให้บทบาทของแต่ละแนวคิดมีความชัดเจนและเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ สนับสนุนให้พยาบาลสามารถแปลงองค์ความรู้สู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ และนำไปสู่การยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ การปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง แนวปฏิบัติทางคลินิก การวิจัย การพยาบาล

* นักวิชาการพยาบาลชำนาญการ กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

Corresponding E-mail: jchanokp@hotmail.com

Integrating Evidence into Practice: Linking Research, Evidence-Based Practice, Continuous Quality Improvement, and Clinical Practice Guideline

Vachira Posai * M.N.S. (Adult Nursing)

Surachai Maninet** Ph.D. (Nursing)

Chanokporn Jitpanya*** Ph.D. (Nursing)

(Received: April 7, 2026, Revised: April 18, 2026, Accepted: April 27, 2026)

Abstract

Improving the quality of nursing care requires the integration of research, evidence-based practice, continuous quality improvement, and clinical practice guidelines. However, in practice, the roles and interrelationships among these concepts remain unclear, which can limit the effectiveness of their implementation. This academic article aims to synthesize the distinctions and connections among these concepts and to propose an integrative framework for application in the nursing profession.

The synthesis indicates that research generates new knowledge; evidence-based practice focuses on selecting and applying the best available evidence in conjunction with clinical expertise and patient context; continuous quality improvement emphasizes the ongoing enhancement of care processes in real-world settings; and clinical practice guidelines serve as a key mechanism for systematically synthesizing and translating evidence into practice. The article proposes an integrative framework that links these components within a learning health system characterized by continuous feedback for improvement. To illustrate its practical application, a case study on warfarin management is presented, demonstrating the integration process from evidence appraisal and clinical decision-making to guideline development and outcome evaluation.

In conclusion, the proposed integrative framework clarifies the roles and interconnections among the key concepts, supporting nurses in effectively translating knowledge into practice and contributing to sustained improvements in the quality and safety of patient care.

Keywords: evidence-based practice, continuous quality improvement, clinical practice guidelines, research, nursing

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

** Assistance Professor, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University

*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Suan Dusit University

Corresponding E-mail: jchanokp@hotmail.com

บทนำ

ระบบบริการสุขภาพสมัยใหม่ที่มีความซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง การยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยของการดูแลผู้ป่วยไม่อาจอาศัยองค์ความรู้จากแหล่งใดแหล่งหนึ่งได้เพียงลำพัง¹ หากแต่ต้องอาศัยการเชื่อมโยงองค์ความรู้จากหลายมิติอย่างเป็นระบบ ได้แก่ การวิจัย (research) การปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice: EBP) การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement: CQI) และแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guidelines: CPGs) ซึ่งล้วนมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก ลดความผิดพลาดหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของการดูแล และส่งเสริมผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วย^{2,3} โดยเฉพาะแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ทำหน้าที่เป็นกลไกสำคัญในการแปลงองค์ความรู้จากงานวิจัยสู่ข้อแนะนำที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในทางปฏิบัติ⁴ ภาพรวมดังกล่าวสะท้อนลักษณะของระบบสุขภาพเชิงเรียนรู้ที่มีการสร้าง การใช้ และปรับปรุงองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง

เมื่อพิจารณาในรายละเอียด พบว่า ทั้งสี่แนวคิดมีความเชื่อมโยงกันอย่างใกล้ชิด แต่ละแนวคิดมีบทบาทและขอบเขตเฉพาะที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน การวิจัยมุ่งสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่สามารถอ้างอิงได้ในภาพรวม ขณะที่การปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทำหน้าที่เชื่อมโยงหลักฐานกับการปฏิบัติจริง โดยผสมผสานหลักฐานที่ดีที่สุดเข้ากับวิจารณญาณทางคลินิกและความต้องการของผู้ป่วย ส่วนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องมุ่งเน้นการปรับปรุงกระบวนการดูแลในบริบทของหน่วยบริการ และแนวทางปฏิบัติทางคลินิกทำหน้าที่สังเคราะห์หลักฐานให้เป็นข้อแนะนำที่มีโครงสร้างและสามารถนำไปใช้ได้เป็นระบบ³ อย่างไรก็ตาม แม้ความแตกต่าง

เหล่านี้จะมีความชัดเจนในเชิงทฤษฎี แต่ในทางปฏิบัติกลับพบว่าขอบเขตของแต่ละแนวคิดมักทับซ้อนกัน⁵ ความทับซ้อนดังกล่าวนำไปสู่ “ความคลุมเครือเชิงแนวคิด” (Conceptual ambiguity) ซึ่งพบได้บ่อยในบริบทการดูแลทางคลินิก⁶ โดยเฉพาะในวิชาชีพการพยาบาลที่ต้องปฏิบัติงานภายใต้ข้อจำกัดด้านเวลา ทรัพยากร และความซับซ้อนของผู้ป่วย ความคลุมเครือนี้ไม่ได้ส่งผลเพียงต่อความเข้าใจเชิงทฤษฎี แต่ยังสะท้อนออกมาในกระบวนการทำงานจริง เช่น การเลือกใช้แนวทางที่ไม่เหมาะสม การออกแบบโครงการที่ไม่สอดคล้องกับเป้าหมาย หรือ การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้โดยขาดการประเมินหลักฐานอย่างเป็นระบบ^{7,8}

เมื่อพิจารณาผลกระทบในภาพรวม จะเห็นได้ว่าความคลุมเครือเชิงแนวคิดสามารถส่งผลทั้งในระดับผู้ปฏิบัติและระดับองค์กร ในระดับบุคคลพยาบาลอาจประสบปัญหาในการตีความข้อแนะนำหรือการปรับใช้แนวทางให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย⁹ ขณะที่ในระดับองค์กร อาจนำไปสู่การใช้ทรัพยากรอย่างไม่มีประสิทธิภาพ ความล่าช้าในการตัดสินใจ และความแปรปรวนของการดูแลที่ไม่จำเป็น นอกจากนี้ แม้จะมีแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นอย่างมีคุณภาพ แต่หากขาดกระบวนการสนับสนุนที่เหมาะสม เช่น การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ การบูรณาการเข้ากับระบบบริการ และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง แนวทางดังกล่าวก็อาจไม่สามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{10, 11}

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์ความแตกต่างและความเชื่อมโยงของแนวคิดดังกล่าว และเสนอกรอบการบูรณาการสำหรับประยุกต์ใช้ในวิชาชีพพยาบาล การทำความเข้าใจความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างและกลไกการบูรณาการของแนวคิดเหล่านี้ไม่ได้เป็นเพียงประเด็นเชิงวิชาการ

หากแต่เป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาการปฏิบัติทางการพยาบาลในโลกความเป็นจริง การเชื่อมโยงองค์ความรู้เหล่านี้ได้อย่างเหมาะสมจะช่วยลดความคลุมเครือเชิงแนวคิด เสริมสร้างความมั่นใจในการตัดสินใจทางคลินิก และสนับสนุนให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย และยั่งยืน ดังนั้นบทความวิชาการนี้จึงมุ่งอธิบายความแตกต่างความสัมพันธ์ และกลไกการบูรณาการของแนวคิดดังกล่าว พร้อมทั้งนำเสนอกรอบแนวคิดเชิงระบบและตัวอย่างการประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และยั่งยืน

แนวคิดและความหมายของการวิจัย การปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และแนวปฏิบัติทางคลินิก

