



สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์
สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี
สำนักงานสาขากาตะวันออกเฉียงเหนือ
The Nurse's Association of Thailand

วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ Journal of Nursing and Therapeutic Care

ปีที่ 43 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม - กันยายน) 2568
Volume 43 No.3 (July - September) 2025

ISSN 2985-1432 (Online)





วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ

JOURNAL OF NURSING AND THERAPEUTIC CARE

เจ้าของ	สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
ที่ปรึกษา	นางสาวกรรณิกา โททกะขันธ์กุล นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
บรรณาธิการที่ปรึกษา	
ศาสตราจารย์ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล	ข้าราชการเกษียณอายุ
ศาสตราจารย์ ดร.รุจา ภูไพบูลย์	ข้าราชการเกษียณอายุ
รองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ	นายกสภาการพยาบาล
รองศาสตราจารย์ ดร.ดรณี รุจกรกานต์	วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวมาศ คุณล้าน เกื่อนนาดี	นายกกิตติมศักดิ์ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
บรรณาธิการ	
รองศาสตราจารย์ ดร.จันทร์ทิรา เจียรณีย์	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
บรรณาธิการผู้ช่วย	
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภวดี แถวเพี้ย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธิดารัตน์ เลิศวิทยากุล	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย
อาจารย์ ดร.ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี
อาจารย์ ดร.กชกร เพี้ยชัย	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อาจารย์ ดร.จิรณัฐ สมโชค ไหวท์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
กองบรรณาธิการ	
ศาสตราจารย์ ดร.เกษราวัลณ์ นิลวรังกูร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่
ศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริธังศรี	สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
รองศาสตราจารย์ ดร.มาริสสา ไกรฤกษ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ ดร.อัมพรพรรณ ธีรานูตร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ ดร.เสาวคนธ์ วีระศิริ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ข้าราชการเกษียณอายุ)
รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีัญญา จุฬาริ	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพน โบรมัน	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดลวิวัฒน์ แสนโสม	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฬารณณ์ ตั้งภักดี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติรา ไกรนุวัตร	วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต
อาจารย์ ดร.สาดิ์ แอมิลตัน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
อาจารย์ ดร.สืบสาน รักสกุลพิวัฒน์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
Mr. Kent Dale Hamilton	Faculty of Liberal Art Ubon Ratchathani University (ผู้ทรงคุณวุฒิด้านภาษาอังกฤษ)
ดร.ศศิมา ทองสาย	สถานส่งเสริมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสถิติ)
ดร.เอกชัย ภูผาใจ	โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
ฝ่ายจัดการ	
อาจารย์ นุชพร คุ้มใหม่	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
อาจารย์ศุจิรัตน์ ปัญญาแก้ว	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อาจารย์ ชนิษฐา พรหมกระโทก	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
พว.นิพนธ์ วาดาดา	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
พว.กนกนาถ กิ่งสันเทียะ	นักวิชาการอิสระ
พว.พัชรี จันทะระ	โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
นางสาวภาณุมาศ หาญสุริย์	สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ



วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ JOURNAL OF NURSING AND THERAPEUTIC CARE

International Editorial Board Journal of Nursing and Therapeutic Care

Professor Patraporn Bhatarasakoon

Faculty of Nursing, Chiang Mai University, TH

Professor Wilaiporn Rojjanasrira

Graceland University School of Nursing, Independence,
Missouri, USA

Professor Suparp Aree-Ue

¹Department of Epidemiology and Biostatistics

²Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine
Ramathibodi Hospital, Mahidol University, TH

Associate Professor Chantira Chiaranai

Institute of Nursing, Suranaree University of Technology, TH

Associate Professor Jom Suwanno

Faculty of Nursing, Walailak University, TH

Associate Professor Wasana Ruaisungnoen

Faculty of Nursing, Khon Kaen University, TH

Associate Professor Samoraphop Banharak

Faculty of Nursing, Khon Kaen University, TH

Associate Professor Buratin Khampirat

Institute of Social Technology, Suranaree University of
Technology, TH (Statistician)

Associate Professor Inthira Roopsawang

Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine
Ramathibodi Hospital, Mahidol University, TH

Professor Benno von Bormann

Independent researcher and Visiting Professor, Institute of
Medicine, Suranaree University, TH



วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางการพยาบาลและความรู้จากศาสตร์ อื่นๆ ที่เป็นประโยชน์แก่วิชาชีพพยาบาล
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยทางการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ
3. เพื่อเสริมสร้างศักยภาพพยาบาลในการเผยแพร่ความรู้จากประสบการณ์และการศึกษาค้นคว้าไปสู่การสร้างองค์ความรู้ใหม่
4. เพื่อเป็นสื่อกลางการติดต่อสัมพันธ์ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของพยาบาลทั้งในประเทศไทย และสากล

ขอเขียนหรือบทความใดๆ ที่ตีพิมพ์
เผยแพร่ในวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ ฉบับนี้เป็นความคิดเห็นเฉพาะตัวของ
ผู้เขียน กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย
และไม่มีข้อผูกพันประการใด



รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

- | | |
|--------------------------------------|---|
| 1. ศ.ดร. สุภาพ อาอีเอื้อ | 21. ผศ.ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ |
| 2. ศ.ดร. จินตนา วัชรสินธุ์ | 22. ผศ.ดร. อาภา หวังสุขไพศาล |
| 3. ศ.ดร. บุญทิพย์ สิริธรรังศรี | 23. ผศ.ดร. จิตภินันท์ ศรีจักรโคตร |
| 4. รศ.ดร. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ | 24. ผศ.ดร. บุญพิชชา จิตต์ภักดี |
| 5. รศ.ดร. จินห์จุฬา ชัยเสนา ดาลลาส | 25. ผศ.ดร. พัชรินทร์ พูลทวี |
| 6. รศ.ดร. ศรีเมือง พลังฤทธิ์ | 26. ผศ.ดร. ธีรรัตน์ เลิศวิทยากุล |
| 7. รศ.ดร. ศรีญญา จุฬาริ | 27. ผศ.ดร. ปราณี คำจันทร์ |
| 8. รศ.ดร. บัวหลวง สำแดงฤทธิ์ | 28. ผศ.ดร. สุพรรณิ กัณหติลล |
| 9. รศ.ดร. วิลาวัลย์ ชมนิรัตน์ | 29. ผศ.ดร. ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพน โบรมันน์ |
| 10. รศ.ดร. ศิราณีย์ อินทรหนองไผ่ | 30. ผศ.ดร. จิตภา ผูกพันธ์ |
| 11. รศ.ดร. จุฬารณณ์ ตั้งภักดี | 31. ผศ.ดร. ณิชกานต์ ทรงไทย |
| 12. รศ.ดร. อินทิรา รูปสว่าง | 32. ผศ.ดร. ทิพนาส ชินวงศ์ |
| 13. รศ.ดร. จุฬามาศ โชติบาง | 33. ผศ.ดร. ธัญลักษณ์ โอบบ่อม |
| 14. รศ.ดร. ปิยะนุช ชูโต | 34. อาจารย์ ดร. ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์ |
| 15. รศ.ดร. วาสนา รวยสูงเนิน | 35. อาจารย์ ดร.สืบสาน รักสกุลพัฒน์ |
| 16. รศ.ดร. จันทรีทิรา เจริญชัย | 36. อาจารย์ พันตรีหญิง ดร.ปิยอร วจนะทินภัทร |
| 17. รศ.ดร. นุจรี ไชยมงคล | 37. อาจารย์ ดร.อัจฉรา อ่วมเครือ |
| 18. รศ.ดร. ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์ | 38. อาจารย์ ดร.ภัทรภร สฤชสมบัติ |
| 19. ผศ.ดร. ปิรยาวัชร ปรากฏผล | 39. อาจารย์ ดร. จิรนุช สมโชค ไวก์ |
| 20. ผศ.ดร. อัจฉริยา วงษ์อินทร์จันทร์ | 40. อ.คมคาย สุวรรณพงศ์ |



สารบัญ

บทบรรณาธิการ

- * การปฏิบัติการบริหารพยาบาลด้วยปัญญาประดิษฐ์ เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย e279620
(1-10)

บทความวิจัย

- * การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอุบัติการณ์ภาวะหายใจล้มเหลวในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคปอดอักเสบ ปิยาภรณ์ ด่วงนิล ญัฐจิตา เพชรประไพ e277675
(1-17)
- * การพัฒนาแนวทางการบริการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ทานตะวัน ยมรัตน์ อนุชา ไทยวงษ์ e278084
กัทธ ดานา สุจิตรา บุญพันธ์ (1-15)
ภัทรนันท์ บุญแสง
- * ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 2 จิรรัตน์ หรือตระกูล e278438
กมลรจน์ วงษ์จันทร์หาญ (1-16)
ปัทมพร บำรุงเขต
- * ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลในสถาบัน การศึกษาแห่งหนึ่ง ภรณ์ทิพย์ ผลกระโทก สุหทัย โตสังวาลย์ e278319
สมจิตต์ เวียงเพิ่ม (1-18)
- * แนวทางการดูแลสุขภาพสำหรับนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนรินทร์ จังหวัดฉะเชิงเทรา อรชума หนูน้อย เอ็มอัชมา วัฒนบุรณนธ์ e278416
ยุวดี รอดจากภัย (1-13)
- * การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริม การเคลื่อนไหวของลำไส้หลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน ที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ปิยธิดา ภูชมศรี นงเยาว์ มีเทียน e278475
สุรชาติ สิทธิปกรณ์ (1-14)
- * สมรรถนะผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นภายใต้สำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยใช้เทคนิคเดลฟาย อชิรญา ทองแก้ว e279009
รุ่งทิวา บุญประคม (1-14)
- * ความชุกของพฤติกรรมโรคสมาธิสั้น และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ โรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ปกครองในเด็กอายุ 6-15 ปี วิชาพร จันทนาม ขวัญจิรา อินกว้าง e279076
สุจิตตา ฤทธิมนตรี จำรัสลักษณ์ เจริญแสน (1-15)
อรทัย พงษ์แก้ว รัชส์สุดา ชูศรีทอง
วาริรัตน์ วรรณโพธิ์
- * ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานแบบออนไลน์ต่อความรู้ และความพึงพอใจในการเรียนวิชาการพยาบาลเด็ก ของนักศึกษาพยาบาล ทักษมาศ ไทยเล็ก จุฑารัตน์ คงเพชร e279168
พิสมัย วัฒนสิทธิ์ ปิ่นสุดา สังฆะโน (1-16)
อำไพพร ก่อตระกูล วาสนา โชติสัมพันธ์เจริญ



สารบัญ

* การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการให้สารอาหาร ผ่านทางเดินอาหารในผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต	ปนิดา หนองเส จุฬารักษ์ ตั้งภักดี	e279120 (1-16)
* ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล การรับรู้ความรุนแรงของ โรคกับความต้องการก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด	คันธรัตน์ จันทศิริ ภัทรา กวนเมืองใต้	e279300 (1-14)
* ผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนการคลออย่างต่อเนื่อง ต่อระยะเวลาของระยะที่ 1 ของการคลอที่ห้องคลอด โรงพยาบาลชัยภูมิ	ระพีพรรณ แดงสกุล ทิวาวรรณ เทพา	e279154 (1-14)
* ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ	กิตติยาภรณ์ บุญไพโรจน์	e279702 (1-14)
* ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับปฏิสัมพันธ์ ทางสังคมและผลการเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา	ดรณี รุจกรกานต์ ชูชาติ วงศ์อนุชิต สิริกร ขาวบุญมาศิริ กชกร เพี้ยชัย ธนภณ ลีศรี	e278045 (1-16)
* ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้ แบบมีส่วนร่วมต่อความเครียดของผู้ปกครองเด็กออทิสติกที่มารับ การบริการแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	สุภาวดี คำภุณา ศักดา ขำคม โยฮัน สิทธิคุณ อรุณกมล ทราบรัมย์	e279991 (1-15)
* อื่น ๆ		
* คำแนะนำสำหรับผู้เขียน		



Editorial Message

การปฏิวัติการบริหารพยาบาลด้วยปัญญาประดิษฐ์

เพชรน้อย สิงห์ช้างชัย ปร.ด.¹

(วันรับบทความ : 17 พฤษภาคม พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 26 กรกฎาคม พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ: 4 สิงหาคม พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การปฏิวัติการบริหารพยาบาลด้วยปัญญาประดิษฐ์กำลังเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์ของการดูแลสุขภาพอย่างรากฐาน บทความนี้นำเสนอกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ (Integrative review) ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีสำหรับการประยุกต์ใช้ AI ในการบริหารการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ โดยทบทวนบทความจำนวน 25 เรื่อง ที่ตีพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ. 2561–2567 (ค.ศ. 2018–2024) ที่ครอบคลุมสำหรับการนำ AI เข้ามาใช้ในการบริหารการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ โดยประยุกต์ใช้สี่ทฤษฎีหลัก ได้แก่ ทฤษฎีระบบและการตัดสินใจเชิงปัญญาประดิษฐ์ ซึ่งมององค์กรพยาบาลเป็นระบบซับซ้อนที่ AI สามารถช่วยวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยและปรับปรุงกระบวนการดูแล ส่งผลให้ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ถึงร้อยละ 30 ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงของ Lewin ที่ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การละลายพฤติกรรมเดิม (Unfreezing) การเปลี่ยนแปลง (Change) และการทำให้การเปลี่ยนแปลงคงอยู่ (Refreezing) ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการสร้างความตระหนักรู้ถึงประโยชน์ของ AI การฝึกอบรมบุคลากร และการสร้างนโยบายองค์กรที่สนับสนุน การศึกษาพบว่าการใช้ทฤษฎีนี้เพิ่มอัตราความสำเร็จในการนำเทคโนโลยีมาใช้จากร้อยละ 40 เป็นร้อยละ 75 ทฤษฎีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Transformational Leadership Theory) เน้นการสร้างแรงบันดาลใจและการกระตุ้นทางปัญญา ผู้นำที่มีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงสามารถเพิ่มอัตราการยอมรับเทคโนโลยี AI ได้มากกว่าร้อยละ 60 และการบริหารเชิงกลยุทธ์ (Strategic Management) ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การวิเคราะห์สภาพแวดล้อม การกำหนดวิสัยทัศน์และพันธกิจ การกำหนดกลยุทธ์ การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ และการประเมินและควบคุม บทความนำเสนอการวิเคราะห์ SWOT ที่ครอบคลุม โดยระบุจุดแข็งขององค์กรพยาบาลไทย เช่น บุคลากรที่มีความรู้พื้นฐานด้านเทคโนโลยี โครงสร้างพื้นฐานด้าน IT ที่เพียงพอ และข้อมูลผู้ป่วยในระบบดิจิทัลจำนวนมาก ขณะเดียวกันก็ชี้ให้เห็นจุดอ่อน เช่น งบประมาณที่จำกัด การขาดผู้เชี่ยวชาญด้าน AI โดยตรง และระบบข้อมูลที่ยังไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ตัวอย่างการประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติรวมถึงระบบ Smart Patient Management ที่ช่วยจัดการคิวผู้ป่วย ระบบเตือนอัตโนมัติสำหรับติดตามสัญญาณชีพ และการใช้ AI ในการพยากรณ์ความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ ซึ่งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่สามารถลดอัตราการเกิดแผลกดทับได้ร้อยละ 25

บทความนี้เสนอแนะให้ผู้บริหารพยาบาลใช้กรอบการบริหารเชิงกลยุทธ์ 5 ขั้นตอนอย่างเป็นระบบ เริ่มตั้งแต่การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมเพื่อประเมินความพร้อม การกำหนดวิสัยทัศน์ที่ชัดเจน การพัฒนากลยุทธ์ที่เหมาะสม การนำไปปฏิบัติผ่านโครงการนำร่อง และการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง โดยคำนึงถึงผลกระทบต่อบุคลากร ผู้ป่วย และองค์กรโดยรวม เพื่อให้การนำ AI มาใช้เกิดประโยชน์สูงสุดและยั่งยืน

คำสำคัญ: การปฏิวัติการบริหารพยาบาล ปัญญาประดิษฐ์ การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ

¹ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ประเทศไทย

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ E-mail: pchechnoy@gmail.com Tel: 089-8797469



Revolutionizing Nursing Management with Artificial Intelligence

Phechnoy Singchangchai Ph.D.¹

(Received Date: May 17, 2025, Revised Date: July 26, 2025, Accepted Date: August 4, 2025)

Abstract

The revolution of nursing management with artificial intelligence (AI) is fundamentally transforming the healthcare delivery paradigm. This article presents a proposed theoretical framework derived from an integrative literature review aimed at the effective application of AI in nursing management. The review examined 25 articles published between 2018–2024 (B.E. 2561–2567) that comprehensively covered the effective implementation of AI in nursing management through the application of the following four main theories. First, the Systems Theory and Artificial Intelligence Decision-Making Theory views nursing organizations as complex systems where AI can help analyze patient data and improve care processes, resulting in the reduction of complication rates by up to 30%. Secondly, Lewin's Change Theory, consisting of three stages —Unfreezing, Change, and Refreezing — was applied to create an awareness of AI benefits, staff training, and establish supportive organizational policies. Studies found that using this theory increased technology implementation success rates from 40% to 75%. Thirdly, Transformational Leadership Theory emphasizes creating inspiration and intellectual stimulation. Leaders with transformational leadership capabilities can increase AI technology's acceptance rates by more than 60%. Lastly, Strategic Management consists of five steps: environmental analysis, vision and mission setting, strategy formulation, strategy implementation, and evaluation and control. The article presents a comprehensive Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats (SWOT) analysis identifying the strengths of Thai nursing organizations, such as personnel with basic technology knowledge, adequate IT infrastructure, and substantial digital patient data. Simultaneously, it highlights the weaknesses, including limited budgets, lack of direct AI expertise, and non-standardized data systems. Practical applications include Smart Patient Management systems for queue management, automated alert systems for vital sign monitoring, and using AI to predict pressure ulcer risks. For example Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital was able to reduce pressure ulcer incidence by 25% by applying AI to pressure ulcer risk prediction.

This article recommends that nursing administrators systematically use the 5-step strategic management framework that was developed, including performing an environmental analysis to assess readiness; establishing a clear vision; developing appropriate strategies; implementation through pilot projects; and continuous evaluation that assesses the impacts on personnel, patients, and the organization overall, to maximize sustainable AI benefits.