การวิจัย การปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และแนวปฏิบัติทางคลินิก เป็นแนวคิดที่มีความหมายขอบเขต รากฐานทางทฤษฎี วิธีวิทยา และจุดเน้นที่แตกต่างกัน แม้จะมีเป้าหมายร่วมในการยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย^{3,5} ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การวิจัย หมายถึง กระบวนการแสวงหาองค์ความรู้ใหม่อย่างเป็นระบบ โดยอาศัยระเบียบวิธีที่มีความเข้มงวดเพื่อให้ได้ข้อค้นพบที่เชื่อถือได้และสามารถอ้างอิงในภาพรวม คุณลักษณะที่สำคัญของการวิจัยอยู่ที่การควบคุมอคติ การทดสอบสมมติฐาน และการสร้างหลักฐานที่มีความถูกต้องภายในและสามารถขยายผลได้^{4, 15} องค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยจึงมีลักษณะเป็น “ความรู้เชิงวิทยาศาสตร์” ที่มุ่งตอบคำถามว่า “สิ่งใดเป็นจริง” ภายใต้เงื่อนไขที่กำหนดไว้อย่างชัดเจน รากฐานทางทฤษฎีมักอิงทฤษฎีหรือกรอบแนวคิด (theoretical framework) ที่เกี่ยวข้องกับ

ปรากฏการณ์ที่นักวิจัยสนใจ เพื่อชี้นำสมมติฐานและการวิเคราะห์ เช่น ทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior Theory) ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of Unpleasant Symptoms) เป็นต้น วิธีวิทยาแบ่งเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) จุดเน้นของการวิจัยคือ การสร้างความรู้ใหม่และการตรวจสอบสมมติฐานเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงวิชาชีพและนโยบายด้านสุขภาพ

การปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ หมายถึง การใช้ข้อมูลและหลักฐานจากการวิจัยมาผสมผสานกับประสบการณ์ทางคลินิกและความต้องการของผู้ป่วย เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย รากฐานทางทฤษฎีอิงกับแนวคิดการประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากผลการวิจัย วิธีวิทยาประกอบด้วยกระบวนการระบุคำถามเชิงคลินิก การสืบค้นและประเมินหลักฐาน การนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทผู้ป่วย การประเมินผลและปรับปรุงการปฏิบัติ จุดเน้นคือ “การใช้ความรู้” มากกว่าการสร้างความรู้ โดยให้ความสำคัญกับการคัดเลือกและประเมินหลักฐานที่ดีที่สุด แล้วนำมาผสมผสานกับความเชี่ยวชาญทางคลินิกและความต้องการของผู้ป่วย^{5, 12} แก่นของหลักฐานเชิงประจักษ์จึงอยู่ที่การตัดสินใจอย่างมีวิจารณญาณในบริบทเฉพาะ ซึ่งต้องอาศัยทั้งหลักฐานเชิงประจักษ์และความเข้าใจในความแตกต่างของผู้ป่วยแต่ละราย ไม่ใช่การนำผลการวิจัยไปใช้เพียงอย่างเดียว

การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง หมายถึง กระบวนการที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการแก้ไขปัญหา ด้วยการค้นหาวิธีการใหม่หรือนวัตกรรมเพื่อพัฒนาระบบงาน โดยใช้ Plan-Do-Check-Act (PDCA) ร่วมกับวิธีการทางสถิติ เพื่อควบคุม อธิบาย และปรับปรุงคุณภาพงานในองค์กรอย่างเป็นขั้นตอน และต่อเนื่อง รากฐานทางทฤษฎีอิงกับการจัดการ

ระบบและวิศวกรรมคุณภาพ โดยมุ่งเน้นการปรับปรุงกระบวนการดูแลในบริบทจริงขององค์กรผ่านการเรียนรู้จากข้อมูลการปฏิบัติ¹¹ วิธีวิทยาใช้การวิเคราะห์ข้อมูลและการติดตามผลเป็นหลัก เช่น การวัดตัวชี้วัดคุณภาพ การประเมินความพึงพอใจ และการประเมินความเสี่ยงในระบบ เป็นต้น จุดเน้นคือ การปรับปรุงคุณภาพการบริการอย่างค่อยเป็นค่อยไป ผ่านกระบวนการทดลอง ปรับปรุง และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกว่า

แนวปฏิบัติทางคลินิก หมายถึง ผลลัพธ์ของกระบวนการสังเคราะห์หลักฐานอย่างเป็นระบบ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะที่ชัดเจน มีโครงสร้างและสามารถใช้สนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกได้¹³ เช่น การใช้เครื่องมือ GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluation) เพื่อประเมินความน่าเชื่อถือของหลักฐานและความแข็งแกร่งของข้อเสนอแนะ ทำให้มีความโปร่งใสและตรวจสอบได้ และสามารถนำไปใช้ได้ในระดับระบบบริการ ฐานทางทฤษฎีอิงกับทฤษฎีการพยาบาล (nursing theories) และหลักการทางการแพทย์ (medical principles) เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีความปลอดภัยและมีประสิทธิผล วิธีวิทยาอาศัยกระบวนการตัดสินใจและการดำเนินงานอย่างมีระบบ ซึ่งประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วย การวางแผนการดูแล การให้การรักษาและการปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลและปรับปรุง จุดเน้นคือ การนำความรู้ทางวิชาการและหลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้ในสภาพแวดล้อมจริง การดูแลผู้ป่วยอย่างเฉพาะบุคคล การรักษามาตรฐานความปลอดภัยและคุณภาพบริการ และการสร้างผลลัพธ์ที่เป็นไปตามเป้าหมายของผู้ป่วย/ ผู้รับบริการ

เมื่อพิจารณาในเชิงแนวคิด จะเห็นได้ว่าแต่ละแนวคิดสะท้อนมิติของการใช้ความรู้ที่แตกต่างกันทั้งในด้านวัตถุประสงค์ ระดับของการประยุกต์ใช้ และ

ลักษณะของกระบวนการ ตั้งแต่การสร้างความรู้เชิงวิทยาศาสตร์สุขภาพ การใช้ความรู้ในระดับการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติ การปรับปรุงระบบบริการ ไปจนถึงการกำหนดข้อแนะนำเชิงมาตรฐาน ความแตกต่างเชิงแนวคิดนี้จึงเป็นพื้นฐานสำคัญในการทำความเข้าใจบทบาทของแต่ละแนวคิดในระบบบริการสุขภาพอย่างรอบด้าน

ความสัมพันธ์ระหว่างการวิจัย การปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และแนวปฏิบัติทางคลินิก

แนวคิดทั้ง 4 มีความเชื่อมโยงกันในลักษณะของ “ระบบการไหลเวียนขององค์ความรู้” (knowledge flow) ที่เคลื่อนจากการสร้าง การสังเคราะห์ การนำไปใช้ และการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องภายในระบบบริการสุขภาพ แนวคิดดังกล่าวสะท้อนลักษณะของระบบสุขภาพเชิงเรียนรู้ ซึ่งองค์ความรู้ไม่ได้หยุดอยู่ที่การผลิตหรือการสร้างผลงานเชิงวิชาการเพียงอย่างเดียว แต่ถูกนำไปใช้และพัฒนาอย่างต่อเนื่องในบริบทจริง

ในเชิงกระบวนการ ความสัมพันธ์ของแนวคิดเหล่านี้สามารถมองได้ในลักษณะของ “การแปลงระดับของความรู้” กล่าวคือ องค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยถูกนำมาสังเคราะห์ผ่านกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะที่มีโครงสร้างและสามารถนำไปใช้ในระดับระบบ¹⁴ จากนั้นการปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทำหน้าที่เป็นกลไกในการนำข้อแนะนำดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในระดับผู้ป่วย โดยอาศัยการตัดสินใจที่สอดคล้องกับบริบทเฉพาะ ขณะที่การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องทำหน้าที่สะท้อนผลลัพธ์จากการปฏิบัติจริงกลับเข้าสู่ระบบ ผ่านการประเมินและปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง

ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่ได้เป็นเพียงลำดับขั้นของการดำเนินการรูปแบบทิศทางเดียว หากแต่มี

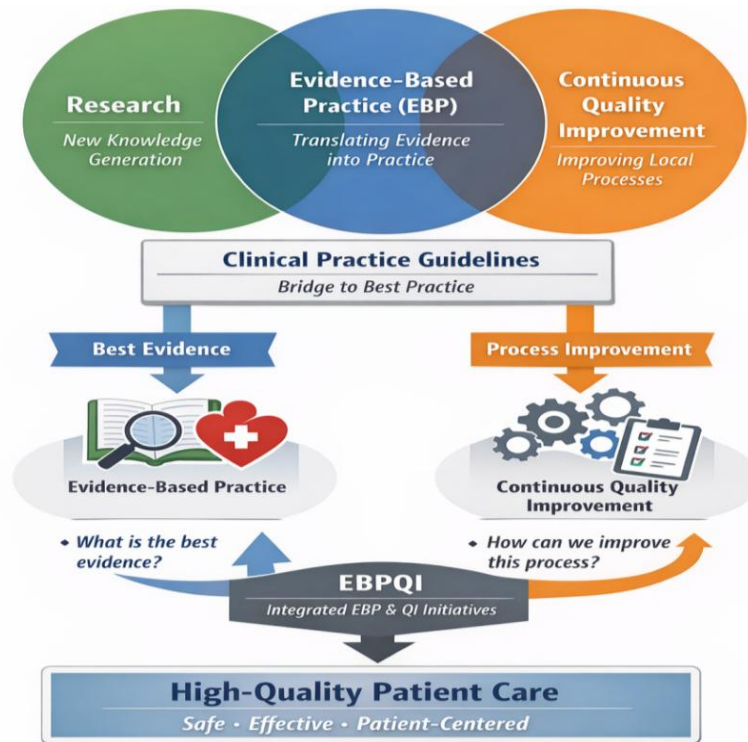
ลักษณะเป็นวงจรที่มีการป้อนกลับ (feedback loop) อย่างสม่ำเสมอ กล่าวคือ ข้อมูลจากการดำเนินงานในระบบบริการสามารถนำไปใช้ในการตั้งคำถามวิจัยใหม่ หรือปรับปรุงแนวทางปฏิบัติให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ขณะเดียวกัน การนำแนวทางไปใช้ในบริบทจริงอาจก่อให้เกิดความรู้เชิงปฏิบัติ (practice-based knowledge)¹⁵ ที่ช่วยเติมเต็มข้อจำกัดของหลักฐานจากงานวิจัย การทำงานร่วมกันในลักษณะนี้จึงช่วยลดช่องว่างระหว่าง “ความรู้เชิงทฤษฎี” และ “การปฏิบัติจริง” ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญในระบบสุขภาพ

ในเชิงการตัดสินใจทางคลินิก ความแตกต่างของมิติคำถามที่แต่ละแนวคิดให้ความสำคัญยิ่งช่วยสะท้อนบทบาทที่เชื่อมโยงกัน กล่าวคือ การใช้หลักฐานในระดับผู้ป่วยมักตั้งอยู่บนคำถามเกี่ยวกับความเหมาะสมของหลักฐานในบริบทเฉพาะ ขณะที่การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องให้ความสำคัญกับการปรับปรุงระบบและกระบวนการในระดับหน่วยบริการ การบูรณาการสองมิตินี้นำไปสู่แนวทางการทำงานที่ผสมทั้ง “ความถูกต้องของหลักฐาน” และ “ความเหมาะสมของบริบท” ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาคุณภาพการดูแลในโลกความเป็นจริง¹⁵

ตัวอย่างความสัมพันธ์ของแนวคิดดังกล่าวสามารถสะท้อนผ่านสถานการณ์ทางคลินิก เช่น การ

ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการให้ความรู้ งานวิจัยอาจแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของเครื่องมือดังกล่าว ข้อค้นพบนี้ถูกนำไปสังเคราะห์เป็นแนวทางปฏิบัติทางคลินิกเพื่อกำหนดทิศทางการดูแลในภาพรวม จากนั้นผู้ปฏิบัติจะนำแนวทางไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยแต่ละราย โดยคำนึงถึงความพร้อมและข้อจำกัดของบริบท อย่างไรก็ตาม เมื่อดำเนินการในระดับหน่วยบริการ อาจพบข้อจำกัดในการเข้าถึงของผู้ป่วย จึงจำเป็นต้องมีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อปรับปรุงกระบวนการให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

โดยสรุป ความสัมพันธ์ระหว่างการวิจัย การปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และแนวปฏิบัติทางคลินิกสะท้อนลักษณะของระบบที่มีการเชื่อมโยงองค์ความรู้ในหลายระดับอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การสร้าง การสังเคราะห์ การประยุกต์ใช้ ไปจนถึงการปรับปรุงกระบวนการในบริบทจริง การทำความเข้าใจความสัมพันธ์ในลักษณะนี้ช่วยให้การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมีความสอดคล้อง เป็นระบบ และสามารถนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และยั่งยืน (รูปที่ 1)



รูปที่ 1: การบูรณาการระหว่างการวิจัย การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (หมายเหตุ: ผู้นิพนธ์ สร้างโดยใช้ปัญญาประดิษฐ์)

แบบจำลองการบูรณาการการปฏิบัติโดยใช้การวิจัย การปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และแนวปฏิบัติทางคลินิก

กระบวนการเชิงระบบของการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เน้นความสัมพันธ์เชิงพลวัตระหว่างการปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การวิจัย นวัตกรรม¹⁵ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งไม่ได้เกิดขึ้นอย่างเป็นลำดับขั้นแบบตายตัว หากแต่เชื่อมโยงกันในลักษณะของวงจรการเรียนรู้ที่มีการปรับตัวอย่างต่อเนื่องภายในระบบบริการสุขภาพ³

กระบวนการเริ่มต้นจาก “คำถาม” หรือ “ปัญหา” ที่เกิดขึ้นในบริบทจริงขององค์กร ซึ่งอาจสะท้อนทั้งมิติของระบบและการปฏิบัติ³ เช่น ประเด็นเชิงนโยบายจากผู้นำองค์กร ข้อมูลจากตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน หรือคำถามทางคลินิกจากผู้ปฏิบัติงาน

หน้างาน คำถามเหล่านี้ทำหน้าที่เป็นจุดตั้งต้นของกระบวนการตัดสินใจ และถูกนำเข้าสู่กระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งทำหน้าที่เป็น “แกนกลางของระบบ” ในการสืบค้น วิเคราะห์ และประเมินคุณภาพของหลักฐานอย่างเป็นระบบ⁶

ภายหลังการประเมินหลักฐาน จะเกิด “จุดตัดสินใจเชิงวิชาการ” ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการกำหนดทิศทางของการดำเนินการ หากหลักฐานมีความเพียงพอและมีคุณภาพ กระบวนการจะนำไปสู่การนำการเปลี่ยนแปลงที่อิงตามหลักฐานไปใช้ในทางปฏิบัติ⁵ โดยการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะไม่สิ้นสุดเพียงการนำไปใช้ แต่จะถูกติดตาม ประเมินผล และปรับปรุงอย่างต่อเนื่องผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ซึ่งทำหน้าที่เป็นกลไกสำคัญในการธำรงรักษาและขยายผลการเปลี่ยนแปลงให้เกิดความยั่งยืนในระบบ⁴ ในทางกลับกัน หากหลักฐานที่มีอยู่ยังไม่เพียงพอ หรือไม่สามารถตอบคำถามได้อย่างชัดเจน

กระบวนการจะเปลี่ยนทิศทางไปสู่การสร้างองค์ความรู้ใหม่ผ่านการวิจัย ซึ่งในบริบทนี้ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการผลิตหลักฐานเชิงวิชาการเท่านั้น แต่ยังเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาแนวทางหรือวิธีการใหม่ที่สามารถตอบสนองต่อปัญหาในบริบทจริงได้อย่างเหมาะสม กระบวนการดังกล่าวจึงนำไปสู่การเกิด “นวัตกรรม” ซึ่งสะท้อนการแปลงองค์ความรู้ให้เป็นแนวทางปฏิบัติที่มีคุณค่าในเชิงระบบ¹⁷