Keywords: nursing management revolution, artificial intelligence, integrative review

¹Professor, College of Nursing Christian University of Thailand

¹Corresponding author, E-mail: phechoy@gmail.com Tel: 089-8797469



บทนำ

การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีดิจิทัลและปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) กำลังสร้างทั้งโอกาสและความท้าทายให้กับวิชาชีพการพยาบาล บุคลากรทางการพยาบาลในทุกระดับจำเป็นต้องพัฒนาสมรรถนะด้านเทคโนโลยีดิจิทัลและ AI เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงและสามารถนำเทคโนโลยีมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย¹ สมรรถนะที่จำเป็นสำหรับบุคลากรในแต่ละระดับมีความแตกต่างกันตามบทบาทและความรับผิดชอบ โดยพยาบาลปฏิบัติการต้องมุ่งเน้นการใช้เทคโนโลยีเพื่อการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ผู้บริหารระดับต้นต้องบริหารจัดการหน่วยงานโดยใช้ข้อมูลและเทคโนโลยี ผู้บริหารระดับกลางต้องวิเคราะห์แนวโน้มและพัฒนาคุณภาพโดยใช้เทคโนโลยี และผู้บริหารระดับสูงต้องกำหนดวิสัยทัศน์และนำองค์กรสู่การเปลี่ยนแปลงทางดิจิทัล²

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับปัญญาประดิษฐ์ (AI) ทฤษฎีสู่การปฏิบัติในยุคดิจิทัล

ปัญญาประดิษฐ์กำลังเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์ของการบริหารทางการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ บทความนี้นำเสนอทฤษฎีหลัก แนวคิด และตัวอย่างการประยุกต์ใช้ AI ในการบริหารทางการพยาบาลที่ทันสมัย ประกอบด้วย 1) ทฤษฎีระบบและการตัดสินใจใช้ปัญญาประดิษฐ์ ซึ่งมองว่าองค์กรเป็นระบบที่มีความซับซ้อนและสัมพันธ์กับส่วนต่าง ๆ 2) ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงของ Lewin ที่ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การละลายพฤติกรรมเดิม การเปลี่ยนแปลง และการทำให้การเปลี่ยนแปลงคงอยู่ 3) ทฤษฎีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่สร้างแรงบันดาลใจให้บุคลากรยอมรับและปรับตัวกับเทคโนโลยีใหม่ และ 4) การบริหารเชิงกลยุทธ์กับการนำ AI มาใช้ ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน รายละเอียดในแต่ละทฤษฎีสู่การปฏิบัติในยุคดิจิทัลยุค AI ดังนี้

1. ทฤษฎีระบบและการตัดสินใจใช้ปัญญาประดิษฐ์สำหรับการบริหารการพยาบาล ทฤษฎีระบบและการตัดสินใจเชิงปัญญาประดิษฐ์เป็นการผสมผสานหลักการของทฤษฎีระบบกับกระบวนการตัดสินใจของระบบ AI เพื่อเข้าใจและพัฒนาระบบ AI ที่สามารถทำการตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพในสภาพแวดล้อมที่ซับซ้อน ทฤษฎีระบบมองว่าองค์กรเป็นระบบที่มีความซับซ้อน มีความสัมพันธ์ระหว่างส่วนต่าง ๆ³ การนำ AI มาใช้ในการพยาบาลต้องพิจารณาผลกระทบต่อระบบโดยรวม

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบและการตัดสินใจนำปัญญาประดิษฐ์มาวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อปรับปรุงกระบวนการดูแลระบบเตือนอัตโนมัติสามารถช่วยพยาบาลในการติดตามสัญญาณชีพและแจ้งเตือนเมื่อมีความผิดปกติ ช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ถึงร้อยละ 30⁴ ในประเทศไทย โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่มีการนำระบบ AI มาวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อคาดการณ์ความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ ส่งผลให้อัตราการเกิดแผลกดทับลดลงร้อยละ 25⁵ ทฤษฎีระบบและการตัดสินใจเชิงปัญญาประดิษฐ์เป็นการผสมผสานของทฤษฎีระบบกับการเขียนโปรแกรมการเรียนรู้ของเครื่อง โดยที่ผู้บริหารสามารถใช้เทคโนโลยี AI เพื่อสนับสนุนการพยาบาลแบบการดูแลระยะยาว เช่น โครงการนำร่อง AI สำหรับการพยาบาลแบบควบคุมน้ำหนัก ทฤษฎีความสำเร็จร่วมกันจำเป็นต้องให้เข้าใจความแตกต่างและการทำงานร่วมกันของเทคโนโลยี AI และบุคลากรพยาบาล การประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบและการตัดสินใจนำปัญญาประดิษฐ์มาวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อปรับปรุงกระบวนการทำงาน ระบบเตือนอัตโนมัติสามารถช่วยพยาบาลในการติดตามและจัดระบบการรอกยของผู้ป่วยทั่วทั้งแผนก ทำให้มั่นใจได้ว่าผู้ป่วยไม่ต้องรอนานและสามารถจัดสรรวิธีการใหม่ไปยังการตรวจอื่นหากจำเป็น ระบบรองรับสามารถช่วยเพิ่มความถี่และการให้การดูแลผู้ป่วยในมิติกว้าง ๆ ทฤษฎีระบบช่วยให้เข้าใจการใช้ AI สำหรับการบริหารบริการสุขภาพ ดังนั้นการปฏิบัติการบริหารพยาบาลด้วยปัญญาประดิษฐ์จึงมีความสำคัญสำหรับระบบของการดูแลผู้ป่วย ช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าร้อยละ 25

2. ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงของ Lewin กับการนำ AI มาใช้สำหรับการบริหารการพยาบาล ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงของ Kurt Lewin⁶ นักจิตวิทยาสังคมชาวเยอรมัน-อเมริกัน ที่ได้รับการยกย่องว่าเป็นบิดาแห่งจิตวิทยาสังคมสมัยใหม่ ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงที่พัฒนาขึ้นในช่วงทศวรรษ 1940 ยังคงมีอิทธิพลอย่างมากในการบริหารองค์กรและการบริหารทางการพยาบาลในปัจจุบัน สารของทฤษฎีประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การละลายพฤติกรรมเดิม (Unfreezing) การเปลี่ยนแปลง (Change) และการทำให้การเปลี่ยนแปลงคงอยู่ (Refreezing) ในบริบทของการบริหารการพยาบาล ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงของ Lewin มีความสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากวิชาชีพพยาบาลต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี นโยบายสุขภาพ



แนวปฏิบัติทางคลินิก หรือความคาดหวังของผู้ป่วย^{7,8} การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงของ Lewin กับการนำ AI มาใช้สำหรับการบริหารการพยาบาล ประกอบด้วย:

1. การสร้างความตระหนักรู้ถึงประโยชน์ของ AI ในการพยาบาล (Unfreezing)
2. การฝึกอบรมบุคลากรให้ใช้เทคโนโลยี AI และปรับกระบวนการทำงาน (Change)
3. การสร้างนโยบายและวัฒนธรรมองค์กรที่สนับสนุนการใช้ AI (Refreezing)

จากการศึกษาของ Thimbleby⁹ พบว่าการนำทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงมาใช้ในการนำระบบ AI มาปรับใช้ในโรงพยาบาลเพิ่มอัตราความสำเร็จในการนำเทคโนโลยีมาใช้จากร้อยละ 40 เป็นร้อยละ 75 นอกจากนี้ Nilsen และคณะ¹⁰ รายงานความสำเร็จในการใช้ทฤษฎีของ Lewin เพื่อปรับเปลี่ยนโมเดลการดูแลผู้ป่วยในสถานพยาบาลระยะยาว และ Cresswell และคณะ¹¹ พบว่าการใช้ทฤษฎีของ Lewin ในการนำระบบความปลอดภัยของผู้ป่วยมาใช้ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนมากขึ้น

3. ทฤษฎีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Transformational Leadership Theory) ผู้นำการเปลี่ยนแปลงสร้างแรงบันดาลใจให้บุคลากรยอมรับและปรับตัวกับเทคโนโลยีใหม่¹² ทฤษฎีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ การสร้างแรงบันดาลใจ การกระตุ้นทางปัญญา และการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล การประยุกต์ใช้ทฤษฎีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในการนำ AI มาใช้ในองค์กรพยาบาล ประกอบด้วย ผู้บริหารการพยาบาลต้องสร้างวิสัยทัศน์ที่ชัดเจนในการนำ AI มาใช้ (การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์) มีการสื่อสารประโยชน์ของ AI และสร้างแรงจูงใจให้พยาบาลยอมรับการเปลี่ยนแปลง (การสร้างแรงบันดาลใจ) ใช้การกระตุ้นให้พยาบาลคิดวิธีการนำ AI มาปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย (การกระตุ้นทางปัญญา) และการพิจารณาความต้องการและความกังวลของพยาบาลแต่ละคนในการปรับตัวกับเทคโนโลยี (การคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล) การศึกษาของ Krick และคณะ¹³ พบว่าผู้นำการพยาบาลที่มีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงช่วยเพิ่มอัตราการยอมรับเทคโนโลยี AI ในองค์กรได้มากกว่าร้อยละ 60

4. การบริหารเชิงกลยุทธ์ (Strategic Management) กับการนำ AI มาใช้สำหรับการบริหารการพยาบาล การบริหารเชิงกลยุทธ์ในการพยาบาล หมายถึง กระบวนการวางแผนระยะยาวที่มุ่งเน้นการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกเพื่อกำหนดทิศทาง เป้าหมาย และกลยุทธ์ในการดำเนินงานด้านการพยาบาล โดยมีการประเมินผลและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง¹⁴ การบริหารเชิงกลยุทธ์ในการพยาบาลรวมกับการประยุกต์ใช้ AI สามารถยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน และลดภาระงานที่ไม่จำเป็นของพยาบาล¹⁵ การนำ AI มาใช้อย่างมีกลยุทธ์จะช่วยให้องค์กรพยาบาลสามารถรับมือกับความท้าทายในอนาคต เช่น การขาดแคลนพยาบาล ความต้องการการดูแลที่ซับซ้อนมากขึ้น และความคาดหวังของผู้ป่วยที่สูงขึ้น¹⁶ กระบวนการบริหารเชิงกลยุทธ์ในการพยาบาลประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์สภาพแวดล้อม (Environmental Analysis) 2) การกำหนดวิสัยทัศน์และพันธกิจ (Vision and Mission) 3) การกำหนดกลยุทธ์ (Strategy Formulation) 4) การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ (Strategy Implementation) และ 5) การประเมินและควบคุม (Evaluation and Control)¹⁵ ผู้บริหารระดับสูงในองค์กรพยาบาลสามารถนำแนวทางการบริหารดังกล่าวมาสู่การปฏิบัติด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สภาพแวดล้อม (Environmental Analysis)

การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญในการบริหารเชิงกลยุทธ์เพื่อนำ AI มาใช้ในการพยาบาล ต้องพิจารณาทั้งปัจจัยภายในและภายนอกองค์กร

ปัจจัยภายนอก: ในปัจจุบัน AI กำลังมีบทบาทมากขึ้นในอุตสาหกรรมดูแลสุขภาพ เนื่องจากผู้บริหารกว่าร้อยละ 83 เห็นด้วยว่า AI คือโซลูชันที่ตอบโจทย์ในการจัดการปัญหาสุขภาพ¹⁷ องค์กรพยาบาลจึงจำเป็นต้องวิเคราะห์แนวโน้มเทคโนโลยีการเปลี่ยนแปลงด้านประชากรศาสตร์ และนโยบายสุขภาพ การเร่งรับนำ AI มาใช้โดยไม่มีกลยุทธ์ที่ชัดเจนอาจส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย สูญเสียทรัพยากร และทำลายความเชื่อมั่น ดังนั้นการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมจึงต้องครอบคลุมทั้งโอกาสและความเสี่ยงอย่างรอบด้าน



ปัจจัยภายใน: การบูรณาการ AI ในการปฏิบัติการพยาบาลจำเป็นต้องวิเคราะห์ความพร้อมทั้งด้านข้อมูล โครงสร้างพื้นฐาน และความพร้อมของบุคลากร องค์กรพยาบาลต้องประเมินทรัพยากรที่มีอยู่ ทั้งบุคลากร งบประมาณ โครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยี และความพร้อมในการรับเทคโนโลยีใหม่ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ SWOT การนำ AI มาใช้ในการบริหารการพยาบาล

SWOT	ปัจจัย	ตัวอย่างการประยุกต์ใช้ในการบริหารการพยาบาล
จุดแข็ง	บุคลากรมีความรู้พื้นฐานด้านเทคโนโลยีและการใช้คอมพิวเตอร์	• พยาบาลสามารถใช้งานแอปพลิเคชัน AI ที่ออกแบบให้ใช้งานง่ายได้ทันที หรือมีการอบรมการใช้งานเทคโนโลยีใหม่ทำได้รวดเร็ว
	มีโครงสร้างพื้นฐานด้านไอทีที่สามารถรองรับการพัฒนา	• สามารถติดตั้งระบบ AI บนเครื่องแม่ข่ายที่มีอยู่ หรือ เพิ่มเครือข่ายอินเทอร์เน็ตความเร็วสูงรองรับการประมวลผล
	มีข้อมูลผู้ป่วยในระบบดิจิทัลจำนวนมากที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้	• ใช้ข้อมูลย้อนหลังฝึกฝนระบบ AI ให้พยากรณ์อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล และ วิเคราะห์รูปแบบการเข้ารับบริการเพื่อวางแผนอัตรากำลัง
	ผู้บริหารให้การสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรม	• มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อพัฒนาระบบ AI โดยเฉพาะ หรือผู้บริหารเข้าร่วมการประชุมนำเสนอเทคโนโลยีใหม่
จุดอ่อน	งบประมาณด้านเทคโนโลยีมีจำกัด	• เริ่มจากการใช้โซลูชัน AI แบบเปิดเผยแพร่ หรือนำร่องในหน่วยงานที่มีความพร้อมก่อน เช่น หอผู้ป่วยวิกฤต
	พยาบาลบางส่วนยังไม่คุ้นเคยกับเทคโนโลยีขั้นสูง	• จัดทีมพี่เลี้ยงช่วยสอนการใช้งานแบบตัวต่อตัว พัฒนาระบบให้มีส่วนติดต่อผู้ใช้ที่เข้าใจง่าย (User-friendly)
	ขาดผู้เชี่ยวชาญด้าน AI โดยตรงในองค์กร	•จ้างที่ปรึกษาภายนอกในระยะเริ่มต้น หรือ ร่วมมือกับมหาวิทยาลัยในการพัฒนาโครงการวิจัย
	ระบบข้อมูลที่มีอยู่อาจยังไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน	• สร้างมาตรฐานการบันทึกข้อมูล เช่น ใช้รหัส ICD-10 อย่างเคร่งครัดพัฒนาระบบแปลงข้อมูลให้อยู่ในรูปแบบที่ AI เรียนรู้ได้
โอกาส	นโยบายภาครัฐสนับสนุนการพัฒนาด้านดิจิทัลและ AI ในวงการสาธารณสุข	• ขอบทุนสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุขสำหรับโครงการนำร่องใช้ประโยชน์จากโครงการพัฒนาทักษะดิจิทัลของภาครัฐ
	มีเทคโนโลยี AI สำเร็จรูปที่ช่วยลดภาระงานบริหารจัดการได้	• ใช้ AI วางแผนตารางเวรอัตโนมัติที่คำนึงถึงทักษะและความต้องการของพยาบาล เพิ่มการใช้ระบบ AI จัดการข้อมูลการเบิกจ่ายวัสดุการแพทย์
	โอกาสในการร่วมมือกับสถาบันการศึกษาและบริษัทเทคโนโลยี	• ร่วมมือกับคณะพยาบาลศาสตร์ในการพัฒนาหลักสูตร AI สำหรับพยาบาล ปรานงานทำโครงการวิจัยร่วมกับบริษัทสตาร์ทอัพด้านเทคโนโลยีสุขภาพ
	แนวโน้มการขาดแคลนพยาบาลทำให้ต้องนำเทคโนโลยีมาช่วย	• ใช้ AI ช่วยคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้นเพื่อลดภาระพยาบาล ปรับวิธีการทดแทนกำลังคนด้วยการ ใช้หุ่นยนต์ช่วยขนส่งยาและเวชภัณฑ์ภายในหอผู้ป่วย



ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ SWOT การนำ AI มาใช้ในการบริหารการพยาบาล (ต่อ)

SWOT	ปัจจัย	ตัวอย่างการประยุกต์ใช้ในการบริหารการพยาบาล
อุปสรรค	ความกังวลเรื่องความปลอดภัยของข้อมูล และความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย	• พัฒนาระบบที่เข้ารหัสข้อมูลผู้ป่วย (Data Encryption) จัดทำนโยบาย และแนวปฏิบัติด้านความปลอดภัยข้อมูล
	การเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีที่รวดเร็วทำให้ระบบล้าสมัยได้ง่าย	• เลือกใช้แพลตฟอร์มที่มีการอัปเดตต่อเนื่อง วางแผนการออกแบบระบบให้รองรับการขยายและปรับเปลี่ยนในอนาคต
	ต้นทุนในการบำรุงรักษาระบบในระยะยาว	• วางแผนงบประมาณบำรุงรักษาล่วงหน้า 3-5 ปี มีการฝึกอบรมทีมไอที ภายในให้สามารถดูแลระบบได้เอง
	ข้อจำกัดด้านกฎหมายและจริยธรรมในการใช้ AI กับข้อมูลสุขภาพ	• ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมายและจริยธรรม จัดทำแนวทางการใช้ AI ที่สอดคล้องกับ พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล
	การต่อต้านการเปลี่ยนแปลงจากบุคลากรบางส่วน	• สื่อสารประโยชน์ของ AI ที่จะช่วยลดงานซ้ำซ้อน ให้พยาบาลมีส่วนร่วม ในการออกแบบและทดสอบระบบ

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดวิสัยทัศน์และพันธกิจ (Vision and Mission)

ผู้บริหารในองค์กรพยาบาลร่วมกันกำหนดวิสัยทัศน์และพันธกิจ ค่านิยมหลักที่ชัดเจนจะเป็นแนวทางในการพัฒนากลยุทธ์การนำ AI มาใช้ในการพยาบาล

วิสัยทัศน์: การนำ AI มาประยุกต์ใช้นอกจากจะเป็นการเสริมศักยภาพขององค์กรพยาบาลแล้ว ยังช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ดีขึ้น ตัวอย่างวิสัยทัศน์อาจเป็น "เป็นผู้นำในการบูรณาการ AI เพื่อยกระดับมาตรฐานการพยาบาลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง"

พันธกิจ: องค์กรพยาบาลควรมุ่งมั่นที่จะพัฒนาและประยุกต์ใช้ AI เพื่อส่งเสริมการดูแลแบบองค์รวม การประสานงาน การดูแล และการประเมินอย่างครอบคลุม พันธกิจควรกำหนดแนวทางที่ชัดเจนว่าองค์กรจะนำ AI มาใช้อย่างไรเพื่อบรรลุวิสัยทัศน์

ค่านิยมหลัก: กรอบจริยธรรมที่เหมาะสมกับ AI ในการพยาบาลมีความจำเป็นในการปรับแนวทางความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีให้สอดคล้องกับค่านิยมหลักของวิชาชีพ การกำหนดค่านิยมหลักที่ให้ความสำคัญกับคุณภาพการดูแล ความปลอดภัย จริยธรรม และการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตัวอย่างการกำหนดวิสัยทัศน์และพันธกิจ (Vision and Mission)

หลักการ	การประยุกต์ใช้กับ AI	ตัวอย่างการนำไปปฏิบัติ
กำหนดเป้าหมายระยะยาวของหน่วยงานพยาบาล	วิสัยทัศน์ควรรวมถึงการบูรณาการเทคโนโลยี AI เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแล	"เป็นองค์กรพยาบาลชั้นนำที่ใช้เทคโนโลยี AI เพื่อมอบการดูแลที่เป็นเลิศ ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพภายในปี 2030"
สร้างพันธกิจที่ชัดเจนเพื่อบรรลุวิสัยทัศน์	พันธกิจควรระบุบทบาทของ AI ในการสนับสนุนการปฏิบัติงานพยาบาล	"พัฒนาระบบการพยาบาลโดยบูรณาการ AI เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรอง วินิจฉัย และการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง"



ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดกลยุทธ์ (Strategy Formulation)

การกำหนดกลยุทธ์เป็นการวางแผนว่าองค์กรจะบรรลุวิสัยทัศน์และพันธกิจได้อย่างไร โดยเฉพาะในบริบทของการนำ AI มาใช้ในการบริหารพยาบาล ประกอบด้วย 1) กลยุทธ์ระดับองค์กร (การพัฒนากลยุทธ์เฉพาะสำหรับ AI ในการดูแลสุขภาพมีความจำเป็น โดยต้องกำหนดลำดับความสำคัญที่ชัดเจน กลยุทธ์ระดับองค์กรอาจรวมถึงการลงทุนในเทคโนโลยี AI การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านข้อมูล และการสร้างพันธมิตรกับผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยี) 2) กลยุทธ์ระดับหน่วยบริการสุขภาพ (การใช้ระบบ Smart Patient Management ที่ขับเคลื่อนด้วย AI ช่วยให้พยาบาลสามารถติดตามและจัดการผู้ป่วยทั่วทั้งแผนก ทำให้มั่นใจได้ว่าผู้ป่วยไม่ต้องรอนานและสามารถจัดสรรใหม่ไปยังการตรวจอื่นหากจำเป็น กลยุทธ์ระดับหน่วยงานพยาบาลอาจมุ่งเน้นการนำ AI มาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในกระบวนการทำงานเฉพาะด้าน) และ 3) กลยุทธ์ระดับปฏิบัติการ มีการใช้ Automated Process อย่างแพร่หลายในโรงพยาบาล เช่น Optical Character Recognition (OCR), Natural Language Processing (NLP) และ Robotic Process Automation (RPA) เพื่อช่วยในการปรับปรุงกระบวนการทำงาน กลยุทธ์ระดับปฏิบัติการควรกำหนดวิธีการนำ AI มาใช้ในกิจกรรมการพยาบาลประจำวัน กลยุทธ์นี้อาจรวมถึงการนำ AI มาใช้ในการคัดกรองผู้ป่วย การติดตามสัญญาณชีพ และการจัดการเอกสาร ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 หลักการกำหนดกลยุทธ์และการประยุกต์ใช้

หลักการ	การประยุกต์ใช้กับ AI	ตัวอย่างการนำไปปฏิบัติ
พัฒนากลยุทธ์ที่สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมและทรัพยากรที่มี	วิเคราะห์ SWOT เพื่อประเมินความพร้อมด้านทรัพยากรและบุคลากรในการนำ AI มาใช้	โรงพยาบาลวิเคราะห์จุดแข็งด้านข้อมูลผู้ป่วยขนาดใหญ่ และพัฒนากลยุทธ์การนำ AI มาวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อพยากรณ์ความเสี่ยงโรคเบาหวาน
กำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จที่ชัดเจน	พัฒนา KPIs ที่วัดผลลัพธ์การใช้ AI ทั้งด้านคุณภาพและประสิทธิภาพ	ตัวชี้วัด: ลดระยะเวลาการคัดกรองผู้ป่วยลงร้อยละ 30 หรือเพิ่มความแม่นยำในการทำนายภาวะทรุดลงของผู้ป่วยเป็นร้อยละ 85 หรือ ลดภาระงานด้านเอกสารของพยาบาลลงร้อยละ 40

ขั้นตอนที่ 4 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ (Strategy Implementation)

การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติเป็นขั้นตอนที่เปลี่ยนแผนเชิงกลยุทธ์ให้เป็นการกระทำที่เป็นรูปธรรม ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในการนำ AI มาใช้ในการพยาบาล

การจัดสรรทรัพยากร: การบูรณาการ AI มักต้องการการลงทุนอย่างมากในการปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐาน การฝึกอบรมบุคลากร และการจัดการการเปลี่ยนแปลงองค์กร องค์กรต้องจัดสรรงบประมาณ บุคลากร และเวลาอย่างเพียงพอเพื่อสนับสนุนการนำ AI มาใช้

การพัฒนาบุคลากร: การฝึกอบรมและการพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่องมีความสำคัญสำหรับบุคลากรพยาบาลที่มีอยู่เพื่อใช้และตีความเครื่องมือ AI อย่างมีประสิทธิภาพ องค์กรควรลงทุนในโปรแกรมการศึกษาที่เตรียมพยาบาลให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพในสภาพแวดล้อมที่มีการบูรณาการ AI

การปรับโครงสร้างองค์กร: การบูรณาการเทคโนโลยี AI เข้ากับขั้นตอนการทำงานที่มีอยู่มักจำเป็นต้องมีการออกแบบกระบวนการทางคลินิกใหม่ องค์กรอาจต้องจัดตั้งทีมเฉพาะทางหรือแผนกที่รับผิดชอบการนำ AI มาใช้และการบำรุงรักษาระบบ

การจัดการการเปลี่ยนแปลง: ด้านบุคลากรด้านสุขภาพหลายคน รวมทั้งพยาบาล อาจต่อต้านการใช้เทคโนโลยีใหม่ที่รบกวนกิจวัตร ที่คุ้นเคย องค์กรควรนำกลยุทธ์การจัดการการเปลี่ยนแปลงมาใช้เพื่อจัดการกับความต้านทานและส่งเสริมการยอมรับเทคโนโลยี AI



การดำเนินโครงการนำร่อง: ตามแผนปฏิบัติการด้าน AI ประเทศไทย พยายามจะเติมเต็มระบบนิเวศ AI การแพทย์ของไทย โดยมีหนึ่งในโครงการนำร่อง คือ "การพัฒนาแพลตฟอร์มบริหารจัดการข้อมูลเปิดด้านการแพทย์" การเริ่มต้นด้วยโครงการนำร่องขนาดเล็กเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการทดสอบและปรับแนวคิดก่อนการนำไปใช้ในวงกว้าง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ (Strategy Implementation)

หลักการ	การประยุกต์ใช้กับ AI	ตัวอย่างการนำไปปฏิบัติ
จัดสรรทรัพยากรที่จำเป็น	ลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานด้าน IT การฝึกอบรมบุคลากร และการจัดการข้อมูล	โรงพยาบาลรามาธิบดีจัดสรรงบประมาณ 5% สำหรับโครงสร้างพื้นฐาน AI และฝึกอบรมพยาบาล 100% ให้มีทักษะดิจิทัลพื้นฐาน ¹⁸
พัฒนาโครงสร้างองค์กรที่เหมาะสม	จัดตั้งทีมสหวิชาชีพที่รวมพยาบาล นักวิทยาศาสตร์ข้อมูล และผู้เชี่ยวชาญด้าน AI	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ตั้งศูนย์นวัตกรรม AI ทางกายภาพที่ มีพยาบาลผู้เชี่ยวชาญร่วมกับนักวิทยาศาสตร์ข้อมูลพัฒนาโซลูชัน AI ¹⁹
สร้างวัฒนธรรมองค์กรที่สนับสนุนกลยุทธ์	ส่งเสริมวัฒนธรรมการเรียนรู้และนวัตกรรม ลดความกลัวต่อเทคโนโลยี	"AI Champions" – โครงการคัดเลือกพยาบาลแกนนำด้าน AI ประจำแต่ละหน่วยงานเพื่อสนับสนุนเพื่อนร่วมงาน ²⁰

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินและควบคุม (Evaluation and Control)

การประเมินและควบคุมเป็นขั้นตอนสุดท้ายในกระบวนการบริหารเชิงกลยุทธ์ ซึ่งเป็นการตรวจสอบว่ากลยุทธ์บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ เช่น การกำหนดตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงาน การประเมินประสิทธิภาพของเทคโนโลยี AI ในการพยาบาล การพิจารณาผลลัพธ์ที่หลากหลาย รวมถึงผลลัพธ์ของผู้ป่วย ประสิทธิภาพการพยาบาล และต้นทุนด้านการดูแลสุขภาพ องค์กรควรกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจนเพื่อวัดความสำเร็จของการนำ AI มาใช้

การติดตามและประเมินผล: ผู้บริหารควรมีการจัดระบบ AI นำเสนอโอกาสสำคัญสำหรับการปรับปรุงการปฏิบัติ การพยาบาลอย่างต่อเนื่องโดยใช้ข้อมูลเชิงลึก ผ่านการวิเคราะห์รูปแบบในผลลัพธ์ของผู้ป่วยกับการพยาบาล และประสิทธิภาพการทำงานการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องจะช่วยระบุปัญหาและโอกาสในการปรับปรุง การปรับกลยุทธ์ คือ การใช้ข้อเสนอแนะที่สร้างจากการวิเคราะห์เหล่านี้มีความสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพแบบปรับตัวที่สามารถพัฒนาตามความต้องการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงและสภาพแวดล้อมการดูแลสุขภาพที่เป็นพลวัต องค์กรควรพร้อมที่จะปรับกลยุทธ์เมื่อจำเป็น โดยอิงจากข้อมูลจากการประเมินผล และต้องมี

การรายงานและการสื่อสาร: เช่นระบบ Smart Patient Management ได้ลดเวลารอของผู้ป่วยลงถึงร้อยละ 50 และบรรเทาภาระงานของบุคลากรในงานต่าง ๆ ทำให้มีเวลาดูแลผู้ป่วยมากขึ้น²¹ ทั้งผู้ให้บริการด้านสุขภาพและผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากประสิทธิภาพการบริการและความพึงพอใจที่ดีขึ้น การสื่อสารผลลัพธ์ของการนำ AI มาใช้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งภายในและภายนอกจะช่วยสร้างการสนับสนุนและความไว้วางใจจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ดังตารางที่ 5



ตารางที่ 5 การประเมินและควบคุม (Evaluation and Control)

หลักการ	การประยุกต์ใช้กับ AI	ตัวอย่างการนำไปปฏิบัติ
ติดตามและประเมินผล การดำเนินงาน	พัฒนาระบบติดตามประสิทธิภาพของ AI และผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางคลินิก	ระบบ AI Dashboard ที่แสดงผลการทำงานของระบบ AI แบบ real-time และประเมินความพึงพอใจของพยาบาล ทุก 3 เดือน ²²
ปรับปรุงกลยุทธ์ตามผล การประเมิน	กระบวนการทบทวนและปรับปรุงโซลูชัน AI อย่างต่อเนื่อง	การประชุมทบทวนผลลัพธ์ทุกไตรมาสและปรับปรุงอัลกอริทึม ตามข้อเสนอแนะของพยาบาลผู้ใช้งาน ²³

สรุปและการนำไปใช้

จะเห็นได้ว่าผู้บริหารทางการแพทย์ สามารถนำแนวคิดการบริหารเชิงกลยุทธ์สำหรับการบริหารการพยาบาลเป็นกระบวนการที่สำคัญในการกำหนดทิศทางขององค์กรพยาบาลในระยะยาว โดยในปัจจุบัน เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการยกระดับการบริหารการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบและการตัดสินใจเชิงปัญญาประดิษฐ์ ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงของ Lewin ทฤษฎีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และการบริหารเชิงกลยุทธ์ จะช่วยให้ผู้บริหารทางการแพทย์สามารถนำ AI มาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนผู้บริหารการพยาบาลควรเริ่มต้นจากการวิเคราะห์สภาพแวดล้อม กำหนดวิสัยทัศน์และพันธกิจ พัฒนากลยุทธ์ นำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง โดยคำนึงถึงผลกระทบของ AI ต่อทั้งบุคลากร ผู้ป่วย และองค์กรโดยรวม เพื่อให้การนำ AI มาใช้ในการพยาบาลเกิดประโยชน์สูงสุดและสอดคล้องกับค่านิยมและจริยธรรมของวิชาชีพ

References

1. World Health Organization. Digital competencies for healthcare professionals. Geneva: WHO; 2022.
2. American Nurses Association. Future of nursing 2030: Leading change, advancing digital health. Washington, DC: ANA; 2022.
3. Von Bertalanffy L. General System Theory: Foundations, Development, Applications. New York: George Braziller; 2015.
4. Topol E. Deep Medicine: How Artificial Intelligence Can Make Healthcare Human Again. New York: Basic Books; 2019.
5. Kunawiktikul W, Nantsupawat A, Kunawiktikul W. AI application for pressure ulcer prevention in hospital. Journal of Nursing Science. 2020;38(2):45-60. (in Thai)
6. Burnes B. The origins of Lewin's three-step model of change. Journal of Applied Behavioral Science. 2020;56(1):32-59. <https://doi.org/10.1177/0021886319892685>
7. Finkelman A. Leadership and management for nurses: Core competencies for quality care. 3rd ed. Boston: Pearson; 2018.
8. Shirey MR. Leadership practices for healthy work environments. Nursing Management. 2017;48(5):42-50. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000515796.79720.36>
9. Thimbleby H. Technology and the future of healthcare. Journal of Public Health Research. 2018;2(3):e28. <https://doi.org/10.4081/jphr.2013.e28>



10. Nilsen P, Seing I, Ericsson C, Birken SA, Schildmeijer K. Characteristics of successful changes in health care organizations: an interview study with physicians, registered nurses and assistant nurses. *BMC Health Services Research*. 2016;16:716. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1971-3>
11. Cresswell KM, Bates DW, Sheikh A. Ten key considerations for the successful implementation and adoption of large-scale health information technology. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 2017; 20(e1): e9-13. <https://doi.org/10.1136/amiajnl-2013-001684>
12. Bass BM, Riggio RE. *Transformational leadership*. 2nd ed. New York: Psychology Press; 2016.
13. Krick T, Huter K, Domhoff D, Schmidt A, Rothgang H, Wolf-Ostermann K. Digital technology and nursing care: a scoping review on acceptance, effectiveness and efficiency studies of informal and formal care technologies. *BMC Health Services Research*. 2019;19(1):400. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4238-3>
14. Worahan W. Strategic management in nursing. *Journal of Nursing and Therapeutic Care*. 2013;31(4):6-15.
15. American Nurses Association. *Nursing informatics: Scope and standards of practice*. 2nd ed. Silver Spring, MD: ANA; 2023.
16. Porter ME, Lee TH. From value-based health care to value-based health systems. *New England Journal of Medicine*. 2023;384(22):2090-7. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2104027>
17. World Health Organization. *Global strategy on digital health 2020-2025*. Geneva: WHO; 2021.
18. Deloitte. *State of AI in healthcare survey*. New York: Deloitte; 2022.
19. Diao-lesranon W, Sombatjitt S, Yajai S, Siriwong A. Digital era nursing management. *Journal of Nursing and Health Care*. 2021;39(1):12-25. (in Thai)
20. International Council of Nurses. *Strategic directions for nursing with emerging technologies*. Geneva: ICN; 2023.
21. Bates DW, Landman A. Use of artificial intelligence in healthcare delivery. *New England Journal of Medicine*. 2023;382(14):1382-91. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1814259>
22. Ministry of Digital Economy and Society. *National AI action plan for Thailand development*. Bangkok: Ministry of Digital Economy and Society; 2022. (in Thai)
23. Topol E. *The patient will see you now: The future of medicine is in your hands*. Rev ed. New York: Basic Books; 2023.



การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอุบัติการณ์ภาวะหายใจล้มเหลว ในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคปอดอักเสบ

ปิยาภรณ์ ด้วงนิล พย.ม.¹

ณัฐธิตา เพชรประไพ Ph.D.²

(วันรับบทความ: 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 28 พฤษภาคม พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ: 31 พฤษภาคม พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

โรคปอดอักเสบยังคงเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตทั่วโลก โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร ซึ่งผู้ป่วยที่โรคกลายจนเกิดภาวะหายใจล้มเหลวมักมีผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์และเพิ่มภาระต่อระบบบริการสุขภาพ แม้จะมีแนวทางการพยาบาลที่อิงหลักฐานวิชาการ แต่การนำไปใช้ที่ไม่สม่ำเสมอ และขาดความสอดคล้องกับบริบทจริง ยังคงเป็นอุปสรรคต่อการดูแลที่มีประสิทธิภาพ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ เพื่อลดอุบัติการณ์ของภาวะหายใจล้มเหลวในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เป็นโรคปอดอักเสบ ณ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยอิงแนวคิดวัฏจักรของ Kemmis และ McTaggart กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 47 คนจากแผนกฉุกเฉิน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติประกอบด้วย การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ การตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ และการศึกษานำร่องเพื่อรับข้อเสนอแนะจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานจริง เพื่อให้แนวปฏิบัติมีความเหมาะสมกับบริบท

ผลการวิจัยพบว่า แนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ส่งเสริมการพัฒนาแนวปฏิบัติที่มีความชัดเจนอิงหลักฐานวิชาการ และสามารถนำไปใช้ได้จริง โดยเน้นการประเมินความเสี่ยงตั้งแต่ระยะแรก การประเมินอย่างเป็นระบบ การประสานงานข้ามสหสาขาวิชาชีพ และการจัดการที่เหมาะสมกับบริบท หลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้ พบว่ามีการปรับปรุงในกระบวนการบันทึกข้อมูล การให้ความรู้ผู้ป่วย และการส่งต่อที่ชัดเจนมากขึ้น รวมทั้งอัตราการเกิดภาวะหายใจล้มเหลวลดลง และพยาบาลมีความพึงพอใจในความสะดวกและประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติ การพัฒนาและนำแนวปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมนี้ช่วยให้สามารถเฝ้าระวังและจัดการภาวะหายใจล้มเหลวได้ตั้งแต่ระยะแรก สร้างความเป็นเจ้าของในระดับพื้นที่ และส่งเสริมการดูแลร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ อันเป็นต้นแบบสำหรับการขยายผลในสถานพยาบาลที่มีข้อจำกัดใกล้เคียงกัน

คำสำคัญ: ปอดอักเสบ ภาวะหายใจล้มเหลว แนวปฏิบัติการพยาบาล วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผลลัพธ์ผู้ป่วย

แหล่งทุน: สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

¹พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ, แผนกผู้ป่วยในชายและพิเศษ, โรงพยาบาลจักราช จังหวัดนครราชสีมา

²อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ, สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

²ผู้ประพันธ์บรรณกิจ E-mail: nutthita@sut.ac.th Tel: 083-3680002



Development of Nursing Practice Guidelines to Reduce the Incidence of Respiratory Failure in Adult Patients with Pneumonia

Piyaphorn Duangnil M.S.N.¹

Nutthita Petchprapai Ph.D.²

(Received Date: February 28, 2025, Revised Date: May 19, 2025, Accepted Date: May 31, 2025)

Abstract

Pneumonia remains a leading cause of morbidity and mortality worldwide, particularly in community hospitals with limited resources. When the disease progresses to respiratory failure, patient outcomes often worsen, placing increased strain on healthcare resource. Despite the availability of evidence-based nursing guidelines, inconsistent application and adequate contextually adaptation continue to hinder effective patient care. This study aimed to develop and implement nursing practice guidelines to reduce the incidence of respiratory failure among adult patients with pneumonia in a community hospital in Nakhon Ratchasima Province. A Participatory Action Research (PAR) approach was employed, based on the cyclical model of Kemmis and McTaggart. The study involved 47 registered nurses from the emergency department, outpatient department, and inpatient wards. The guideline development process included a systematic literature review, expert validation, and pilot testing with iterative feedback from practicing nurses to ensure contextual appropriateness and practical usability.