องค์ความรู้ใหม่ที่ได้จากการวิจัยและนวัตกรรมจะถูกนำกลับเข้าสู่กระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์อีกครั้ง ทำให้เกิดการหมุนเวียนขององค์ความรู้ภายในระบบอย่างต่อเนื่อง ลักษณะดังกล่าวสะท้อนระบบสุขภาพที่มีการเรียนรู้ ซึ่งสามารถปรับตัวและพัฒนาได้ตามข้อมูลและประสบการณ์จากการปฏิบัติจริง^{18, 19}

โดยสรุป แบบจำลองนี้ชี้ให้เห็นว่าการปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทำหน้าที่เป็นแกนกลางของการตัดสินใจทั้งในระดับคลินิกและระดับระบบ โดยเชื่อมโยงระหว่างการใช้ความรู้ที่มีอยู่และการสร้างความรู้ใหม่ ขณะที่การพัฒนาคุณภาพทำหน้าที่เป็นกลไกในการติดตามและธำรงรักษาการเปลี่ยนแปลงและการวิจัยร่วมกับนวัตกรรมเป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญในการพัฒนาแนวทางการดูแลที่ตอบสนองต่อความซับซ้อนของระบบสุขภาพ ส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ และยั่งยืน

แนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guidelines: CPGs)

แนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นหนึ่งในกลไกสำคัญของระบบสุขภาพสมัยใหม่ที่ถูกพัฒนาขึ้นบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกให้มีความเหมาะสม สอดคล้องกับหลักวิชาการ และตอบสนองต่อบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย แนวทางเหล่านี้มิได้

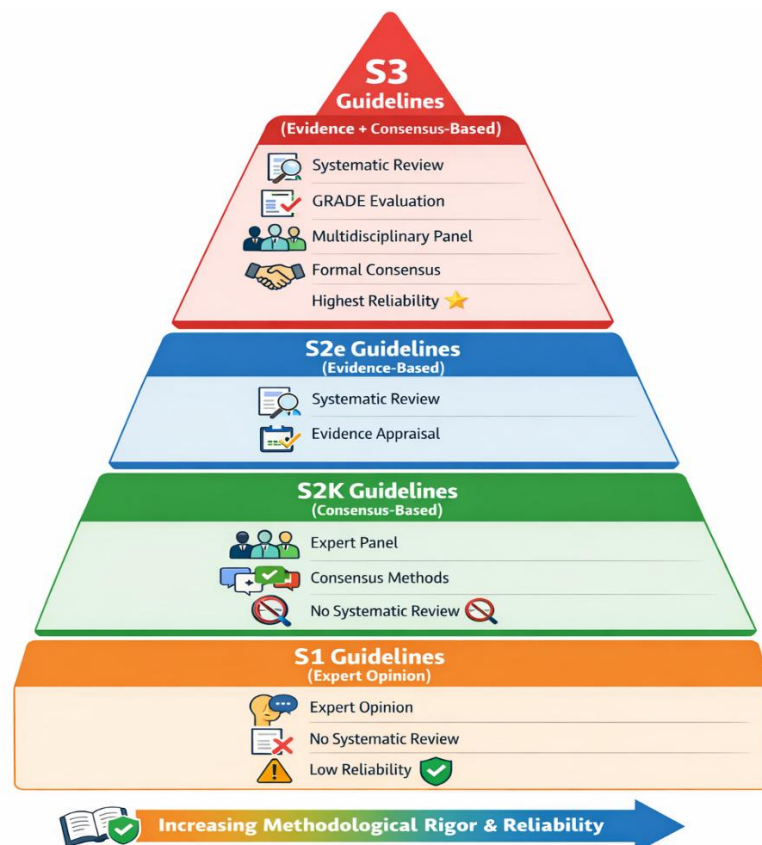
จำกัดอยู่เฉพาะการใช้โดยแพทย์ หากแต่มีบทบาทครอบคลุมถึงพยาบาลและบุคลากรสหสาขาวิชาชีพทั้งหมด ซึ่งต่างมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในมิติที่หลากหลาย¹³

ในเชิงบทบาท แนวปฏิบัติทางคลินิกมิได้เป็นเพียง “คู่มือการปฏิบัติงาน” หากแต่เป็นเครื่องมือเชิงระบบที่ช่วยลดความแปรปรวนของการดูแลที่ไม่จำเป็น และส่งเสริมให้การดูแลผู้ป่วยมีความสอดคล้องกับหลักฐานที่ดีที่สุด ตัวอย่างเช่น แนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการวินิจฉัยหรือการรักษาทางการแพทย์ แต่ยังครอบคลุมการดูแลด้านจิตสังคม การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการติดตามระยะยาว ซึ่งสะท้อนการดูแลแบบองค์รวมที่มุ่งตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยในทุกมิติ²⁰

แก่นสำคัญของแนวปฏิบัติทางคลินิกอยู่ที่กระบวนการพัฒนา ซึ่งต้องอาศัยการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ การประเมินคุณภาพของหลักฐาน และการพิจารณาความสมดุลระหว่างประโยชน์และความเสี่ยงของการรักษา โดยมักใช้กรอบมาตรฐาน เช่น GRADE เพื่อจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานและความแรงของข้อแนะนำ นอกจากนี้ กระบวนการพัฒนายังต้องอาศัยความร่วมมือของคณะทำงานสหสาขาวิชาชีพ และกระบวนการฉันทามติ เพื่อให้ข้อแนะนำมีความครอบคลุม โปร่งใส และสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทของระบบบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตาม แม้แนวทางปฏิบัติจะถูกพัฒนาขึ้นเพื่อเป็นมาตรฐานการดูแล แต่การนำไปใช้ในทางปฏิบัติยังคงต้องอาศัยวิจารณญาณของผู้ให้บริการในการปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย แนวทางจึงควรถูกมองว่าเป็น “กรอบสนับสนุนการตัดสินใจ” มากกว่าข้อกำหนดที่ต้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัดในทุกสถานการณ์

คุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกจึงมิได้ขึ้นอยู่กับเนื้อหาของข้อแนะนำเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งของกระบวนการพัฒนาเป็นสำคัญ กล่าวคือ ต้องมีการอิงหลักฐานอย่างเป็นระบบ มีการมีส่วนร่วมของผู้เชี่ยวชาญจากหลายสาขา ใช้เกณฑ์การประเมินหลักฐานที่ชัดเจน มีความโปร่งใส และสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทของการดูแลผู้ป่วย ความเข้าใจในลักษณะนี้ยังช่วยให้ผู้ใช้สามารถแยกความแตกต่างระหว่างเอกสารประเภทต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม เช่น แนวปฏิบัติทางคลินิก (guidelines) ที่มีความยืดหยุ่น แนวทางปฏิบัติแบบขั้นตอน (protocols) ที่มีลักษณะกำหนดลำดับการดำเนินการอย่างชัดเจน และนโยบาย (policies) ที่เป็นกรอบกำกับในระดับองค์กร

เพื่อให้เห็นภาพของคุณภาพและความเข้มแข็งของแนวทางปฏิบัติทางคลินิก สามารถพิจารณาได้จากระบบการจัดระดับแนวทาง เช่น The Association of the Scientific Medical Societies in Germany (AWMF)²⁸ ซึ่งแบ่งระดับของแนวทางตั้งแต่ S1 ถึง S3 ตามความเข้มงวดของกระบวนการพัฒนาและความน่าเชื่อถือของหลักฐาน โดยแนวทางระดับ S3 ซึ่งประกอบด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ร่วมกับกระบวนการค้นหามาตรฐานจากผู้เชี่ยวชาญหลายสาขา และการใช้ระบบจัดระดับหลักฐาน เช่น GRADE ถือเป็นมาตรฐานสูงสุดที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล (ดังรูปที่ 2 และตารางที่ 1)



รูปที่ 2: AWMF Guideline Hierarchy Infographic (หมายเหตุ: ผู้นิพนธ์ สร้างโดยใช้ปัญญาประดิษฐ์)