The findings indicated that the PAR approach effectively facilitated the development of clear, evidence-based, and applicable nursing practice guidelines. Key elements of the guidelines included early risk assessment, systematic evaluation, interdisciplinary coordination, and context-specific management strategies. After implementation, improvements were observed in the documentation processes, patient education, and clarity of referral pathways. Additionally, the incidence of respiratory failure among pneumonia patients declined and nurses expressed high satisfaction with the usability and effectiveness of the guidelines. The collaborative development and implementation of the guidelines not only enhanced early recognition and management of respiratory failure, but also promoted local ownership and improved interprofessional care coordination. These outcomes highlight the value of ongoing evaluation and active nurse participation to sustain the effectiveness and adaptability of the guidelines and serve as a model for similar resource-limited healthcare settings.

Keywords: pneumonia, respiratory failure, nursing practice guidelines, participatory action research, patient outcome

Funding Source: The Nurses' Association of Thailand, Northeastern Regional Office

¹Registered Nurse (Professional Level), Male and Special Inpatient Ward, Chakkarat Hospital, Nakhon Ratchasima Province

²Lecturer, Department of Adult and Gerontological Nursing, Institute of Nursing, Suranaree University of Technology

²Corresponding author, E-mail: nutthita@sut.ac.th Tel: 083-3680002



Introduction

Pneumonia remains a critical global health concern, persistently ranking among the leading causes of morbidity and mortality worldwide. It primarily manifests as community-acquired pneumonia (CAP) or hospital-acquired pneumonia (HAP), both of which can progress to severe respiratory failure requiring mechanical ventilation. This progression significantly elevates the risk of poor clinical outcomes, including increased mortality and prolonged hospitalization.^{1,2} Ventilator-associated pneumonia (VAP), a subset of HAP, is particularly associated with even higher morbidity and mortality, further intensifying the burden on healthcare systems.³

The pathogenesis of respiratory failure in pneumonia involves complex pulmonary changes. Alveolar inflammation, edema, and consolidation disrupt the alveolar-capillary membrane, impairing oxygen diffusion and carbon dioxide elimination. These alterations lead to hypoxemia and, in severe cases, hypercapnia.⁴ The resultant pulmonary edema and reduced surfactant production cause atelectasis and ventilation-perfusion mismatch, which exacerbate respiratory insufficiency. Additionally, respiratory muscle fatigue or impaired neural control can worsen respiratory pump failure, compounding clinical severity.⁵ These pathophysiological mechanisms underscore the urgent need for timely recognition and effective management of respiratory failure in pneumonia patients.

Clinically and economically, pneumonia-induced respiratory failure imposes substantial burdens. It is associated with increased mortality rates and extended hospital stays, which translate into significant healthcare costs and resource utilization.² VAP further aggravates these outcomes by prolonging mechanical ventilation duration and increasing treatment complexity.^{3,6} Globally, pneumonia remains a major public health challenge, particularly in resource-limited settings, where its mortality and economic impacts are most pronounced.⁷⁻⁹ Effective management strategies emphasize prompt antimicrobial therapy combined with lung-protective ventilation to mitigate lung injury and improve outcomes.⁵ Early detection and intervention for respiratory failure are crucial to reducing mortality and healthcare burdens.^{6,9}

In one community hospital in Nakhon Ratchasima, pneumonia has consistently ranked among the top three causes of mortality over the past five years, with respiratory failure remaining the principal, unresolved complication. An internal review by the pneumonia care team identified delayed diagnosis and delayed antibiotic administration as key contributors to this issue. In response, the team introduced sepsis assessment protocols to facilitate earlier detection and intervention. However, these measures have not sufficiently reduced the incidence of respiratory failure, particularly among pneumonia patients who do not meet sepsis criteria, such as those presenting without a fever, not classified as critical, or not triaged as urgent case, resulting in delayed treatment.

Additionally, the absence of clear, disease-specific nursing guidelines and standardized criteria for physician notification has hindered timely problem-solving before the onset of severe complications. Consequently, nurses are depending primarily on personal clinical judgement for patient assessment and care. This approach has not effectively reduced the rate of respiratory failure in pneumonia patients and has, at times, jeopardized patient safety. Therefore, this study aimed to develop nursing practice guidelines to reduce the incidence of respiratory failure in pneumonia patients. The goal was to establish a unified, practical protocol that is easy to implement, with the expectation that its adoption would lead to a tangible reduction in respiratory failure events and improved patient outcomes.



A retrospective review at a community hospital in Nakhon Ratchasima province highlighted an alarming increase in pneumonia cases and respiratory failure rates. Admissions rose by 28%, from 180 cases in 2021 to 230 in 2023, while respiratory failure incidence increased from 12.20% to 18.70%.¹⁰ This trend signals a growing clinical and resource challenge, emphasizing the need for evidence-based nursing guidelines tailored to the local context. In this setting, Emergency Room (ER) nurses are pivotal in the initial assessment, stabilization, and early management of pneumonia patients, including oxygen therapy initiation, antibiotic administration, and diagnostic coordination. Outpatient Department (OPD) nurses manage milder cases, focusing on patient education, monitoring for deterioration, ensuring adherence to treatment, and facilitating timely escalation to inpatient care. Engaging nurses from both ER and OPD ensures comprehensive coverage of the pneumonia care continuum, enriching guideline development with practical insights.

Despite established nursing interventions for pneumonia, inconsistent application remains a significant barrier to optimal care.¹¹ The absence of standardized, contextually adapted protocols results in inconsistency implementation of evidence-based practices such as early warning scores¹², structured respiratory assessments¹³, patient positioning¹⁴, and breathing exercises.¹⁵ This inconsistency can delay recognition of respiratory distress and timely treatment, adversely affecting patient outcomes. Therefore, there is a pressing need for structured nursing protocols that promote consistency and improve recovery.

Participatory Action Research (PAR) offers an innovative approach by involving frontline nursing staff in co-creating sustainable interventions.¹⁶ Unlike traditional top-down protocols, PAR fosters local ownership and continuous adaptation, ensuring guidelines are evidence-based and tailored to the hospital's unique needs.¹⁷ Previous models in tertiary hospitals have shown success but often lack ongoing reflection and broad nurse participation, limiting adaptability in smaller community hospitals. This study's PAR approach addresses these gaps through iterative reflection and active nurse engagement^{18,19}, producing practical, well-accepted guidelines that have reduced respiratory failure rates, shortened hospital stays, enhanced care coordination, and increased nurse satisfaction.²⁰ These findings highlights the potential to enhance pneumonia care locally and provide a scalable framework for resource-limited settings, advancing nursing practice with sustained evaluation to maintain effectiveness.²¹

Objectives

1. To develop evidence-based nursing practice guidelines for preventing respiratory failure in pneumonia patients at a community hospital.
2. To evaluate the effectiveness of the guidelines in reducing respiratory failure rates.
3. To assess nurses' satisfaction with the guidelines in clinical practice.

Scope of the Research:

This research aimed to create and assess nursing practice guidelines specifically designed for adult patients (aged 18 and above) diagnosed with pneumonia at a community hospital located in Nakhon Ratchasima Province, Thailand. The participants included registered nurses from the emergency room, outpatient department (OPD), and inpatient department (IPD), all of whom play a direct role in managing pneumonia cases. Data gathering and guideline implementation occurred between July 2024 and April 2025.



Conceptual Framework:

This study employed the PAR framework as conceptualized by Kemmis and McTaggart²², which revolves around a dynamic, cyclical process comprising four interrelated stages: planning, action, observation, and reflection. This iterative approach promotes ongoing learning and enhancement by actively engaging frontline nurses in problem identification, collaborative intervention development, implementation of changes, and evaluation of outcomes within their clinical environment.

The planning phase involves a collaborative diagnosis of existing challenges, critical analysis of current nursing practices, and the formulation of improvement strategies grounded in both empirical evidence and the practical experiences of nursing staff. This stage lays the groundwork for change by involving participants in setting clear objectives and crafting actionable plans tailored to the specific context of the community hospital.

During the action phase, the devised interventions are put into practice. Nurses and relevant stakeholders implement the newly developed or adapted nursing guidelines within real-world clinical settings, emphasizing practical integration and accommodation of local workflows and resource limitations.

The observation phase focuses on systematic monitoring and data collection to evaluate the impact of the interventions. This includes soliciting feedback from nursing personnel, assessing patient outcomes, and documenting both obstacles and successes encountered during implementation. Such comprehensive observation yields valuable insights into the effectiveness and feasibility of the changes introduced.

Finally, the reflection phase entails a collective and critical appraisal of the observed results and processes. Participants engage in in-depth discussions to discern what aspects were successful, which were not, and the underlying reasons. This reflective dialogue fosters a shared understanding that informs necessary modifications to the action plan, encouraging continuous improvement and empowering nurses to take ownership of sustained practice enhancements.

Unlike conventional research methodologies that often impose externally developed protocols, the Kemmis and McTaggart PAR model prioritizes co-creation and contextual tailoring, ensuring that nursing guidelines are relevant, practical, and sustainable within the hospital's unique environment. This participatory approach effectively bridges the gap between theoretical knowledge and clinical practice while nurturing a culture of reflective practice and professional empowerment among nursing staff.

In contrast to more rigid, protocol-centric frameworks such as the Sawanpracharak Hospital model¹⁸, which emphasizes standardized clinical supervision predominantly in tertiary care settings, this study's PAR approach is distinguished by its inclusiveness and flexibility. It actively incorporates continuous input from nurses across emergency, outpatient, and inpatient departments, enabling real-time adjustments responsive to local patient risk profiles and operational realities. Through structured group dialogue and consensus-building, the framework facilitates the creation of nursing guidelines that are both evidence-based and pragmatically applicable, thereby advancing the quality and safety of pneumonia care in resource-constrained community hospital settings.



Methods

Study Design: This study utilized a PAR methodology based on Kemmis and McTaggart's cyclical model of planning, action, observation, and reflection.²² This approach was selected for its effectiveness in addressing practical clinical challenges within the community hospital setting by actively engaging frontline nurses, thereby promoting the integration of research outcomes into sustainable practice improvements.

Population and Sample: 1. Adult patients aged 18 years and older who were admitted with pneumonia during July 2024 to April 2025 were included in the study. The pre-implementation period (January–June 2024) served as the baseline, during which the Clinical Nursing Practice Guidelines (CNPg) had not yet been introduced. The intervention period (July 2024–April 2025) followed the implementation of the CNPg. Prior to this study, the hospital did not have formal, written nursing practice guidelines for pneumonia care; nurses primarily relied on sepsis assessment tools and individual clinical experience to guide patient management.

1.1 Patients in this study are defined as adults aged 18 years and older who are admitted to the community hospital with a clinical diagnosis of pneumonia. Diagnosis is based on the presence of new or progressive pulmonary infiltrates on chest imaging, accompanied by at least one of the following clinical features: fever, cough, purulent sputum, dyspnea, or abnormal breath sounds on auscultation.^{1,2} Both community-acquired and hospital-acquired pneumonia cases are included, excluding patients with COVID-19, active malignancy, or those already intubated at admission.

1.2 Patient with respiratory failure refer to pneumonia patients who develop acute respiratory failure during hospitalization. Respiratory failure is defined as the inability to maintain adequate gas exchange, evidenced by at least one of the following criteria^{5,7}:

- Arterial oxygen saturation (SpO₂) 50 mmHg.
- Clinical signs of severe respiratory distress, such as tachypnea (respiratory rate > 30 breaths/min), use of accessory muscles, altered mental status, or the need for escalation to non-invasive or invasive ventilatory support.

2. The study population included all registered nurses employed in the Emergency Room (ER), Outpatient Department (OPD), and Inpatient Department (IPD) of a 60-bed community hospital, all directly involved in the care of adult pneumonia patients. A total of 47 nurses were recruited to ensure representation from key units along the pneumonia care continuum. This comprehensive inclusion was essential to capture diverse clinical perspectives, facilitate collaborative identification of practice gaps, and support the co-development of tailored nursing guidelines.

Given the absence of an intensive care unit (ICU) at the hospital, including all IPD nurses alongside ER and OPD staff ensured full coverage of personnel managing pneumonia cases, particularly those at risk of respiratory failure. This inclusive strategy aligns with PAR's principles of broad stakeholder involvement and cross-departmental collaboration, enhancing the relevance and applicability of the resulting nursing protocols.

Inclusion Criteria

1. Registered professional nurses currently employed at the study hospital.
2. Nurses actively engaged in direct care of adult patients diagnosed with pneumonia, defined as providing nursing interventions, continuous assessment, monitoring, or patient education during the care episode in ER, OPD, or IPD.



3. Willing to participate throughout all phases of the PAR process and provide informed consent.

Exclusion Criteria

1. Nurses not directly involved in pneumonia patient care as defined above.
2. Nursing students or nurse assistants.
3. Nurses on extended leave (e.g., maternity leave, sabbatical during the study period).

Research Instruments:

Data were collected using the following instruments.

1. Nursing Practice Guidelines for Prevention of Respiratory Failure in Pneumonia Patients

The Nursing Practice Guidelines were developed through an iterative PAR process, informed by a systematic review of literature from PubMed and TCI-ThaiJo databases covering 2015–2025. The search targeted studies on respiratory failure and pneumonia in adult populations, excluding intubated patients, cancer cases, and COVID-19-specific studies. The evidence was synthesized narratively, categorized by level, and reviewed by clinical experts to draft the initial guidelines. A multidisciplinary expert panel of seven-comprising respiratory specialists, senior nurses, a clinical epidemiologist, and a nurse educator-validated the draft using the AGREE II instrument, achieving a Content Validity Index (CVI) of 0.85. Pilot testing over four weeks in the inpatient ward involved 12 nurses applying the guidelines in routine care.

2. Nurse Satisfaction Questionnaire

A concise, five-item questionnaire was developed to measure nurses' satisfaction with the guidelines, focusing on usability, appropriateness of activities, and perceived effectiveness in reducing adverse events. Development began with a review of existing satisfaction tools and relevant literature to identify key domains related to guideline implementation. Draft items were iteratively refined through research team discussions and expert review.

The same expert panel that validated the guidelines assessed the questionnaire's content validity, resulting in a CVI of 0.80. Internal consistency was high, with a Cronbach's alpha of 0.95. Responses were recorded on a 5-point Likert scale ranging from 1 (strongly disagree) to 5 (strongly agree). This rigorous validation process ensured the instrument's relevance and reliability for evaluating nurse satisfaction.

3. Respiratory Failure Record Form

This form was designed to systematically document adult pneumonia patients who developed respiratory failure. It captures demographic data, relevant medical history (e.g., chronic illnesses, age), risk factors (e.g., smoking, alcohol use), and clinical details of the respiratory failure event, including date, presentation, and interventions. Nurses in the ER and IPD completed the form for patients meeting respiratory failure criteria or requiring intubation.

Since intubation and advanced airway management are not performed in the OPD, the form was not used there. Instead, OPD nurses documented suspected respiratory deterioration and referred such cases to the ER or IPD for further evaluation. Patients initially seen in OPD who required admission or escalation were tracked through hospital admission and transfer records, ensuring comprehensive case capture.

To ensure data completeness and accuracy, monthly reviews of pneumonia admission and discharge registers were conducted across departments. This process verified respiratory failure identification and reflected the distinct clinical pathways within the hospital setting.



Data Collection Procedures

Ethical approval was obtained from the Ethics Committee of the Provincial Public Health Office (Approval Number: CHREC-2024-007). Data were collected from July 2024 to April 2025. The PAR process involved:

1. Planning (P): Initial meetings with nurses to discuss existing practices, identify challenges in pneumonia care, review evidence from the literature, and collaboratively draft the initial guidelines.
2. Action (A): Implementation of the drafted guidelines by participating nurses in their respective units (ER, OPD, IPD). Training sessions were conducted to ensure understanding of the guidelines.
3. Observation (O): Monitoring of guideline implementation through direct observation (by researchers/team leaders), feedback sessions, and review of the Respiratory Failure Record Forms. Data on patient outcomes, including rates of respiratory failure and hospital readmissions (from medical records), were collected.
4. Reflection (R): Regular reflective meetings with nurses to discuss experiences with the guidelines, identify barriers and facilitators, and suggest modifications. This feedback informed us of iterative refinements of the guidelines. The satisfaction questionnaire was administered to nurses after they had used the guidelines for a specified period of three months). Data privacy and confidentiality were maintained by anonymizing all data and storing it securely.

Data Analysis

Data was analyzed using IBM SPSS Statistics version 22. Descriptive statistics (frequencies, percentages, means, and standard deviations) were used to summarize the demographic characteristics of nurse participants and their satisfaction levels.

To evaluate the effectiveness of the nursing practice guidelines in reducing respiratory failure rates, monthly rates of respiratory failure per 100 adult patients with pneumonia were compared between the pre-implementation period (January 2024 to June 2024) and the post-implementation period (July 2024 to April 2025). Independent samples t-tests were used to compare mean monthly respiratory failure rates between the two periods, while chi-square tests were employed to compare the proportions of patients developing respiratory failure before and after implementation.

Additionally, the average hospital length of stay for pneumonia patients who developed respiratory failure was compared between the pre- and post-implementation periods using independent samples t-tests. Nurse satisfaction scores were summarized using means and standard deviations, and differences in satisfaction across departments were explored using one-way ANOVA where appropriate. The significance level of $p < .05$ was used for all statistical tests.

Results

The results of this study are presented according to the research objectives:

Objective 1: Development of Evidence-Based Nursing Practice Guidelines

The "Nursing Practice Guidelines for Prevention of Respiratory Failure in Adult Patients with Pneumonia" were systematically developed through a PAR framework, grounded in the cyclical model proposed by Kemmis and McTaggart.²² A comprehensive systematic review was conducted utilizing PubMed and TCI-ThaiJo databases, encompassing literature published between 2015 and 2025. This selective approach aimed to collate evidence



directly pertinent to nursing interventions for preventing respiratory failure in general pneumonia cases. From an initial pool of 412 articles, 98 were subjected to full-text review, with 26 meeting stringent inclusion criteria and quality standards as assessed by Joanna Briggs Institute (JBI) appraisal tools. Only studies rated moderate to high quality were incorporated into the final evidence synthesis (Figure 1). Core findings underscored the critical role of early warning scoring systems, timely administration of oxygen therapy, strategic patient positioning, and structured clinical monitoring as foundational nursing interventions. Recommendations were stratified by evidence level and strength, subsequently refined through expert consultation.