ตารางที่ 1: ระบบการจัดระดับแนวทางเวชปฏิบัติของ The Association of the Scientific Medical Societies in Germany (AWMF) (S1–S3)

ระดับ แนวทาง	ลักษณะสำคัญ (Key Characteristics)	จุดเด่น (Strengths)	ข้อจำกัด (Limitations)	ระดับความ น่าเชื่อถือ
S1	- อิงความเห็นผู้เชี่ยวชาญ (expert opinion) - ไม่มี systematic review - ไม่มี consensus อย่างเป็นทางการ	- พัฒนาได้รวดเร็ว - ใช้ในกรณีข้อมูลจำกัด	- เสี่ยงต่อ bias สูง - หลักฐานอ่อน	ต่ำ
S2K	- มีคณะทำงานสหสาขาวิชาชีพ - ใช้กระบวนการฉันทามติ (consensus-based) - ไม่มี systematic review	- ได้มุมมองหลากหลาย - สะท้อนความเห็นผู้เชี่ยวชาญ	- ยังขาดหลักฐานเชิงระบบ - อาจมีอิทธิพลจากความคิดเห็น	ปานกลาง
S2e	- มี systematic review - ประเมินคุณภาพหลักฐาน - ไม่มี consensus อย่างเป็นทางการ	- หลักฐานเข้มแข็ง - ลด bias จากบุคคล	- ขาดมุมมองเชิงปฏิบัติ - ไม่จัดการความเห็นต่าง	ปานกลาง–สูง
S3	- มี systematic review + consensus - ใช้ระบบจัดระดับหลักฐาน (เช่น GRADE) - มี multidisciplinary panel - โปร่งใส	- ความน่าเชื่อถือสูงสุด - ใช้ได้ทั้งวิชาการและปฏิบัติ	- ใช้เวลาและทรัพยากรสูง	สูงมาก (Gold standard)

ตัวอย่างการประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

ตัวอย่างของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่มีคุณภาพสามารถเห็นได้จากแนวปฏิบัติที่ดีของ Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) ซึ่งมุ่งเน้นการยกระดับคุณภาพการพยาบาลผ่านตัวชี้วัดที่วัดต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาล (nursing-sensitive outcomes) แนวทางดังกล่าวครอบคลุมประเด็นที่สำคัญหลากหลาย เช่น การดูแลแผล ความปลอดภัยของผู้ป่วย และภาวะผู้นำทางคลินิก ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงบทบาทของการ

พยาบาลในมิติที่กว้างกว่าการปฏิบัติทางคลินิกเพียงประเด็นเดียว แต่รวมถึงการขับเคลื่อนคุณภาพของระบบบริการสุขภาพโดยรวม ดังแสดงรายละเอียดในตัวอย่างต่อไปนี้

ตัวอย่างสถานการณ์ทางคลินิก: ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 58 ปี มาด้วยอาการเหนื่อยง่าย ใจสั่น และมีประวัติ atrial fibrillation ได้รับการรักษาโดยเริ่มยา warfarin เพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือด ในบริบทนี้พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการติดตามค่า International Normalized Ratio (INR) การประเมิน

วาระการพิจารณา

ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออก และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างปลอดภัย อย่างไรก็ตาม ในระหว่างการติดตามพบว่าผู้ป่วยมีค่า INR = 4.2 ร่วมกับมีเลือดออกตามไรฟันเล็กน้อย ซึ่งสะท้อนถึงความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นจากการใช้ยา

สถานการณ์ดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยการตัดสินใจทางคลินิกที่ผสมผสานทั้งข้อแนะนำจากแนวทางปฏิบัติและการประเมินเฉพาะรายของผู้ป่วย โดยแนวปฏิบัติทางการแพทย์ทางคลินิกในการบริหารยา warfarin ของโรงพยาบาล (ดังแสดงในตารางที่ 2 และรูปที่ 3) ทำหน้าที่เป็นกรอบในการพิจารณาการดูแลที่เหมาะสม เช่น การประเมินความรุนแรงของอาการ

การพิจารณาปรับขนาดยา หรือการให้คำแนะนำเพิ่มเติมแก่ผู้ป่วย ทั้งนี้ การตัดสินใจไม่ได้ขึ้นอยู่กับค่า INR เพียงอย่างเดียว แต่ต้องพิจารณาปัจจัยร่วมอื่นๆ อย่างรอบด้าน

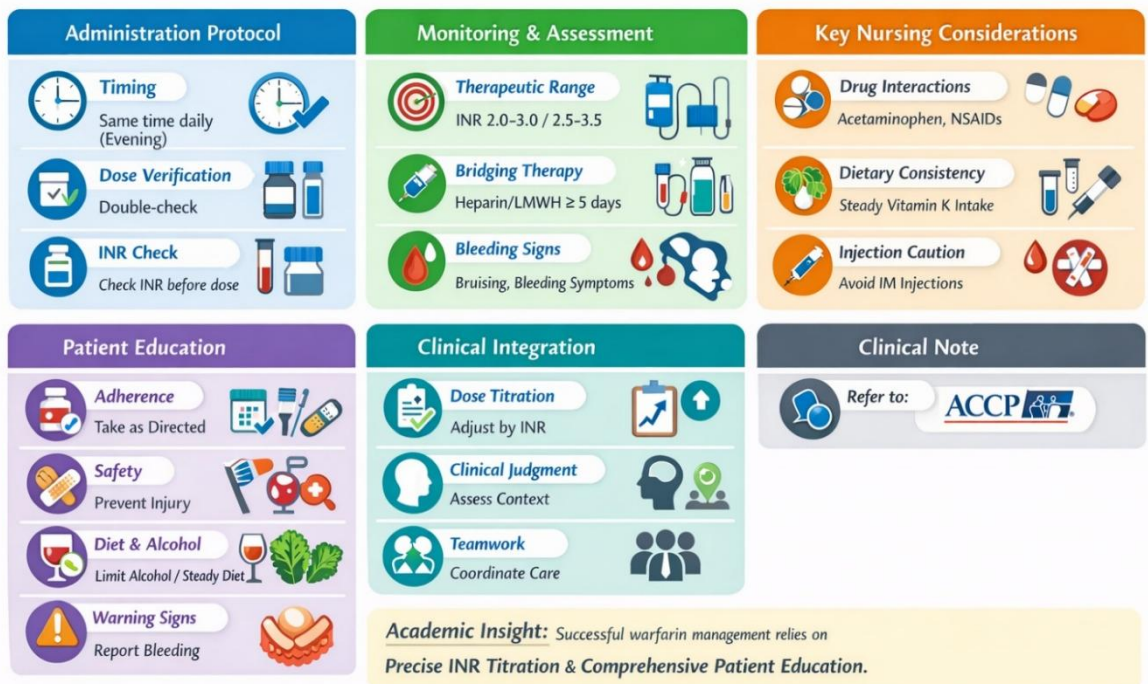
กรณีศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า การใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์ทางคลินิกเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยทั้งหลักฐานเชิงประจักษ์และวิจารณญาณทางคลินิกควบคู่กัน การนำแนวทางไปใช้จึงไม่ใช่การปฏิบัติตามข้อแนะนำอย่างเคร่งครัด หากแต่เป็นการปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและผลลัพธ์ที่ดีที่สุดในการดูแล

ตารางที่ 2: แนวปฏิบัติทางการแพทย์ทางคลินิกในการบริหารยา Warfarin (Coumadin)