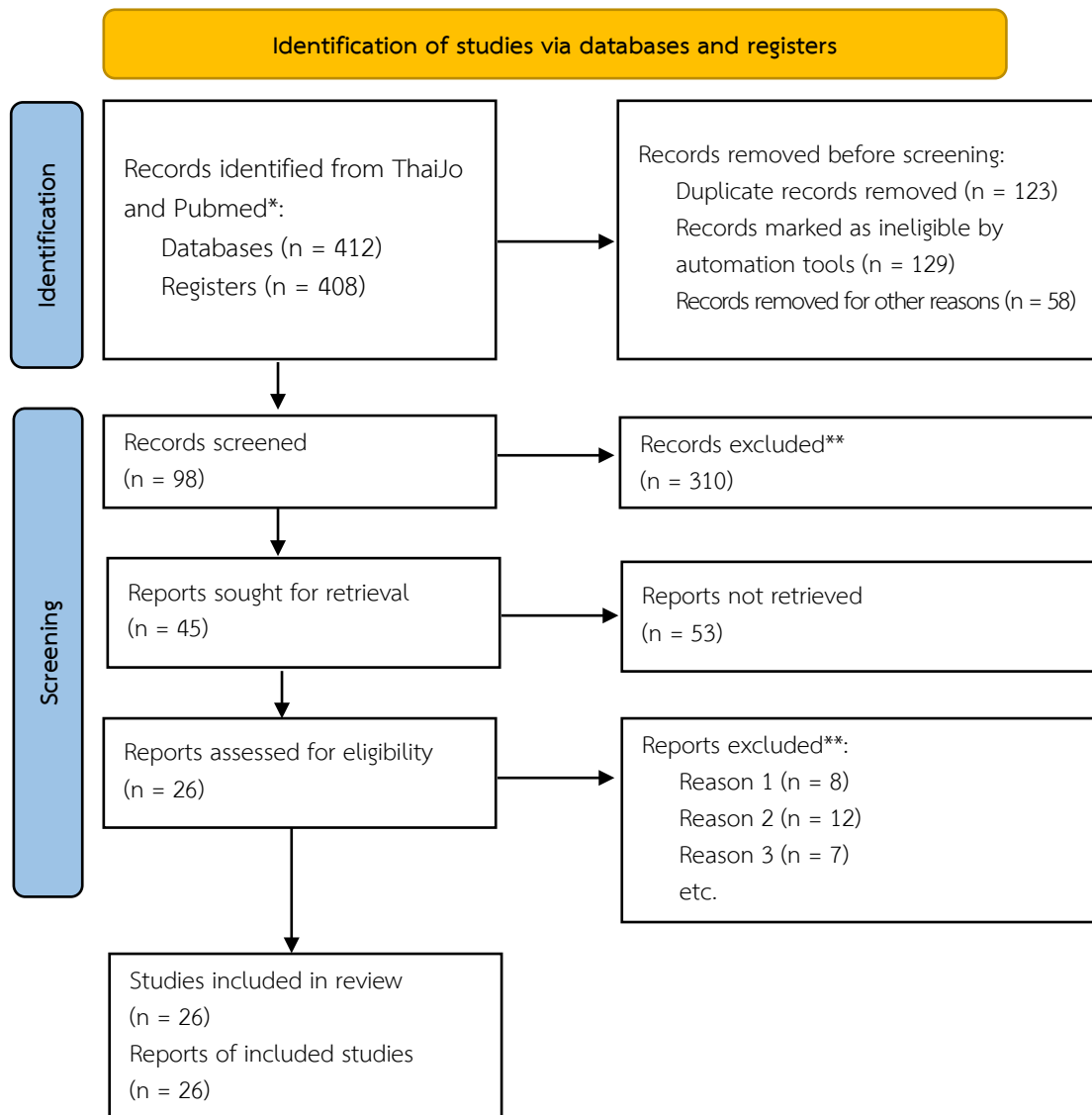


Figure 1 PRISMA Flow Diagram

**The search was conducted for articles published between 2015 and 2025 using the following keywords and Boolean operators: - "respiratory failure" AND "pneumonia" AND "guideline"*

***Additional filters included: English or Thai language, studies on adults (≥ 18 years), and exclusion of articles focused on (Reason 1) patients already intubated/ventilated, those with (Reason 2) cancer, or (Reason 3) COVID-19-specific populations.*



Validation of the draft guidelines was conducted by a multidisciplinary expert panel using the AGREE II instrument. The panel systematically evaluated the guidelines for relevance, clarity, and practical applicability, resulting in a Content Validity Index (CVI) of 0.85, which reflects a strong level of consensus. Based on their review, the panel recommended enhancements focused on early detection and escalation protocols, pragmatic adaptations for resource-limited settings, improved frameworks for multidisciplinary communication, and simplification of documentation and patient education materials. In response, the guidelines were revised to incorporate comprehensive assessment checklists, algorithmic intervention pathways, structured communication tools such as SBAR, and user-friendly educational resources tailored to the hospital's operational context.

Subsequent pilot testing was conducted over four weeks within the inpatient medical ward, involving 12 nurses who integrated the guidelines into routine care. Structured feedback identified areas for improvement including clarification of early warning score documentation, simplification and increased accessibility of patient education materials, introduction of a quick-reference checklist for oxygen therapy escalation and streamlining of documentation to mitigate time burdens during shift transitions. These insights informed further refinement of documentation protocols, enhancement of educational content with simplified language and visual aids, provision of laminated bedside checklists, and reduction of redundant paperwork.

Through this rigorous, iterative process combining systematic evidence review, expert validation, and frontline practitioner feedback, the final nursing practice guidelines were optimized to balance scientific rigor with contextual feasibility. The guidelines encompass protocols for early respiratory distress detection, oxygen therapy administration, patient positioning, and pulmonary rehabilitation exercises, supported by practical implementation tools designed for resource-constrained environments. Supplementary materials, including a PRISMA flow diagram and detailed development summary, are appended to demonstrate methodological transparency and robustness.

Objective 2: Impact of Guidelines on Respiratory Failure Rates

Between January 2024 and April 2025, comprehensive data were collected on adult pneumonia admissions, incidence of respiratory failure, and hospital length of stay to evaluate the effectiveness of newly implemented nursing practice guidelines. During the six-month pre-implementation phase (January–June 2024), the hospital recorded 272 pneumonia admissions, with a mean length of stay of 5.79 days. Respiratory failure developed in seven patients, yielding an average monthly respiratory failure rate of 2.57%. Notably, the length of hospital stay may not serve as a reliable indicator of disease severity among patients with respiratory failure in this study, as the community hospital lacked ICU capacity. All patients requiring advanced respiratory support were referred to higher-level tertiary care facilities following initial airway management, thereby limiting the ability to fully assess their clinical trajectory and outcomes within the admitting institution (Table 1).

In the subsequent ten-month post-implementation period (July 2024–April 2025), pneumonia admissions increased to 552 cases, while the mean hospital stay marginally decreased to 5.49 days. Respiratory failure occurred in 12 patients, corresponding to a reduced overall incidence rate of 2.17%. Among these cases, the mean length of stay declined to 5.33 days, indicative of enhanced clinical management. Monthly respiratory failure rates exhibited an initial rise during the transitional phase but demonstrated a consistent downward trend



following formal guideline adoption, culminating in a zero-incidence rate from February to April 2025. Although these trends may partially reflect seasonal variations, they likely also signify improved nursing practices; nevertheless, continued surveillance is necessary to substantiate these observations (Table 1).

Table 1. Monthly Respiratory Failure Rates and Patient Characteristics (Jan 2024 – Apr 2025)

Period	Month/Year	Total Pneumonia Cases	Respiratory Failure Cases (%)	Mean Age (years)	% Male	% with ≥1 Comorbidity
Pre-implementation	Jan 2024	46	1 (2.17%)	69	100	100
	Feb 2024	49	1 (2.04%)	64	100	100
	Mar 2024	46	1 (2.17%)	49	100	0
	Apr 2024	47	1 (2.13%)	57	100	0
	May 2024	46	2 (4.35%)	57	100	100
	Jun 2024	38	1 (2.63%)	59	100	0
Average (Pre)		272	7 (2.58%)	64.6	100	*
Post-implementation	Jul 2024	47	1 (2.13%)	69	100	0
	Aug 2024	51	1 (1.96%)	64	100	100
	Sep 2024	49	2 (4.08%)	53	100	0
	Oct 2024	71	3 (4.23%)	57.7	100	33.3
	Nov 2024	47	1 (2.13%)	61	100	100
	Dec 2024	78	2 (2.56%)	77	50	50
	Jan 2025	73	2 (2.74%)	71	0	50
	Feb 2025	62	0 (0.00%)	-	-	-
	Mar 2025	49	0 (0.00%)	-	-	-
	Apr 2025	25	0 (0.00%)	-	-	-
Average (Post)		552	12 (1.24%)	69.0	52.6	**

* Hypertension (HT): 4/7 (57.1%)

Diabetes mellitus: 0/7 (0%)

COPD: 1/7 (14.3%)

Chronic kidney disease (CKD): 1/7 (14.3%)

Atrial fibrillation (AF): 1/7 (14.3%)

Old CVA: 1/7 (14.3%)

Bedridden: 2/7 (28.6%)

Smoking history: 5/7 (71.4%)

Alcohol use: 4/7 (57.1%)

** Hypertension: 39.7% (about 5 cases)

Diabetes mellitus: 37.2% (about 4 cases)

COPD: 16.1% (about 2 cases)

Chronic kidney disease: 10.2% (about 1 case)

No cases in February–April 2025

Statistical analysis indicated a significant reduction in the mean monthly respiratory failure rate, decreasing from 2.58 (S.D. = 0.89) pre-implementation to 1.98 (S.D. = 1.57) post-implementation ($t = 5.694$, $df = 14$, $p = .032$). The decrease in hospital length of stay among patients who developed respiratory failure, from 5.75 days (S.D. = 3.2) to 5.48 days (S.D. = 2.7), did not reach statistical significance (Table 2).



Table 2. Independent samples t-test of means Pre- and Post-Guideline Implementation

	Period	Mean Monthly Rate (%)	S.D.	t	p-value
Percentage of respiratory failure	Pre-guideline adoption	2.58	0.89	5.594	.03*
	Post-guideline adoption	1.98	1.57	df=14	
Number of pneumonias	Pre-guideline adoption	45.33	3.77	7.67	.015*
	Post-guideline adoption	55.20	15.89	df=14	
Number of respiratory failures	Pre-guideline adoption	1.16	0.41	1.88	.52
	Post-guideline adoption	1.20	1.03	df=14	
Mean LOS of pneumonias	Pre-guideline adoption	5.79	0.95	.028	.87
	Post-guideline adoption	5.49	1.15	df=14	
Mean LOS of respiratory failure	Pre-guideline adoption	4.92	4.10	.973	.19
	Post-guideline adoption	2.62	3.36	df=14	

The study found that adult pneumonia patients who developed respiratory failure commonly fell into two groups: those with a history of chronic alcohol use or heavy smoking for more than 20 years but without underlying chronic diseases, and elderly patients aged 60 years or older with multiple comorbidities such as diabetes, hypertension, heart disease, or renal failure. These patients typically presented with fever, cough, dyspnea, and respiratory distress. This aligns with the findings of Klaiphim²¹, who identified significant risk factors for respiratory failure among hospitalized pneumonia patients at Chao Phraya Abhaibhubej Hospital, including bilateral or multilobar infiltrates on chest X-ray, oxygen saturation less than 90%, heart rate ≥ 125 beats per minute, atrial fibrillation, pleural effusion on chest X-ray, serum creatinine ≥ 1.2 mg/dL, and body temperature $\geq 38^\circ\text{C}$.

Similarly, the study by Klongklaew¹⁹ analyzing risk factors for 24-hour mortality in pneumonia patients found that a history of heavy alcohol consumption, initial PSI class 3–4, acute renal failure with creatinine >3 mg/dL on admission, heart rate greater than 130 beats per minute, and respiratory rate over 25 breaths per minute were significantly associated with increased mortality. These findings highlight the importance of early risk identification and comprehensive assessment in pneumonia patients, particularly those with these high-risk characteristics, to prevent the progression to respiratory failure and reduce mortality.

Baseline patient characteristics, including age, sex, and prevalence of chronic comorbidities, were statistically comparable between the pre- and post-implementation cohorts. This homogeneity supports the internal validity of the outcome comparisons and suggests that observed improvements in respiratory failure rates and hospital length of stay are unlikely to be attributable to differences in patient demographics or



underlying health status. To confirm these findings and elucidate the sustained impact of the nursing guidelines, further research employing larger sample sizes and extended follow-up periods is warranted.

Objective 3: Nurses' Satisfaction with the Guidelines

Forty-seven nurses completed the satisfaction questionnaire. Nurses reported high overall satisfaction with the guidelines (Mean = 4.48, S.D. = 0.52 on a 5-point scale, where 1=strongly disagree and 5=strongly agree; potential range of scores 1-5). The specific mean scores were as follows: ease of use (Mean = 4.45, S.D. = 0.51), appropriateness of activities (Mean = 4.38, S.D. = 0.49), and effectiveness in reducing adverse events (Mean = 4.50, S.D. = 0.53).

Qualitative feedback gathered during PAR reflective meetings with participating nurses was collected after each PAR cycle. These structured discussions were facilitated by the research team using open-ended questions such as "What changes have you observed in patient care since implementing the guidelines?" and "What aspects of the guidelines have been most helpful in your practice?" Three key themes emerged from the thematic analysis of meeting transcripts: (1) standardized care processes ("The guidelines helped us ensure every patient receives the same high-quality assessments regardless of which nurse is on duty"); (2) improved interdisciplinary communication ("Now we have a common language when discussing respiratory status with physicians"); and (3) increased confidence in managing patients with pneumonia ("I feel more confident identifying early warning signs and knowing exactly what interventions to initiate"). These qualitative findings complement the quantitative satisfaction scores and provide context for understanding how the guidelines improved nursing practice beyond statistical outcomes.

Discussion

This study examined the development, implementation, and evaluation of evidence-based nursing practice guidelines to prevent respiratory failure among pneumonia patients in a Thai community hospital, using a PAR framework. The findings suggest a positive influence of the intervention on patient outcomes and nursing practice, reflected by a reduction in respiratory failure rates and high levels of nurse satisfaction. The results highlight the value of contextually adapted collaborative approaches in enhancing care quality in resource-constrained settings.

Effectiveness and Limitations of the Guidelines

A downward trend in respiratory failure incidence was observed following the implementation of the structured nursing guidelines. While this trend is encouraging, interpretation requires caution due to the study's pre-post design. Although the data collection period (January 2024 to April 2025) helped reduce potential seasonal bias, the absence of a control group limits causal inference. External factors such as fluctuations in hospital admissions, staffing changes, or parallel quality improvement efforts could also have influenced the results.²³



Demographic and clinical profiles of patients in the pre- and post-implementation phases were comparable, reducing the likelihood that changes in case mix accounted for outcome differences. However, the 0% respiratory failure rate observed in April 2025 may partly reflect seasonal variations in pneumonia prevalence rather than guideline efficacy alone.¹⁴ Therefore, while the findings align with literature supporting evidence-based interventions in pneumonia care, further research using quasi-experimental or randomized designs is necessary to validate the observed effects and establish causality.²⁴

Participatory Action Research and Nurse Empowerment

The use of Kemmis and McTaggart's PAR model was instrumental in achieving the study's objectives. Nurses were engaged throughout all research cycles—planning, action, observation, and reflection—allowing for the co-creation of practical, evidence-informed guidelines suited to the local context.²³ This inclusive process ensured that the intervention was not only clinically sound but also operationally feasible and aligned with frontline workflows.¹⁶

Nurses reported increased professional confidence, improved interdepartmental communication, and greater clarity in clinical roles. The collaborative process contributed to a sense of ownership and commitment, which likely supported the successful implementation and sustainability of the guidelines.¹¹ These findings reinforce the broader value of participatory methods in healthcare improvement initiatives, particularly where top-down implementation often fails to capture on-the-ground realities.¹²

Patient Complexity and Opportunities for Refinement

Despite overall improvements, a subset of patients developed respiratory failure during the study period. These individuals were typically older (mean age 74.10 years, S.D. = 9.60) and had multiple chronic conditions, such as COPD, diabetes, and chronic kidney disease. Delayed hospital presentations or interfacility transfers were common in this group, highlighting vulnerabilities not fully addressed by the current protocol.^{8,13}

Qualitative data from reflective PAR sessions illuminated additional challenges. Nurses expressed difficulties in detecting subtle signs of deterioration in elderly patients with multimorbidity¹³. These insights suggest that, while the guidelines were broadly effective, targeted refinements are needed for high-risk groups.¹⁴ Potential enhancements include incorporating frailty assessments, strengthening escalation protocols, and providing advanced training on atypical symptom recognition.¹¹

Study Limitations

Several limitations should be acknowledged in interpreting the findings of this study. First, the research was conducted in a single community hospital in Thailand, which may restrict the generalizability of the results to other healthcare settings with different resource availabilities, patient populations, or institutional cultures.²³ Although the guideline was carefully adapted to the local context through a participatory process, its applicability in more technologically advanced or structurally distinct environments remains uncertain.

Second, the use of a pre-post intervention design without a concurrent control group precludes causal inference. While the observed reduction in respiratory failure rates is promising and temporally aligned with the implementation of the guideline¹¹, the influence of confounding variables, such as seasonal variations in pneumonia severity¹³, changes in staffing patterns, or overlapping quality improvement initiatives, cannot be entirely excluded.



Third, although the study demonstrated an improvement in respiratory failure incidence, it did not systematically assess other important clinical outcomes, such as in-hospital mortality, length of stay, or readmission rates¹². Furthermore, an economic evaluation was beyond the scope of this study but is recommended for future research.

Finally, the post-implementation observation period was relatively brief. While short-term improvements in clinical outcomes and nurse satisfaction were evident¹⁵, the long-term sustainability of guideline adherence, as well as the persistence of benefits over time, remain unknown. Ongoing monitoring and follow-up studies are necessary to assess the intervention's durability and inform potential scaling to other institutions.

Implications and Recommendations

The successful implementation of evidence-based nursing practice guidelines in a Thai community hospital highlights important implications for clinical practice in resource-limited settings. This study demonstrates that locally adapted, participatory interventions can enhance pneumonia care by reducing respiratory failure and improving nurse engagement. For scalability, healthcare organizations should ensure inclusive stakeholder involvement, structured staff training, and sustained institutional support to integrate such guidelines into routine practice effectively.

Equally important is the institutionalization of integrated monitoring mechanisms. Regular audits of guideline adherence, systematic tracking of respiratory failure rates, and responsive feedback loops can drive continuous quality improvement. Embedding these processes within existing quality assurance frameworks will help maintain fidelity, responsiveness, and long-term impact.