หมวดหลัก	ประเด็นสำคัญ	แนวปฏิบัติทางการแพทย์ทางพยาบาล (Nursing Actions)	เหตุผลทางคลินิก (Clinical Rationale)
1. การให้ยา (Administration Protocol)	เวลาในการให้ยา	ให้วันละครั้ง เวลาเดียวกัน (นิยมช่วงเย็น)	สอดคล้องการปรับยาเมื่อทราบค่า INR ตอนเช้า
	การตรวจสอบขนาดยา	ใช้ระบบ double-check	ลด medication error
	ตรวจ INR ก่อนให้ยา	ต้องมีค่า INR ล่าสุดก่อนให้ยา	ป้องกัน over-anticoagulation
2. การติดตามและประเมิน (Monitoring & Assessment)	Therapeutic range	INR 2.0–3.0 (ทั่วไป), 2.5–3.5 (mechanical valve)	ควบคุมสมดุลระหว่าง clotting vs bleeding
	Bridging therapy	ใช้ร่วมกับ heparin/LMWH ≥ 5 วัน	ครอบคลุมช่วงยาออกฤทธิ์ช้า
	ประเมินเลือดออก	petechiae, gum bleeding, epistaxis, melena, hematuria, neurological symptoms	ตรวจพบภาวะแทรกซ้อนเร็ว

ตารางที่ 2: แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการบริหารยา Warfarin (Coumadin) (ต่อ)

หมวดหลัก	ประเด็นสำคัญ	แนวปฏิบัติทางการพยาบาล (Nursing Actions)	เหตุผลทางคลินิก (Clinical Rationale)
3. ข้อพิจารณา ทางการพยาบาล (Key Considerations)	Drug interactions	ระวัง acetaminophen, antibiotics, NSAIDs	ส่งผลต่อ INR อย่างมี นัยสำคัญ
	อาหาร (Vitamin K)	รับประทานสม่ำเสมอ ไม่ จำเป็นต้องงด	ลด INR fluctuation
	การฉีดยา	หลีกเลี่ยง IM injection	ป้องกัน hematoma
	Reversal agent	เตรียม Vitamin K	ใช้ในกรณี bleeding / overdose
4. การให้ความรู้ ผู้ป่วย (Patient Education)	Medication adherence	รับประทานยาเวลาเดิม ห้ามเพิ่ม ขนาดยาเอง	ป้องกัน INR ผันผวน
	Monitoring	ตรวจ INR ตามนัด	ปรับยาอย่างปลอดภัย
	Safety precautions	ใช้แปรงขนอ่อน / หลีกเลี่ยง อุบัติเหตุ	ลด bleeding risk
	Diet & lifestyle	คงที่ Vitamin K / จำกัด alcohol	ควบคุม drug effect
	Drug interactions	ปรึกษาก่อนใช้ยาใหม่/สมุนไพร	ป้องกัน adverse interaction
	Warning signs	ฟกช้ำ เลือดออก ปัสสาวะ/ อุจจาระมีเลือด ปวดศีรษะรุนแรง	early detection of complications
5. การบูรณาการ ทางคลินิก (Clinical Integration)	Clinical titration	ปรับยาตาม INR	เพิ่ม therapeutic safety
	Clinical judgment	ใช้ร่วมกับ assessment และ context ผู้ป่วย	individualization of care
	Team communication	ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ	ลดความคลาดเคลื่อน
6. บันทึกทาง คลินิก (Clinical Note)	Guideline reference	อ้างอิงแนวทาง เช่น American College of Chest Physicians (ACCP)	มาตรฐาน evidence- based



รูปที่ 3: แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการบริหารยา Warfarin

(หมายเหตุ: ผู้นิพนธ์ สร้างโดยใช้ปัญญาประดิษฐ์)

ตัวอย่างกรณีศึกษาในอุดมคติ (Ideal case): การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปปฏิบัติจริง

เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเวสต์เวลล์พัฒนาขั้นตอนวิธีการส่งยาต้านอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง โดยอ้างอิงจากแนวทางเวชปฏิบัติที่เผยแพร่ในปี ค.ศ. 2013 ขั้นตอนวิธีดังกล่าวได้รับการพัฒนาโดยคณะกรรมการแนวทางเวชปฏิบัติของแผนก และถูกบูรณาการเข้าสู่ระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ผ่านระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก เพื่อสนับสนุนให้การส่งยาของผู้ให้บริการสอดคล้องกับข้อแนะนำเชิงหลักฐาน

จุดเปลี่ยนสำคัญของกระบวนการเกิดขึ้นเมื่อพยาบาลซึ่งมีบทบาทในโครงการวิจัยเพื่อประกันคุณภาพของแผนก ได้รับทราบแนวทางเวชปฏิบัติฉบับปรับปรุงในปี ค.ศ. 2018 จาก Pediatric Oncology Group of Ontario (POGO) ซึ่งมีการปรับเปลี่ยนข้อแนะนำสำคัญทั้งในด้านการยกเลิกการใช้ยา

บางชนิด และการขยายข้อบ่งชี้ของยาต้านอาการคลื่นไส้อาเจียนชนิดใหม่ให้ครอบคลุมผู้ป่วยที่อายุน้อยลง บทบาทของพยาบาลในบริบทนี้จึงมิได้จำกัดอยู่เพียงการปฏิบัติตามแนวทาง หากแต่เป็น “ตัวกลางเชิงวิชาการ” ที่สามารถเข้าถึงการประเมิน และถ่ายทอดหลักฐานใหม่เข้าสู่ระบบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

หลักฐานดังกล่าวถูกนำเสนอแก่คณะกรรมการนโยบายและวิธีปฏิบัติของหน่วยงาน ซึ่งได้ดำเนินการประเมินคุณภาพของแนวทางโดยใช้เครื่องมือ AGREE และพิจารณาว่ามีความน่าเชื่อถือเพียงพอสำหรับการนำไปใช้ในบริบทขององค์กร จากนั้นมีการนำเสนอข้อมูลต่อทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันและนำไปสู่ขั้นตอนในการปรับปรุงแนวปฏิบัติ กระบวนการนี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วน

เสีย และการตัดสินใจที่อิงทั้งหลักฐานและบริบทของ
การปฏิบัติจริง

การนำแนวทางไปใช้ดำเนินการผ่านความ
ร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร
นักสารสนเทศศาสตร์คลินิก และฝ่ายเทคโนโลยี
สารสนเทศ เพื่อบูรณาการแนวทางใหม่เข้าสู่ระบบ
สนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก (Clinical Decision
Support System: CDSS) และระบบสั่งยาผ่าน
คอมพิวเตอร์ ควบคู่กับการจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่
ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อสนับสนุนการมีส่วนร่วมและ
ความเข้าใจต่อการเปลี่ยนแปลงของแผนการรักษา
นอกจากนี้ ทีมพยาบาลยังได้พัฒนาโครงการวิจัยเพื่อ
ติดตามผลการนำแนวทางไปใช้ โดยประเมินทั้งระดับ
การปฏิบัติตามแนวทางและการวิเคราะห์อุปสรรคและ
ปัจจัยสนับสนุนผ่านการศึกษาเชิงคุณภาพ ซึ่งได้รับ

การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน
มนุษย์ และมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การ
เปลี่ยนแปลงสามารถคงอยู่ได้ในระยะยาว