Future Research

To build upon these findings, future research should employ more rigorous designs—such as stepped-wedge or cluster randomized controlled trials—to validate the effectiveness and generalizability of the guidelines. These studies should also examine broader clinical indicators, including mortality, readmission rates, and cost-effectiveness, as well as incorporate holistic assessments of nursing performance and patient experiences. In parallel, qualitative research can explore contextual barriers and enablers that influence implementation, particularly in high-risk populations or underserved settings.

Conclusion

This participatory action research successfully developed and implemented evidence-based nursing guidelines tailored to the prevention of respiratory failure among pneumonia patients in a community hospital. The intervention was associated with improved clinical outcomes and high levels of nurse satisfaction, underscoring its feasibility and contextual relevance.

While the study's limitations—such as the lack of a control group and ICU capacity—necessitate cautious interpretation, the findings suggest that participatory, evidence-informed strategies can effectively bridge the gap between research and practice. Continued evaluation, adaptation, and rigorous research will be essential to sustain and expand the impact of such interventions across diverse healthcare settings.



Declaration of AI Use:

Artificial intelligence (AI) tools, specifically Perplexity AI, were used to assist with language editing, formatting, and improving the clarity of this manuscript. All content was reviewed and approved by the authors to ensure accuracy and integrity.

References

1. Womack J, Kropa J. Community-acquired pneumonia in adults: Rapid evidence review. *American Family Physician*. 2022;105(6):625-30.doi:10.7282/0000029
2. Infectious Diseases Society of America (IDSA). Hospital-acquired and ventilator-associated pneumonia (HAP/VAP) guidelines. 2021. [cited 2025 Jan 26]. Available from: https://www.idsociety.org/practice-guideline/hap_vap/
3. Wang X, Wang Z, Wang X, Guo Y, Li Y, Zhang Y, et al. A deep learning model for accurate and robust cell tracking in live-cell imaging experiments. *Nature Communication*. 2024;15(1):4553. doi:10.1038/s41467-024-50805-z
4. Sassoon CSH. Respiratory Failure. [Internet]. Medscape; 2024 [cited 2025 May 19]. Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/167981-overview>
5. Patel BK. Overview of respiratory failure. In: Merck Manual Professional Version. 2024. [cited 2025 Jan 20]. Available from: <https://www.merckmanuals.com/professional/critical-care-medicine/respiratory-failure-and-mechanical-ventilation/overview-of-respiratory-failure>
6. Forrester JD, Maggio DM, Tennekoon L. Cost of health care-associated infections in the United States. *Journal of Patients Safety*. 2022;18(2):e477-9.
7. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Ventilator-associated pneumonia basics. 2023. [cited 2025 Jan 25]. Available from: <https://www.cdc.gov/ventilator-associated-pneumonia/about/index.html>
8. Wyper GMA. The global burden of disease study and Population Health Metrics. *Population Health Metrics*. 2024;22(1):35. doi:10.1186/s12963-024-00357-7
9. World Health Organization (WHO). Pneumonia. 2024. [cited 2025 Jan 15]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/pneumonia>
10. Medical Records and Statistics Unit, XX Community Hospital. Annual report on pneumonia-related admissions and respiratory failure cases (2021–2023). Nakhon Ratchasima: XX Community Hospital; 2023. (in Thai)
11. Mitprasart U. Nursing care of pneumonia patients with acute respiratory failure and sepsis: Two case studies. *Journal of Health and Environmental Education*. 2020;5(4):144-52. (in Thai)
12. Kleebrung T, Chaiwongsa K, Wandee W, Chaiwogsa J. The development of clinical nursing practice guidelines for elderly patients with pneumonia at Sakonnakhon hospital. *Research and Development Health System Journal*. 2024;17(1):1-15. (in Thai)
13. Butworn N. Factors associated with mortality of hospitalized pneumonia in Nakhon Phanom hospital. *Nakhon Phanom Hospital Journal*. 2022;9(2):e257199. (in Thai)



14. Ichikado K, Kotani T, Kondoh Y, Imanaka H, Johkoh T, Fujimoto K, et al. Clinical efficacy and safety of multipotent adult progenitor cells (invimestrocel) for acute respiratory distress syndrome (ARDS) caused by pneumonia: a randomized, open-label, standard therapy-controlled, phase 2 multicenter study (ONE-BRIDGE). *Stem Cell Research and Therapy*. 2023;14(1):217. doi:10.1186/s13287-023-03451-z
15. Bourboulis EJ, Siampanos A, Bolanou A, Doulou S, Kakavoulis N, Tsiakos K, et al. Clarithromycin for early anti-inflammatory responses in community-acquired pneumonia in Greece (ACCESS): A randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *The Lancet Respiratory Medicine*. 2024;12(4):294-304. doi: 10.1016/S2213-2600(23)00412-5
16. Baum F, MacDougall C, Smith D. Participatory action research: A contemporary perspective. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2025;79(4):350-6. doi:10.1136/jech.2004.028662
17. Labrague LJ, Sabei SA, AbuAlRub R, Burney I, Rawajfah OA. The role of nurses' adherence to clinical safety guidelines in linking nurse practice environment to missed nursing care. *Journal of Nursing Scholarship*. 2024. doi:10.1111/jnu.13017
18. Suparan T, Pisalwapee S, Suwonmontri P, Oonon N, Orachon J. The development of a care model for respiratory failure among patients with pneumonia in Sawanpracharak Hospital. *Region 3 Medical and Public Health Journal*. 2023;20(3):172-84. (in Thai)
19. Klongklaew P. Factors associated with 24-hour mortality in patients with pneumonia at emergency department, Yasothon Hospital. *Yasothon Medical Journal*. 2021;24(1):45-60. (in Thai)
20. Dinh A, Duran C, Ropers J, Bouchand F, Davido B, Deconinck L, et al. Factors associated with treatment failure in moderately severe community-acquired pneumonia: A secondary analysis of a randomized clinical trial. *JAMA Network Open*. 2021;4(10):e2129566. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.29566
21. Klaiphim C. Risk factors for death within 48 hours in patients with community-acquired pneumonia at Chao Phraya Abhaibhubejhr Hospital. *Thai Journal of Tuberculosis, Chest Diseases and Critical Care*. 2021;39(3):92-9. (in Thai)
22. Kemmis S, McTaggart R. *The action research planner*. Deakin University Press; 1988.
23. Calabretta D, Martin-Loeches I, Torres A. New guidelines for severe community-acquired pneumonia. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*. 2024;45(2):274-86. doi:10.1055/s-0043-1777797
24. Vaughn VM, Dickson RP, Horowitz JK, Flanders SA. Community-acquired pneumonia. *JAMA*. 2024;332(15):1282-95. doi:10.1001/jama.2024.14796



การพัฒนาแนวทางการบริการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง

ทานตะวัน ยมรัตน์ พย.ม.¹ อนุชา ไทวงษ์ ปร.ด.^{2,3}

กัทธ ดานา ปร.ด.² สุจิตรา บุญพันธ์ พย.บ.¹

ภัทรนันท์ บุญแสง พย.บ.¹

(วันรับบทความ : 17 มีนาคม พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ : 5 มิถุนายน พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ : 17 มิถุนายน พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการบริการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ศึกษาสถานการณ์และปัญหา พัฒนาแนวทางการบริการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ และประเมินผลการใช้ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 35 ราย และพยาบาลวิชาชีพกับทีมสหวิชาชีพ จำนวน 25 ราย เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้ (CVI = 0.94) แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาล (CVI = 0.90) แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินความพึงพอใจ (CVI = 0.92) และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดำเนินวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 - กันยายน พ.ศ. 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติการทดสอบที่แบบรายคู่ และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย จากการศึกษาดูแลผู้ป่วยพบว่า มีอัตราการกลับเข้ารับการรักษา ร้อยละ 30.35 แนวทางการดูแลผู้ป่วยไม่ชัดเจนและไม่เป็นระบบ บุคลากรขาดความรู้และทักษะเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วย หลังการพัฒนา เกิดแนวทางการบริการพยาบาลผู้ป่วยที่ชัดเจนและสอดคล้องกับบริบทหน่วยงาน ประกอบด้วย 1) การพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากร 2) การดูแลร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ 3) การให้ความรู้และฝึกทักษะญาติและผู้ดูแล 4) การเตรียมบ้านและอุปกรณ์การแพทย์ และ 5) มีระบบติดตามโดยใช้ระบบสารสนเทศ ผลจากการใช้แนวทางการบริการพยาบาล พบว่า บุคลากรมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) มีการปฏิบัติตามแนวทางในระดับสูง (ร้อยละ 87.64) ส่งผลให้คะแนน Barthel Index ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 78.62 มีระดับการพึ่งพาตนเอง มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น รวมถึงความพึงพอใจของทั้งผู้ให้และผู้รับบริการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาระบบบริการที่มีแนวทางชัดเจนนี้ส่งผลให้การบริการพยาบาลมีคุณภาพที่ดีขึ้น ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง การดูแลระยะกลาง การบริการพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย, จังหวัดร้อยเอ็ด

²อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

³ผู้ประพันธ์บรรณกิจ E-mail: anucha@smnc.ac.th โทร: 094-4320505



Development of Nursing Service and Rehabilitation Guidelines for Stroke Patients with Intermediate Care

Tantawan Yommaratb M.N.S.¹ Anucha Taiwong Ph.D.^{2,3}

Kamthorn Dana Ph.D.² Sujitra Boonpan B.N.S.¹

Pattaranan Boonsang B.N.S.¹

(Received Date: March 17, 2025, Revised Date: June 3, 2025, Accepted Date: June 17, 2025)

Abstract

This research and development study aimed to develop nursing care and rehabilitation guidelines for intermediate-stage stroke patients at Kasetwisai Hospital, Roi Et Province. The study was comprised of three phases: situation and problem assessment, development of nursing care and rehabilitation guidelines, and evaluation of implementation. The sample consisted of 35 stroke patients and 25 professional nurses and multidisciplinary team members. The research instruments included medical record data forms, focus group discussion guidelines, personal information questionnaires, knowledge assessment forms (CVI = 0.94), nursing practice evaluation forms (CVI = 0.90), quality of life assessment forms, satisfaction assessment forms (CVI = 0.92), and activities of daily living assessment forms. The study was conducted from October 2023 to September 2024. The data were analyzed using descriptive statistics, paired t-tests, and content analysis.

The situation and problem assessment revealed a re-admission rate of 30.35%, unclear and unsystematic patient care guidelines, and the staff's lack of specialized knowledge and skills in patient care. Following this development, clear nursing care guidelines consistent with the organizational context were developed which were comprised of: 1) staff knowledge and skill development, 2) collaborative care among multidisciplinary professionals, 3) education and skill training for relatives and caregivers, 4) home and medical equipment preparation, and 5) follow-up systems using information technology. Results from the implementation of the nursing care guidelines showed that staff knowledge increased significantly ($p < .001$), with a high-level of guideline adherence (87.64%), which resulted in significantly increased patient Barthel Index scores. Additionally, 78.62% of patients showed reduced dependency levels and improved quality of life, and there was significantly increased satisfaction among both service providers and recipients ($p < .001$). This demonstrates that developing a service system with clear guidelines results in higher quality nursing care and patients receiving appropriate rehabilitation, which leads to improved ability to perform daily activities and a better quality of life.

Keywords: stroke patients, intermediate care, nursing services, rehabilitation, nursing outcomes

¹Registered Nurse, (Professional Level), Kasetwisai Hospital, Roi Et province

²Instructor, Srimahasakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

³Corresponding Author, E-mail: anucha@smnc.ac.th Tel: 094-4320505



บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับโลกและประเทศไทย ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพ และการเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก จากรายงาน พบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 7.80 ล้านคน และเสียชีวิต 3.60 ล้านคน และอีกกว่า 5 ล้านคน มีภาวะทุพพลภาพถาวร¹ สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองประมาณ 172.33 ถึง 328 ต่อประชากร 100,000 คน² ส่วนใหญ่มักเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด (Ischemic stroke)³ และมีอัตราการเสียชีวิตทั่วประเทศระหว่าง พ.ศ. 2562-2564 อยู่ที่ร้อยละ 10.24, 10.35 และ 10.87 ตามลำดับ³ โดยเขตบริการสุขภาพที่ 7 (จังหวัดร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์) มีอุบัติการณ์การเสียชีวิตอยู่ที่ร้อยละ 4.86-7.88² นอกจากนี้ยังมีอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 424.51 ต่อประชากรแสนคน โดยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาต่อรายสูงถึง 37,179 บาท และยังไม่รวมค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวที่คาดการณ์ประมาณ 43,000-100,000 บาทต่อปี ซึ่งอาจก่อให้เกิดภาระทางด้านเศรษฐกิจและสังคมมากขึ้น⁴ ในขณะเดียวกันประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aged society) ซึ่งถือเป็นอีกปัจจัยสำคัญส่งผลให้มีอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากอายุเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ นอกจากนี้ พฤติกรรมการบริโภคและการดำเนินชีวิตที่ทำให้มีความชุกของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non Communicable Diseases: NCDs) ที่เพิ่มขึ้นด้วย^{5,6} เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ซึ่งโรคเรื้อรังเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม เมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมองแล้ว ผู้ป่วยมักประสบกับปัญหาทางสุขภาพที่ซับซ้อน โดยอาจส่งผลให้เกิดความผิดปกติในการเคลื่อนไหว ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการล้มและการติดเชื้อในปอด ปัญหาด้านการสื่อสาร ทั้งการพูดและการเข้าใจภาษา รวมถึงความผิดปกติของการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น อัมพาต ความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ การสูญเสียความสมดุล และปัญหาการประสานงานของระบบประสาท ในผู้ป่วยรายที่มีอาการรุนแรงอาจเกิดภาวะทุพพลภาพถาวรตามมา ส่งผลให้สูญเสียความสามารถในการดูแลตนเองและต้องพึ่งพาผู้อื่น การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care) ซึ่งเป็นช่วงระยะเวลาประมาณ 1-6 เดือนหลังเกิดโรค จึงเป็นความท้าทายสำคัญของระบบบริการสุขภาพที่ต้องการการบูรณาการความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการดูแลที่เป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยครอบคลุมทั้งการรักษาทางการแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพ การสนับสนุนทางจิตใจ และการเตรียมความพร้อมสำหรับการกลับสู่ชุมชน เนื่องจากเป็นช่วงเวลาทองที่สำคัญสำหรับการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งสมองยังคงมีความยืดหยุ่นในการปรับตัวและสร้างเส้นทางประสาทใหม่ เพื่อให้ร่างกายสามารถฟื้นตัวได้อย่างเต็มศักยภาพ และผู้ป่วยสามารถกลับมาปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้งลดภาระของครอบครัวและสังคม⁷

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะกลาง (Intermediate care) มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเข้มข้นในระยะ 2-6 สัปดาห์หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สามารถลดภาวะซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิตด้านคลินิกของผู้ป่วยได้⁸ นอกจากนี้ยังพบว่าการฟื้นฟูแบบสหสาขาวิชาชีพที่ต่อเนื่องสามารถเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Living: ADL) ได้อย่างมีนัยสำคัญ⁸ และแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพของทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องที่ครอบคลุมประเด็นสำคัญ⁹ ได้แก่ 1) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน 2) การฟื้นฟูการเคลื่อนไหวและการทรงตัว 3) การฟื้นฟูความสามารถในการสื่อสาร 4) การฟื้นฟูการกลืน และ 5) การสนับสนุนด้านจิตสังคม โดยการดูแลระยะกลางที่มีประสิทธิภาพนั้นต้องมีส่วนร่วมของบุคลากรซึ่งมีบทบาทหลักในการประสานงาน การดูแลผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ มีการเพิ่มความเข้มข้นของกระบวนการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปที่บ้านร่วมกับผู้ดูแลในครอบครัวออกแบบแผนการดูแลที่เฉพาะกับผู้ป่วยแต่ละราย และมีการกำกับติดตามผลเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง กระบวนการเหล่านี้ช่วยลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้¹⁰ สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาที่พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เน้นการพัฒนาความรู้และสมรรถนะของพยาบาล มีการบริหารจัดการความพร้อมของทรัพยากร การสร้างแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย และมีการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ สามารถลดวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วย ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน^{11,12} ซึ่งแสดงให้เห็นว่าระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี



จากการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยในระยะกลาง โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด พบช่องว่างขององค์ความรู้และการปฏิบัติที่สำคัญหลายประการ จากข้อมูลสถิติย้อนหลัง 3 ปี พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมารับบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2564-2566 มีจำนวน 41, 76 และ 109 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้ เกิดภาวะแทรกซ้อน ในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 3 ราย (ติดเชืทางเดินปัสสาวะ 1 ราย และปอดอักเสบ 2 ราย) และปี 2566 จำนวน 4 ราย (ติดเชืทางเดินปัสสาวะ 2 ราย ปอดอักเสบ 1 ราย และสำลักอาหาร 1 ราย) มีผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 8, 6 และ 2 ราย ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบปัญหาการกลับเข้ารับรักษาซ้ำ รวมถึงคุณภาพชีวิตที่ลดลงของผู้ป่วยและครอบครัวด้วย และพบว่าการดูแลผู้ป่วยในระยะกลางยังขาดแนวทางที่เป็นระบบทำให้ผลลัพธ์การดูแลไม่เป็นไปตามเป้าหมาย จากข้อมูลเชิงประจักษ์ดังกล่าว แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาแนวทางการบริการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีความครอบคลุม เป็นองค์รวม และมีความต่อเนื่อง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องพัฒนาแนวทางการบริการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีประสิทธิภาพ โดยเน้นการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว และการเชื่อมโยงระบบบริการตั้งแต่โรงพยาบาลสู่ชุมชน ซึ่งจะช่วย เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ลดภาวะแทรกซ้อน และปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย อันจะนำไปสู่การลดภาระด้านโรค เศรษฐกิจและสังคมในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการบริการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวทางการบริการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาเพื่อหาแนวทางการบริการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางอาศัยแนวคิดและทฤษฎีการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ และแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว ร่วมกับหลักฐานเชิงประจักษ์จากแนวปฏิบัติทางคลินิกและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนโยบายการพัฒนาบริการสุขภาพของเขตสุขภาพที่ 7 กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งครอบคลุมการประเมินและคัดกรอง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูด้านต่าง ๆ การสนับสนุนด้านจิตสังคม การเสริมพลังผู้ป่วยและครอบครัว และการประสานงานในระบบบริการ โดยมีผลลัพธ์ที่คาดหวังแบ่งเป็น 1) ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยในการเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ลดภาวะแทรกซ้อนและการกลับเข้ารับรักษาซ้ำ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และ 2) ผลลัพธ์ด้านระบบบริการในการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล การเข้าถึงบริการฟื้นฟู และการพัฒนาศักยภาพบุคลากร