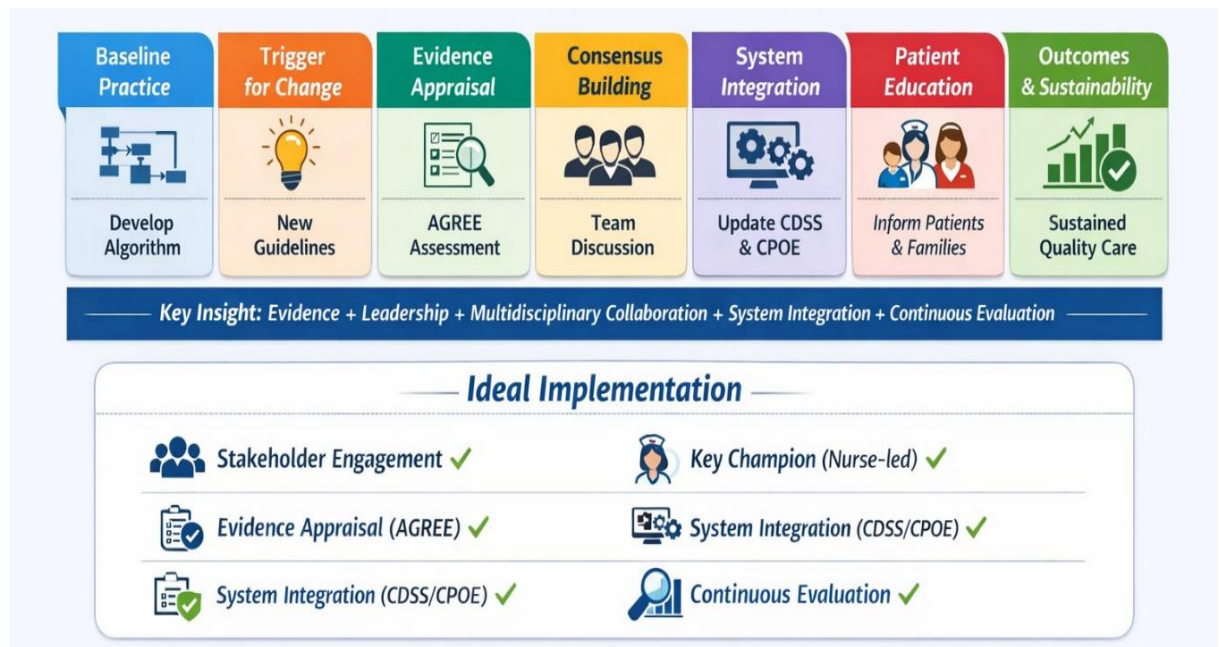
โดยสรุป กรณีศึกษานี้สะท้อนลักษณะ
ของการนำแนวทางสู่การปฏิบัติในอุดมคติ
ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญหลายประการ
ได้แก่ การมีผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีความสามารถในการใช้และถ่ายทอดหลักฐาน การมีส่วนร่วมของทีมสห
สาขาวิชาชีพ การบูรณาการแนวทางเข้าสู่ระบบ
สนับสนุนการตัดสินใจ และการมีระบบติดตามและ
ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง องค์ประกอบเหล่านี้ล้วนมี
บทบาทสำคัญในการทำให้การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น
อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน และส่งเสริมให้การ
ดูแลผู้ป่วยสอดคล้องกับหลักฐานที่มีคุณภาพสูงสุด
(ตารางที่ 3 และรูปที่ 4)

ตารางที่ 3: การนำแนวทางปฏิบัติสู่การปฏิบัติจริง (Implementation of clinical practice guidelines)

ขั้นตอน	กิจกรรม สำคัญ	รายละเอียด	ผลลัพธ์/ความสำคัญ
1. การปฏิบัติเดิม (Baseline Practice)	พัฒนา algorithm	อ้างอิง guideline ปี 2013 และ นำไปใช้ใน EHR + CDSS	เกิดระบบการสั่งยามาตรฐาน
2. ตัวกระตุ้นการ เปลี่ยนแปลง (Trigger for Change)	แนวทางใหม่	Guideline ปี 2018 จาก POGO → ยาบางชนิดถูกยกเลิก / ขยายข้อบ่งชี้ยาใหม่	กระตุ้นให้เกิดการปรับปรุงแนว ปฏิบัติ
3. การประเมินหลักฐาน (Evidence Appraisal)	ใช้เครื่องมือ AGREE	พยาบาลเสนอ guideline ใหม่ → คณะกรรมการประเมิน คุณภาพ	ยืนยันความน่าเชื่อถือของ หลักฐาน
4. การสร้างฉันทามติ (Consensus Building)	ประชุมทีมสห สาขา	แพทย์ พยาบาล และทีมสุขภาพ ร่วมพิจารณา	บรรลุความเห็นพ้องในการ เปลี่ยนแปลง
5. การบูรณาการระบบ (System Integration)	ปรับ CDSS & CPOE	ทีม IT, เภสัชกร, clinical informatics ทำงานร่วมกัน	นำ guideline ใหม่เข้าสู่ระบบ จริง
6. การให้ความรู้ (Patient & Family Education)	สื่อสารการ เปลี่ยนแปลง	อธิบายแผนการรักษาแก่ผู้ป่วย และครอบครัว	ส่งเสริม patient engagement

ตารางที่ 3: การนำแนวทางปฏิบัติสู่การปฏิบัติจริง (Implementation of clinical practice guidelines) (ต่อ)

ขั้นตอน	กิจกรรมสำคัญ	รายละเอียด	ผลลัพธ์/ความสำคัญ
7. การติดตามและประเมินผล (Evaluation & Monitoring)	โครงการวิจัย	ประเมิน adherence และศึกษา barriers/facilitators	ปรับปรุงการนำไปใช้อย่างต่อเนื่อง
8. ผลลัพธ์และความยั่งยืน (Outcomes & Sustainability)	การดูแลเชิงหลักฐาน	การดูแลมีคุณภาพสูงและยั่งยืน	ส่งเสริม evidence-based practice



รูปที่ 4: Ideal Implementation of CPG (หมายเหตุ: ผู้นิพนธ์ สร้างโดยใช้ปัญญาประดิษฐ์)

กรณีศึกษาท้าทาย (Borderline case): ความท้าทายในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสู่การปฏิบัติจริง

โรงพยาบาลเวสต์เวลส์ มีการสั่งยาต้านอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งโดยอาศัยขั้นตอนวิธี (algorithm) ที่พัฒนาโดยแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก อย่างไรก็ตาม ขั้นตอนวิธีดังกล่าวไม่ได้อ้างอิงจากหลักฐานทางวิชาการอย่างเป็นระบบ ทั้งที่มีงานวิจัยและแนวทางเวชปฏิบัติในประเด็นนี้อยู่เป็นจำนวนมาก ต่อมาคณะกรรมการ

ฝ่ายบริหารของโรงพยาบาลได้มีนโยบายปรับปรุงแนวทางการสั่งยาให้ทันสมัย โดยเจ้าหน้าที่ฝ่ายบริหารได้ค้นหาแนวทางเวชปฏิบัติจากแหล่งออนไลน์ และเลือกใช้เอกสารที่ล้ำสมัยมาเป็นต้นแบบในการพัฒนาขั้นตอนวิธีใหม่

ภายหลังการปรับปรุง แนวปฏิบัติดังกล่าวถูกนำไปประกาศใช้ผ่านเว็บไซต์ภายในองค์กร พร้อมทั้งมีการส่งอีเมลแจ้งแก่แพทย์ พยาบาล และฝ่ายเภสัชกรรมเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงนี้ แผนก

มะเร็งวิทยาในเด็กได้จัดการให้ความรู้แบบเฉพาะกิจ (ad hoc) แก่บุคลากร และพยาบาลบางส่วนได้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของการรักษาอย่างไรก็ตาม กระบวนการดังกล่าวยังขาดความเป็นระบบและความต่อเนื่อง ต่อมา เมื่อมีการเผยแพร่แนวทางเวชปฏิบัติฉบับใหม่ล่าสุดเกี่ยวกับการป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนจาก

เคมีบำบัดในผู้ป่วยเด็ก คณะกรรมการของโรงพยาบาลได้ทบทวนข้อมูลและดำเนินการปรับปรุงขั้นตอนวิธีอีกครั้ง โดยมีการยกเลิก (de-implementation) การใช้ยาบางชนิดที่ไม่แนะนำในแนวทางใหม่ การเปลี่ยนแปลงนี้ถูกสื่อสารผ่านอีเมลและการประชุมแผนกในลักษณะสั้น ๆ แต่ยังคงขาดกระบวนการสนับสนุนที่ชัดเจนในการนำไปใช้จริง (รูปที่ 5)

Borderline Case: Clinical Practice Guideline Implementation			
Key Challenges in Implementing Practice Change			
Domain	Key Activity	Limitation / Issue	Impact on Practice
 Baseline Practice	Physician-Developed Algorithm	Not Evidence-Based	Suboptimal Care
 Trigger for Change	Outdated Guideline Used	Outdated Guideline	Weak Foundation
 Evidence Appraisal	No Formal Appraisal	No Formal Appraisal	Uncertain Reliability
 Dissemination	Basic Email & Website Notice	Passive Communication	Low Engagement
 Education	Ad Hoc Training	Limited Education	Inconsistent Knowledge
 Update & De-implementation	Removed Old Medication	Repetitive Process	System Gaps
 Stakeholder Engagement	Minimal Clinician Involvement	Low Buy-In	Resistance to Change
 Evaluation & Monitoring	No Outcome Evaluation	No Monitoring	No Tracking
Missing: Systematic Evidence, Clinician Engagement, Evaluation			

รูปที่ 5: Borderline Implementation of CPG (หมายเหตุ: ผู้นิพนธ์ สร้างโดยใช้ปัญญาประดิษฐ์)

กรณีศึกษาข้างต้นสะท้อนลักษณะของ “การนำแนวทางสู่การปฏิบัติแบบก้ำกึ่ง” กล่าวคือ แม้จะมีความพยายามในการปรับปรุงแนวปฏิบัติและมีการใช้แนวทางปฏิบัติเป็นฐานข้อมูลบางส่วน แต่กลับขาดองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ การประเมินหลักฐานอย่างเป็นระบบ การมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานในระดับหน้างาน (frontline clinicians) และการสร้างความเข้าใจและความเชื่อมั่นต่อการเปลี่ยนแปลง การขาด “การประเมินโดยบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะรายบุคคล” (individual clinician assessment) ส่งผล

ให้ความพร้อมในการนำแนวทางไปใช้จริงลดลง เนื่องจากบุคลากรที่ไม่เข้าใจหรือไม่เชื่อมั่นในหลักฐานมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติตามแนวทางใหม่ นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมที่จำกัดของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญ เช่น แพทย์และพยาบาล ยังส่งผลกระทบต่อความต่อเนื่องของการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และการติดตามประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก^{21, 22}

กรณีศึกษาข้างต้นชี้ให้เห็นว่า การนำแนวทางเวชปฏิบัติไปใช้ให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ ไม่ได้ขึ้นอยู่กับการมีแนวทางเพียงอย่างเดียว แต่ต้องอาศัย

กระบวนการที่เป็นระบบ การมีส่วนร่วมของบุคลากร และการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้การเปลี่ยนแปลงสามารถเกิดขึ้นได้อย่างยั่งยืนในทางปฏิบัติ

บทสรุป

การทำความเข้าใจเชิงโครงสร้างของความสัมพันธ์ระหว่างการวิจัย การปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และแนวปฏิบัติทางคลินิก มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล เนื่องจากช่วยลดความคลุมเครือเชิงแนวคิด และสร้างความชัดเจนในการนำองค์ความรู้ไปสู่การปฏิบัติจริงอย่างเป็นระบบ โดยการวิจัยทำหน้าที่สร้างองค์ความรู้ใหม่ การปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เป็นกลไกใน

การคัดเลือกและประยุกต์ใช้หลักฐานที่เหมาะสม การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องสนับสนุนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และแนวปฏิบัติทางคลินิกช่วยกำหนดมาตรฐานการดูแลในทางคลินิก การบูรณาการแนวคิดทั้งสี่นี้สอดคล้องกัน จะช่วยให้พยาบาลสามารถตัดสินใจเชิงคลินิกได้อย่างมีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับบริบท และตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ นำไปสู่การยกระดับคุณภาพการพยาบาล ความปลอดภัยของผู้ป่วย และการดูแลแบบองค์รวมอย่างยั่งยืนในระบบบริการสุขภาพซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ในทุกมิติของการเจ็บป่วย

Reference

1. Dixon J. Improving the quality of care in health systems: Towards better strategies. *Isr J Health Policy Res.* 2021;10(1):15.
2. Koren Solvang P, Nordvik JE, Vege A, Myrhaug HT. Integrating quality improvement, evidence-based practice, and knowledge translation into a health Sciences masters' programme: A mixed methods study. *BMC Med Educ.* 2025;25(1):1420.
3. O'Leary C, King TS, Ford LG, Kue J. Use of a framework to integrate research, evidence-based practice, and quality improvement. *Nurse Leader.* 2022;20(6):589-93.
4. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice: Lippincott Williams & Wilkins; 2022.
5. Salma I, Waelli M. Mapping research findings on change implementation in nursing practice: A scoping literature review. *Nurs Open.* 2023;10(2):450-68.
6. McMahon MA, Dluhy NM. Ambiguity within nursing practice: An evolutionary concept analysis. *Res Theory Nurs Pract.* 2017;31(1):56-74.
7. Gustafson CR. Active consideration of future health can be prompted by simple health messages and improves nutritional quality of food choices. *Front Nutr.* 2022; 9: 926643.
8. Khumalo N, Olaleye BR. Emotional demands and role ambiguity influence on intentions to quit: Does trust in management matter? *Adm Sci [Internet].* 2025; 15(11):[424 p.].
9. Pawlik TM, McMasters KM. Practice-Changing Evidence in Surgical Oncology: An Annals of Surgical Oncology Series. *Ann Surg Oncol.* 2023;30(4):1930-1.

10. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice: Wolters Kluwer; 2021.
11. Moore F, Tierney S. What and how ... but where does the why fit in? The disconnection between practice and research evidence from the perspective of UK nurses involved in a qualitative study. *Nurse Educ Pract.* 2019;34:90-6.
12. Subbiah V. The next generation of evidence-based medicine. *Nature medicine.* 2023; 29(1): 49-58.
13. Beauchemin M, Cohn E, Shelton RC. Implementation of clinical practice guidelines in the health care setting: A concept analysis. *ANS Adv Nurs Sci.* 2019;42(4):307-24.
14. Jun J, Kovner CT, Stimpfel AW. Barriers and facilitators of nurses' use of clinical practice guidelines: An integrative review. *Int J Nurs Stud.* 2016;60:54-68.
15. Chan RJ, Knowles R, Hunter S, Conroy T, Tieu M, Kitson A. From evidence-based practice to knowledge translation: What is the difference? What are the roles of nurse leaders?. *Semin Oncol Nurs.* 2023; 39(1): 151363
16. Kitson AL, Harvey G, Gifford W, Hunter SC, Kelly J, Cummings GG. ... & Wilson P. How nursing leaders promote evidence-based practice implementation at point-of-care: A four-country exploratory study. *J Adv Nurs.* 2021; 77(5): 2447-2457.
17. Grys CA. Evidence-based practice, quality improvement, and research: A visual model. *Nursing.* 2022;52(11):47-9.
18. Sohal J, Kim H, Nnaji I. Transforming care: Nursing research, EBP, and innovation: celebrating the 10-year anniversary of the Kaiser permanente scholars academy. *Nurs Adm Q.* 2026;50(2S Suppl 2):S35-s8.
19. O'Hara S, Melnyk BM, Hsieh AP, Helsabeck NP, Giuliano KK, Vital C. Innovation, wellness, and EBP cultures are associated with less burnout, better mental health, and higher job satisfaction in nurses and the healthcare workforce. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2025;22(2):e70012.
20. Jatuphon Srisomboon, Panwad Rattanasrithong. Clinical practice guidelines for the management of cervical cancer (2025 Edition). National Cancer Institute, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Bangkok. 2025. Thai.
21. Kim S-A, Jeong H-W. Effectiveness of the research practice ability enhancement program on evidence-based practice competencies in clinical nurses: A non-randomized controlled trial. *Healthcare [Internet].* 2025; 13(18):[2273 p.].
22. Kavar LN, Aquino-Maneja EM, Failla KR, Flores SL, Squier VR. Research, evidence-based practice, and quality improvement simplified. *J Contin Educ Nurs.* 2023;54(1):40-8.



วารสารกองการพยาบาล

กองบรรณาธิการวารสารกองการพยาบาล

อาคาร 4 ชั้น 4 ตึกกรมการแพทย์ ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 0-2590-6264, 0-2590-6291 โทรสาร 0-2590-6295, 0-2591-8268

Website <http://www.nursing.go.th>