วิธีดำเนินการวิจัย

ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research & Development: R&D) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ การศึกษาสถานการณ์และปัญหา การพัฒนาแนวทางการบริการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ และการประเมินผลการใช้แนวทาง ดำเนินการศึกษา ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2567 ที่โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด มีรายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะศึกษาสถานการณ์และปัญหา ระหว่างเดือน ตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2566

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการบริการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด



วิธีการศึกษา ใช้การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) โดยการผสมผสานระหว่างวิธีการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Mixed Methods) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและลึกซึ้ง โดยจะเน้นการเก็บข้อมูลสภาพปัจจุบัน ปัญหา อุปสรรคและความต้องการในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. กลุ่มผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และเภสัชกร คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากบุคลากรที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างน้อย 1 ปี จำนวน 10 คน

2. เวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (2 สัปดาห์ ถึง 6 เดือนหลังเกิดโรค) ที่รับบริการในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย ย้อนหลัง 1-2 ปี โดยคัดเลือกเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีความสมบูรณ์ จำนวน 10 ตัวอย่าง

เครื่องมือ คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน (Medical record form) ที่มีเนื้อหาครอบคลุมข้อมูลประวัติ การเจ็บป่วย ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล การรักษาที่ได้รับ ภาวะแทรกซ้อน และผลลัพธ์ทางคลินิก 2) แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion guideline) เพื่อสนทนากลุ่มกับบุคลากรผู้ให้บริการ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ประเด็นการสนทนาเกี่ยวกับ กระบวนการทำงาน การให้บริการผู้ป่วย ปัญหาอุปสรรค แนวทางการแก้ไขและโอกาสในการพัฒนา

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยข้อมูลจากเวชระเบียนวิเคราะห์อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล อัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำ และอัตราการเสียชีวิต โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่และร้อยละ ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มโดยการถอดเทป บันทึกเสียงจากการสนทนากลุ่มแบบคำต่อคำ (Verbatim) และทำการวิเคราะห์เนื้อหา

ระยะที่ 2 ระยะการพัฒนาแนวทางการบริการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ช่วงเดือน มกราคม พ.ศ. 2567

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวทางการบริการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีการศึกษา การศึกษาในระยะนี้ใช้กรอบแนวคิดของวงจรคุณภาพ PDCA (Plan-Do-Check-Act) ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย (Quality and Safety) โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ป่วย ผู้ดูแลในครอบครัว แลทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย เพื่อร่วมกันพัฒนาแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลเกษตรวิสัย

ผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนา คือ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ประกอบด้วย แพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 14 คน นักกายภาพบำบัด 4 คน นักโภชนาการ 2 คน และแพทย์แผนไทย 3 คน รวมทั้งหมด 25 คน โดยคัดเลือกตามเกณฑ์ผู้ที่มีประสบการณ์โดยตรงในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาล

ขั้นตอนการพัฒนา

1. การเตรียมการ (Preparation phase) ประกอบด้วย

1) การจัดตั้งคณะทำงาน กำหนดโครงสร้างทีมงาน บทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบ จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานอย่างเป็นทางการ โดยได้รับการรับรองจากผู้บริหารโรงพยาบาล และจัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ แผนการดำเนินงานให้ทุกคนทราบ

2) การทบทวนวรรณกรรมและแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best practice) โดยทบทวนแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางจากองค์วิชาชีพชั้นนำทั้งในและต่างประเทศ ได้แก่ 1) แนวปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย¹³ 2) Clinical Practice Guidelines for Stroke Rehabilitation ของ American Heart Association/American Stroke Association¹⁴ 3) Post-Stroke Rehabilitation Guidelines ของ Australian Stroke Foundation¹⁵ ร่วมกับการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางจากฐานข้อมูลวิชาการ

3) การสรุปผลการศึกษาระยะที่ 1 โดยวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาที่พบจากการศึกษาในระยะที่ 1 จัดทำรายงานสรุปประเด็นสำคัญที่ต้องได้รับการพัฒนา และเตรียมนำเสนอข้อมูลให้แก่คณะทำงานเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทาง



2. การพัฒนาร่างแนวทาง (Guideline development phase) มีรายละเอียด ดังนี้

Workshop	วัตถุประสงค์	ผู้เข้าร่วม	กิจกรรม
จัดประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1 (สป. 1 เดือนมกราคม 2567)	เพื่อวิเคราะห์ สถานการณ์และ กำหนดประเด็น สำคัญใน การพัฒนา	ทีมสหวิชาชีพ	- นำเสนอผลการศึกษาระยะที่ 1 เกี่ยวกับสถานการณ์และปัญหาการบริการ พยาบาลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง - นำเสนอสรุปแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง - ใช้เทคนิค Gap analysis วิเคราะห์ช่องว่างระหว่างการปฏิบัติในปัจจุบันกับ แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ - ร่วมกันกำหนดประเด็นสำคัญที่ต้องได้รับการพัฒนา (Key improvement areas)
จัดประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 2 (สป. 4 เดือนมกราคม 2567)	เพื่อกำหนด ขอบเขตและ องค์ประกอบ ของแนวทาง	ทีมสหวิชาชีพ	- กำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของแนวทาง - กำหนดขอบเขตของแนวทาง (Scope) และกลุ่มเป้าหมายที่จะใช้แนวทาง - กำหนดคำนิยามและคำจำกัดความที่สำคัญ เช่น "ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะกลาง" "การฟื้นฟูสมรรถภาพ" และ "การบริการพยาบาล" - มอบหมายผู้รับผิดชอบในการร่างเนื้อหาแต่ละส่วน ประกอบด้วย (1) การประเมินผู้ป่วยและการวางแผนการดูแล (2) การพยาบาลและ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน (3) การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกาย (4) การฟื้นฟูด้านการสื่อสารความหมายและการกลืน (5) การดูแลด้านจิตสังคม และการสนับสนุนครอบครัว (6) การให้ความรู้และเตรียมจำหน่าย และ (7) การดูแลต่อเนื่องในชุมชน

3. การตรวจสอบคุณภาพของแนวทาง (Guideline validation phase) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาลเชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองและอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา คือ ความถูกต้องตามหลักวิชาการ ความชัดเจนและความเข้าใจง่าย ความครอบคลุมของเนื้อหา ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ ความสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ จากนั้นคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ > 0.80

4. การทดลองนำร่อง (Pilot study) โดยจัดอบรมเตรียมความพร้อมบุคลากรครอบคลุมเนื้อหาภาพรวมและองค์ประกอบของแนวทาง วิธีการใช้แนวทางในสถานการณ์ต่างๆ การบันทึกข้อมูลและการประเมินผล การแก้ไขปัญหาเบื้องต้น และผู้วิจัยมีระบบสนับสนุนการใช้แนวทางฯ โดยการให้คำปรึกษาและพี่เลี้ยง มีช่องทางการสื่อสารและแก้ไขปัญหาผ่านกลุ่มไลน์ และโทรศัพท์

ระยะเวลา 2 เดือน (ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ - มีนาคม พ.ศ. 2567)

สถานที่ หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเกษรวิสัย

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง จำนวน 5 ราย

กิจกรรม นำแนวทางที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย มีการประชุมทีมการพยาบาลและทีมสหวิชาชีพทุกสัปดาห์ เพื่อติดตามการดำเนินงาน บันทึกปัญหาและอุปสรรคที่พบระหว่างการนำแนวทางไปใช้ การให้ข้อเสนอแนะจากผู้ใช้นำทาง ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกเบื้องต้น คือ การเปลี่ยนแปลงของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และดำเนินการปรับปรุงเนื้อหาและรูปแบบของแนวทางตามผลการทดลองนำร่อง เกี่ยวกับกระบวนการและขั้นตอนการปฏิบัติให้มีความชัดเจนและเหมาะสมยิ่งขึ้น

ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้แนวทาง ระหว่างเดือน เมษายน - กันยายน 2567

วิธีการศึกษา ใช้วิธีการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One group pretest-posttest design) โดยศึกษาผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายหลังการนำแนวทางที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ทั้งในด้านกระบวนการให้บริการและผลลัพธ์ทางคลินิก



กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. กลุ่มผู้ให้บริการ คือทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ประกอบด้วย แพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 14 คน นักกายภาพบำบัด 4 คน นักโภชนาการ 2 คน และแพทย์แผนไทย 3 คน รวมทั้งหมด 25 คน มีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเกษตรวิสัยอย่างน้อย 6 เดือน มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง และยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ มีแผนจะลาศึกษาต่อหรือโอนย้ายในช่วงระยะเวลาการวิจัย และไม่สามารถเข้าร่วมการอบรมเกี่ยวกับการใช้แนวทางได้

2. กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power ในการคำนวณขนาดตัวอย่าง กำหนดการทดสอบสมมติฐานแบบ Paired t-test ค่า Effect size = 0.50 (ขนาดผลกระทบระดับปานกลาง) ค่าความเชื่อมั่น (α) = 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power) = 0.80 ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 35 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ คือ เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (ICD-10: I60-I69) โดยแพทย์ อยู่ในระยะกลางของโรค (2 สัปดาห์ถึง 6 เดือนหลังเกิดโรค) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีระดับความรู้สึกตัวดี (Glasgow Coma Score: GCS = 15 คะแนน) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ หรือมีผู้ดูแลที่สามารถให้ข้อมูลได้ มีสัญญาณชีพคงที่และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่ต้องได้รับการรักษาเร่งด่วน มีความบกพร่องด้านการรับรู้และการสื่อสารระดับรุนแรงที่ไม่สามารถทำการประเมินได้ และมีโรคร่วมรุนแรงที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสภาพ เช่น มะเร็งระยะสุดท้าย ภาวะหัวใจล้มเหลวระดับรุนแรง และโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมวิจัย (Discontinuation criteria) คือ ผู้ป่วยขอลอนตัวจากการวิจัย ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง และต้องได้รับการรักษาเร่งด่วน หรือส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า และผู้ป่วยไม่สามารถมาตามนัดติดตามการรักษาได้ 2 ครั้งติดต่อกัน

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การวินิจฉัยโรค โรคประจำตัว ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ดูแล รายได้ อาชีพ ระดับการศึกษา จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นแบบทดสอบความรู้แบบเลือกตอบถูก-ผิด จำนวน 30 ข้อ เนื้อหาครอบคลุมความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การประเมินอาการ การพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว การแปลผล คะแนนเต็ม 30 คะแนน โดย คะแนน 24-30 ($\geq$ ร้อยละ 80) แปลว่าระดับความรู้ดี คะแนน 18-23 (ร้อยละ 60-79) แปลว่าระดับความรู้ปานกลาง และคะแนนน้อยกว่า 18 ($<$ ร้อยละ 60) แปลว่าระดับความรู้ต้องปรับปรุง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการบริการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 13 ข้อ เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) ซึ่งประเมินโดยผู้วิจัย เป็นการประเมินการปฏิบัติตามขั้นตอนในแนวทาง ประกอบด้วยรายการกิจกรรมตามแนวทางในแต่ละด้าน ได้แก่ การประเมินผู้ป่วย แกร็บ การวางแผนการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ การปฏิบัติการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ การประเมินผลและการติดตาม และการให้ความรู้และการเตรียมจำหน่าย การแปลผล บันทึกการปฏิบัติเป็น "ปฏิบัติ" หรือ "ไม่ปฏิบัติ" และคำนวณร้อยละของการปฏิบัติ โดยร้อยละ 80 ขึ้นไป แปลว่าระดับการปฏิบัติตามแนวทางดี และน้อยกว่าร้อยละ 80 แปลว่าระดับการปฏิบัติตามแนวทางต้องปรับปรุง



ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิต (Stroke Specific Quality of Life Scale: SS-QOL ฉบับภาษาไทย) เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยคำถาม 49 ข้อ ครอบคลุม 12 ด้าน ได้แก่ พลังงาน บทบาทในครอบครัว ภาษา การเคลื่อนไหว อารมณ์ บุคลิกภาพ การดูแลตนเอง สังคม ความคิด หน้าที่การงาน การมองเห็น และการใช้มือ การแปลผล คะแนนเต็ม 245 คะแนน (คะแนนยิ่งสูงยิ่งแสดงถึงคุณภาพชีวิตที่ดี) ถ้าคะแนนน้อยกว่า 122.50 แปลว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 122.5-183.7 แปลว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนมากกว่า 183.70 แปลว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้นโยบายการบริการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 7 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีเนื้อหาครอบคลุมความชัดเจนและความเข้าใจง่ายของแนวทาง ความเหมาะสมของขั้นตอนและวิธีปฏิบัติ ความสะดวกในการนำไปใช้ ประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้นโยบาย และความเป็นไปได้ในการใช้นโยบายอย่างต่อเนื่อง การแปลผล โดยคะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 = ความพึงพอใจระดับมากที่สุด 3.51-4.50 = ระดับมาก 2.51-3.50 = ระดับปานกลาง 1.51-2.50 = ระดับน้อย และ 1.00-1.50 = ระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 6 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการได้รับบริการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นแบบสอบถามความพึงพอใจแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 7 ข้อ มีเนื้อหาครอบคลุม การให้บริการของบุคลากร ข้อมูลและการสื่อสาร กระบวนการดูแล และฟื้นฟูสภาพ สิ่งแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวก การแปลผล เช่นเดียวกับแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการ

ส่วนที่ 7 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel index) แบบประเมินมาตรฐานที่ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 10 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแต่งตัว การขับถ่ายอุจจาระ การขับถ่ายปัสสาวะ การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนย้าย การเดิน การขึ้นลงบันได และการเดินขึ้นลงบันได คะแนนเต็ม 100 คะแนน การแปลผล โดย 0-20 คะแนน = พึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด 21-60 คะแนน = พึ่งพาผู้อื่นมาก 61-90 คะแนน = พึ่งพาผู้อื่นปานกลาง 91-99 คะแนน = พึ่งพาผู้อื่นเล็กน้อย และ 100 คะแนน = ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (Independence)

นำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นใหม่ คือ แบบประเมินความรู้ แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทาง และแบบประเมินความพึงพอใจให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.94, 0.90 และ 0.92 ตามลำดับ หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกัน จำนวน 10 ราย สำหรับแบบประเมินความรู้ วิเคราะห์ความเที่ยงด้วยวิธี Kuder-Richardson 20 (KR 20) ได้ 0.70 แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางวิเคราะห์ความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินความเชื่อมั่น (Inter-Rater Reliability) ได้เท่ากับ 0.84 และแบบประเมินความพึงพอใจวิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยสถิติสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.83 (บุคลากร) และ 0.78 (ผู้ป่วยและญาติ)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ร้อยละของการปฏิบัติตามแนวทางในแต่ละขั้นตอนและภาพรวม และเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจก่อนและหลังการใช้นโยบายโดยใช้สถิติ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 2162566 ลงวันที่ 26 ธันวาคม พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยและสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ยินดียใจเข้าร่วมโครงการวิจัยจะลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลต่อแผนการรักษาที่ได้รับข้อมูลทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพ



ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวทางการบริการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โรงพยาบาลเกษตรวิสัย ผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 สถานการณ์การปัญหาและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย จำนวน 10 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 60) อายุเฉลี่ย 65.35 ปี (S.D. = 8.71) มีประวัติโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วยมากที่สุด (ร้อยละ 80.25) รองลงมาคือโรคเบาหวาน (ร้อยละ 50.74) และไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 40.61) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด (Ischemic stroke) ร้อยละ 70 และชนิดเลือดออก (Hemorrhagic stroke) ร้อยละ 30 มีระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 7.65 วัน (S.D. = 3.24) และพบว่ามียาติดการกลับเข้ารักษาซ้ำภายใน 28 วันร้อยละ 30.35 โดยสาเหตุจากภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (ร้อยละ 10.14) ปอดอักเสบ (ร้อยละ 10.35) และความดันโลหิตสูงมากจนควบคุมไม่ได้ที่บ้าน (ร้อยละ 10.41) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 30.74 มีปัญหาการกลืนลำบากและปัญหาการสื่อสาร

จากการสนทนากลุ่มกับบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล สามารถสรุปประเด็นสำคัญแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ (1) ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วยและการประสานงาน ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางยังขาดแนวทางที่ชัดเจนและเป็นระบบ ทำให้การดูแลไม่ต่อเนื่อง ดังคำกล่าวของพยาบาลวิชาชีพว่า "เรายังไม่มีแนวทางเฉพาะในการดูแลคนไข้โรคระยะกลาง ส่วนใหญ่ดูแลตามอาการแล้วแต่แพทย์จะสั่ง ทำให้การดูแลไม่ค่อยต่อเนื่อง" (ผู้ให้ข้อมูล N1) นอกจากนี้ยังพบปัญหาด้านการประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ เนื่องจากไม่มีการประชุมร่วมกันเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และการสื่อสารระหว่างวิชาชีพยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ (2) ด้านบุคลากรและทรัพยากรขาดบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง โดยเฉพาะนักกิจกรรมบำบัด และพยาบาลเฉพาะทางด้านการฟื้นฟูสภาพ นักกายภาพบำบัดกล่าวว่า "เราทำงานหนักมาก ดูแลคนไข้หลายประเภท ไม่ใช่แค่โรคใดโรคหนึ่ง บางทีคนไข้เยอะต้องเร่งให้ทันเวลา ทำให้การฟื้นฟูคนไข้โรคใดโรคหนึ่งได้เต็มที่เท่าที่ควร" (ผู้ให้ข้อมูล P1) ด้านอุปกรณ์และเครื่องมือในการฟื้นฟูสภาพยังไม่เพียงพอและขาดความทันสมัย ผู้ให้ข้อมูลระบุว่าต้องใช้อุปกรณ์ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยหลายประเภท ทำให้ไม่สามารถให้บริการได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ (3) ด้านความรู้และทักษะของบุคลากร บุคลากรส่วนใหญ่ยอมรับว่า ยังขาดความรู้และทักษะเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โดยเฉพาะด้านการฟื้นฟูการกลืน การฟื้นฟูการพูด และการจัดการกับภาวะเกร็งของกล้ามเนื้อ และ (4) ด้านระบบการติดตามและการดูแลต่อเนื่อง ผู้ให้ข้อมูลระบุว่า ระบบการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลยังไม่เป็นระบบ และขาดการประสานงานที่ดีกับหน่วยบริการในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยบางรายขาดการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง

ส่วนที่ 2 ผลการพัฒนาแนวทางการบริการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ผลการทบทวนวรรณกรรมและแนวปฏิบัติทางคลินิกจากมาตรฐานและแนวทางขององค์กรวิชาชีพ พบองค์ประกอบสำคัญในแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ประกอบด้วย

องค์ประกอบ	กิจกรรม
1. การประเมินผู้ป่วยแรกรับ (Initial assessment)	-การประเมินสภาพร่างกายแบบองค์รวม, ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index), การทรงตัวและการเคลื่อนไหว, การสื่อความหมายและการกลืน, ด้านจิตสังคมและภาวะซึมเศร้า และความต้องการและความพร้อมของครอบครัว
2. การวางแผนการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ (Care planning)	-การประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อวางแผนการดูแล, กำหนดเป้าหมายการฟื้นฟูสภาพร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว, จัดทำแผนการฟื้นฟูสภาพเฉพาะราย และกำหนดระยะเวลาและตัวชี้วัดความสำเร็จ
3. การปฏิบัติการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ (Nursing care and Rehabilitation)	-การฟื้นฟูด้านการเคลื่อนไหว, ฝึกปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน, ฟื้นฟูด้านการสื่อความหมายและการกลืน, ป้องกันภาวะแทรกซ้อน (แผลกดทับ ข้อติด ปอดอักเสบ ทางเดินปัสสาวะอักเสบ), การดูแลด้านโภชนาการ และการดูแลด้านจิตสังคมและการจัดการความเครียด
4. การประเมินผลและการติดตาม (Evaluation and Monitoring)	-ประเมินความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง, ปรับแผนการดูแลตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย, บันทึกผลการประเมินและการดูแลอย่างเป็นระบบ และติดตามและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน
5. การให้ความรู้และการเตรียมจำหน่าย (Education and Discharge planning)	-ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง, ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแล, เตรียมสภาพแวดล้อมที่บ้าน และวางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว



องค์ประกอบ	กิจกรรม
6. การดูแลต่อเนื่องและการส่งต่อในชุมชน (Continuity of care and Community referral)	-ส่งต่อข้อมูลให้หน่วยบริการปฐมภูมิ, สนับสนุนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน, การติดตามเยี่ยมบ้าน และการประสานงานกับชุมชน
7. การบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพ (Management and Quality improvement)	-โครงสร้างและบทบาทของทีมนursesวิชาชีพ, การพัฒนาศักยภาพบุคลากร, การจัดการทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม และการติดตามประเมินผลคุณภาพการดูแล

ผลการทดลองนำร่อง พบร้อยละของกิจกรรมที่สามารถปฏิบัติได้ตามแนวทาง ร้อยละ 78.56 กิจกรรมที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุดคือ การฟื้นฟูด้านการสื่อความหมายและการกลืน ร้อยละ 65.74 พบปัญหาและอุปสรรคภาระงานมากทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางได้ครบถ้วน แบบฟอร์มการบันทึกมีความซับซ้อนและใช้เวลานาน จากนั้นมีการปรับปรุงแนวทาง โดยปรับลดความซับซ้อนของแบบฟอร์มการประเมินและการบันทึก เพิ่มแนวทางสำหรับพยาบาลในการคัดกรอง การบริการและให้การช่วยเหลือเบื้องต้น พัฒนาแนวทางการส่งต่อและการดูแลแบบออนไลน์ และจัดทำคู่มือฉบับย่อสำหรับการปฏิบัติงานประจำวัน ซึ่งผลสรุปการพัฒนาประกอบด้วย 5 Activity of model (Knowledge- Active team working- Skill of caring- Environment and Equipment – Tele-nursing (KASET) model) ได้แก่ 1) การพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากร (Knowledge) 2) การดูแลร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ (Active team working) 3) การให้ความรู้และฝึกทักษะญาติและผู้ดูแล (Skill of caring) 4) การเตรียมบ้านและอุปกรณ์การแพทย์ (Environment and Equipment) และ 5) มีระบบติดตามโดยใช้ระบบสารสนเทศ (Tele-nursing)

ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์การพัฒนาแนวทางบริการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โรงพยาบาลเกษตราสัย

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n=35) และบุคลากรผู้ให้บริการ (n=25)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 35)			บุคลากรผู้ให้บริการ (n = 25)		
เพศ			เพศ		
ชาย	25	71.43	ชาย	2	8
หญิง	10	28.57	หญิง	23	92
ช่วงอายุ (ปี)			ช่วงอายุ (ปี)		
< 60 ปี	5	14.29	20-30 ปี	17	68
60 – 70 ปี	26	74.29	31-40 ปี	5	20
> 70 ปี	4	11.42	41-50 ปี	3	12
Mean = 64.8, S.D. = 6.82, Min = 53, Max=76			Mean = 29.04, S.D. = 6.61, Min = 24, Max = 45		
อาชีพ			การประกอบวิชาชีพ		
เกษตรกรรม	22	62.86	แพทย์	2	8
รับจ้าง	7	20	พยาบาลวิชาชีพ	14	56
ค้าขาย	4	11.43	นักกายภาพบำบัด	4	16
รับราชการ	2	5.71	แพทย์แผนไทย	3	12
ระดับการศึกษา			นักโภชนาการ	2	8
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	8.57	ประสบการณ์การทำงาน		
ประถมศึกษา	27	77.14	< 5 ปี	12	48
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	8.58	5-10 ปี	8	32
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2	5.71	11-20 ปี	3	12



ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน/บาท			> 20 ปี	2	8
≤ 1,500	25	71.43	Mean = 4.64, S.D. = 1.57, Min = 2, Max = 22		
> 1,500	10	28.57			
โรคประจำตัว					
โรคความดันโลหิตสูง	22	62.86			
โรคเบาหวาน	8	22.86			
โรคหัวใจ	1	2.85			
โรคไตเรื้อรัง	4	11.43			
ระยะเวลาการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง					
1-2 วัน	14	40			
3-4 วัน	12	34.29			
5-6 วัน	3	8.57			
7-8 วัน	5	14.29			
9-10 วัน	1	2.85			

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง จำนวน 35 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 71.43) อายุเฉลี่ย 64.8 ปี (S.D. = 6.82) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 77.14) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 62.86) มีโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 62.86) เบาหวาน (ร้อยละ 22.86) ส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด (ร้อยละ 85.71) สำหรับบุคลากรผู้ให้บริการ มีจำนวน 25 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 23 คน (ร้อยละ 92) มีช่วงอายุที่ 20-30 ปี มีอายุเฉลี่ย 29.04 ปี (S.D. = 6.61) เป็นพยาบาลวิชาชีพ 14 คน (ร้อยละ 56) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานระยะเวลาน้อยกว่า 5 ปี ซึ่งระยะเวลาเฉลี่ยอยู่ที่ 4.64 ปี (S.D. = 1.57)

3.2 ผลลัพธ์ด้านกระบวนการให้บริการ ผลลัพธ์ทางคลินิกและด้านความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลพบว่าการแจกแจงเป็นโค้งปกติ จึงวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลด้วยสถิติพาราเมตริก ดังนี้

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์การใช้แนวทางบริการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โรงพยาบาลเกษรวิสัย

ตัวแปร	ก่อนใช้ (Mean ± S.D.)	หลังใช้ (Mean ± S.D.)	Mean difference (95% CI)	t	p-value
บุคลากรผู้ให้บริการ					
1. คะแนนความรู้	19.52 ± 4.21	26.35 ± 3.12	6.82 (5.30, 8.34)	9.47	<.001*
2. คะแนนความพึงพอใจ	3.25 ± 0.68	4.38 ± 0.45	1.13 (0.89, 1.37)	9.78	<.001*
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง					
1. Barthel Index (คะแนนเต็ม 100)	45.31 ± 18.70	72.85 ± 15.42	27.52 (23.11, 31.94)	12.73	<.001*
2. SS-QOL (คะแนนเต็ม 245)	110.52 ± 25.61	168.30 ± 22.91	57.84 (48.91, 66.72)	13.22	<.001*
3. ความพึงพอใจของผู้ป่วย (คะแนนเต็ม 5)	3.48 ± 0.72	4.56 ± 0.38	1.08 (0.87, 1.29)	10.44	<.001*

*ระดับนัยสำคัญที่ .05



โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ (1) ผลลัพธ์ด้านกระบวนการให้บริการ พบผลการศึกษา ดังนี้ 1) ความรู้ของบุคลากร คะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 19.52 ± 4.21 คะแนน เป็น 26.35 ± 3.12 คะแนน ($p < .001$) โดยพบว่าบุคลากรที่มีความรู้ระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 32 เป็นร้อยละ 84 2) การปฏิบัติตามแนวทางฯ อัตราการปฏิบัติตามแนวทางโดยรวมร้อยละ 87.64 โดยพบว่าขั้นตอนที่ปฏิบัติได้มากที่สุด คือ การประเมินผู้ป่วยแรกรับ (ร้อยละ 94.21) และขั้นตอนที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุด คือ การฟื้นฟูด้านการกลืน (ร้อยละ 76.85) และ 3) ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.25 ± 0.68 คะแนน เป็น 4.38 ± 0.45 คะแนน ($p < .001$) โดยความพึงพอใจสูงสุดในด้านความชัดเจนของแนวทาง (4.65 ± 0.33 คะแนน) (2) ผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า 1) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คะแนน Barthel Index เพิ่มขึ้นจาก 45.31 ± 18.70 คะแนน เป็น 72.85 ± 15.42 คะแนน ($p < .001$) ผู้ป่วยที่มีระดับการพึ่งพาตนเองอย่างน้อย 1 ระดับคิดเป็นร้อยละ 78.62 2) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย คะแนน SS-QOL เพิ่มขึ้นจาก 110.52 ± 25.61 คะแนน เป็น 168.30 ± 22.91 คะแนน ($p < .001$) โดยด้านที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด คือ ด้านการเคลื่อนไหว (เพิ่มขึ้นร้อยละ 62.41) และด้านการดูแลตนเอง (เพิ่มขึ้นร้อยละ 59.74) และ 3) ความพึงพอใจของผู้รับบริการ คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวเพิ่มขึ้นจาก 3.48 ± 0.72 คะแนน เป็น 4.56 ± 0.38 คะแนน ($p < .001$) โดยความพึงพอใจสูงสุดในด้านการให้ข้อมูลและการสื่อสาร (4.72 ± 0.33 คะแนน) และด้านการให้บริการของบุคลากร (4.68 ± 0.35 คะแนน)

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่โรงพยาบาลเกษรวิสัย ซึ่งบ่งบอกให้เห็นถึงความจำเป็นในการจัดการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อพิจารณาอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำภายใน 28 วันที่สูงถึงร้อยละ 30.35 ซึ่งมีสาเหตุหลักจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ เช่น การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและปอดอักเสบ ปัญหาสำคัญที่พบคือการขาดแนวทางการดูแลที่ชัดเจนและเป็นระบบ การประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพที่ไม่มีประสิทธิภาพ ข้อจำกัดด้านบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง นอกจากนี้ บุคลากรยังขาดความรู้และทักษะเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระบบการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายและการประสานงานกับหน่วยบริการปฐมภูมิที่ยังไม่เป็นระบบเพียงพอ ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยขาดความต่อเนื่อง ซึ่งอาจเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้มีอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำสูง ประเด็นเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเป็นระบบเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

การพัฒนาแนวทางบริการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีองค์ประกอบครอบคลุมในประเด็นสำคัญ ตั้งแต่การประเมินแรกรับจนถึงการบริหารจัดการคุณภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศทางคลินิก จากมาตรฐานขององค์กรวิชาชีพต่าง ๆ¹³⁻¹⁵ อย่างไรก็ตาม ผลการทดลองนำร่องพบว่าการปฏิบัติตามแนวทางได้เพียงร้อยละ 78.56 โดยกิจกรรมที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุดคือการฟื้นฟูด้านการสื่อความหมายและการกลืน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดในการนำแนวทางไปปฏิบัติจริง¹⁶ อันเนื่องมาจากภาระงานที่มาก และความซับซ้อนของแบบฟอร์มการบันทึกที่ใช้เวลานาน ยากต่อการบันทึก¹⁷ สิ่งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้มักประสบปัญหาด้านภาระงานและความซับซ้อนของเอกสาร นอกจากนี้ยังมีการปรับเปลี่ยนแนวทาง โดยการลดความซับซ้อนของแบบฟอร์ม เพิ่มแนวทางคัดกรองและช่วยเหลือเบื้องต้น พัฒนาระบบส่งต่อและการดูแลแบบออนไลน์ และจัดทำคู่มือฉบับย่อ ผลการพัฒนา KASET model ได้แก่ 1) การพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากร (Knowledge) 2) การดูแลร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ (Active team working) 3) การให้ความรู้และฝึกทักษะญาติและผู้ดูแล (Skill of caring) 4) การเตรียมบ้านและอุปกรณ์การแพทย์ (Environment and Equipment) และ 5) มีระบบติดตามโดยใช้ระบบสารสนเทศ (Tele nursing) ผลการพัฒนาครั้งนี้แสดงถึงการพัฒนาที่มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาที่พบจากการทดลองนำร่อง การปรับเปลี่ยนดังกล่าวสอดคล้องกับหลักการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง (PDCA) ที่เน้นการปรับปรุงกระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นบนพื้นฐานของข้อมูลจริงจากการปฏิบัติงาน¹⁸ ทั้งนี้การพัฒนากระบวนการส่งต่อและติดตามออนไลน์สอดคล้องกับแนวโน้มการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีงานวิจัยหลายชิ้นรายงานว่าช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล¹⁹ และลดภาระงานของบุคลากรได้อย่างมีนัยสำคัญ



ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่ชัดเจนของการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมี การเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในด้านกระบวนการให้บริการและผลลัพธ์ทางคลินิก กล่าวคือ บุคลากร มีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) โดยเฉพาะสัดส่วนของบุคลากรที่มีความรู้ระดับดีเพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลให้มีการปฏิบัติตาม แนวทางในระดับสูง แม้ว่าจะพบประเด็นที่ควรต่อยอดในการพัฒนาบางอย่าง เช่น การฟื้นฟูด้านการกลืนที่มีอัตราการปฏิบัติต่ำที่สุด ส่วนในด้านผลลัพธ์ทางคลินิก พบผลลัพธ์ที่สำคัญคือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โดยคะแนน Barthel Index เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) ส่งผลให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับการพึ่งพาตนเอง ที่น่าสนใจคือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มีการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกอย่างมาก ซึ่งสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของคะแนน Barthel Index นอกจากนี้ ระดับความพึงพอใจทั้ง ของผู้ให้บริการและผู้รับบริการต่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนาแนวทางการดูแลที่เป็นระบบไม่เพียงส่งผล ต่อความสามารถทางคลินิกของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อมิติด้านอารมณ์และความรู้สึกของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดอีกด้วย²⁰ ผลลัพธ์เหล่านี้แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาระบบบริการที่มีแนวทางชัดเจนสามารถส่งผลกระทบในวงกว้างต่อทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ

สรุปผลการวิจัย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่โรงพยาบาลเกษตรวิสัย มีอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำภายใน 28 วันสูงถึง ร้อยละ 30.35 จากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ การพัฒนาแนวทางการบริการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพครอบคลุม 5 องค์ประกอบ สำคัญหรือเรียกว่า KASET model ซึ่งประกอบด้วย 1) การพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากร (Knowledge) 2) การดูแลร่วมกัน ระหว่างสหสาขาวิชาชีพ (Active team working) 3) การให้ความรู้และฝึกทักษะญาติและผู้ดูแล (Skill of caring) 4) การเตรียม บ้านและอุปกรณ์การแพทย์ (Environment and Equipment) และ 5) มีระบบติดตามโดยใช้ระบบสารสนเทศ (Tele nursing) แม้เริ่มต้นปฏิบัติได้เพียงร้อยละ 78.56 ได้รับการปรับปรุงโดยลดความซับซ้อนของแบบฟอร์ม พัฒนาแนวทางคัดกรอง ระบบส่งต่อ และดูแลแบบออนไลน์ และคู่มือฉบับย่อ ส่งผลให้บุคลากรมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) โดยสัดส่วนผู้มีความรู้ ระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 32 เป็นร้อยละ 84 และมีการปฏิบัติตามแนวทางในระดับสูง (ร้อยละ 87.64) ส่งผลให้คะแนน Barthel Index ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ผู้ป่วยร้อยละ 78.62 มีระดับการพึ่งพาตนเอง คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น รวมถึง ความพึงพอใจของทั้งผู้ให้และผู้รับบริการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาระบบบริการที่มีแนวทาง ชัดเจนนี้ส่งผลให้การบริการพยาบาลเกิดคุณภาพที่ดี

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษานี้ดำเนินการเฉพาะในโรงพยาบาลเกษตรวิสัยเพียงแห่งเดียว ซึ่งอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของสถานการณ์ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางในบริบทอื่น ๆ ที่มีทรัพยากรและบุคลากรแตกต่างกัน ระยะเวลาในการติดตามผล การพัฒนาค่อนข้างสั้น ทำให้ยังไม่สามารถประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ในระยะยาวได้ โดยเฉพาะอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำและ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังจากพ้นระยะการติดตาม นอกจากนี้ แม้ว่าการพัฒนา KASET model จะช่วยปรับปรุงการปฏิบัติตาม แนวทางได้มากขึ้น แต่ยังพบว่กิจกรรมบางประเภท เช่น การฟื้นฟูด้านการกลืน มีอัตราการปฏิบัติค่อนข้างต่ำ ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับ ข้อจำกัดด้านทักษะเฉพาะทางของบุคลากรที่ยังต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางต่อเนื่องในชุมชนสำหรับกลุ่มที่มีความรุนแรงสูงหรือค่า Bathel Index (BI) ต่ำมาก ควรพิจารณาวางแผนการดูแลอย่างเหมาะสมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล และพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการฟื้นฟู การกลืนและการสื่อสารความหมาย เพื่อการดูแลผู้ป่วยมีความครอบคลุม และควรขยายระยะเวลาการศึกษาติดตามผลการใช้ KASET model ในระยะยาว โดยเฉพาะการประเมินความยั่งยืนของการลดอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำ และศึกษาความเป็นไปได้ ในการขยายผลรูปแบบการดูแลไปยังโรงพยาบาลอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน



References

1. Zhu W, He X, Huang D, Jiang Y, Hong W, Ke S, et al. Global and regional burden of ischemic stroke disease from 1990 to 2021: an age-period-cohort analysis. *Translational stroke research*. [Internet]. 2024 [Cited 2024 Oct 21]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/386406368_Global_and_regional_burden_of_ischemic_stroke_disease_from_1990_to_2021_an_age-period-cohort_analysis
2. Tiamkao S, Ienghong K, Cheung LW, Celebi I, Suzuki T, Apiratwarakul K. Stroke incidence, rate of thrombolytic therapy, mortality in Thailand from 2009 to 2021. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*. 2022;10(E): 110–5. doi:10.3889/oamjms.2022.8051
3. Taweephon T, Saksit P, Hiransuthikul A, Vorasayan P, Akarathanawat W, Chutinet A. Incidence of recurrent ischemic stroke and its associated factors in a tertiary care center in Thailand: a retrospective cohort study. *BMC Neurology*. 2024;24: 152. doi:10.1186/s12883-024-03640-0
4. Kumluang S, Wu O, Langhorne P, Geue C. Stroke resource utilisation and all-cause mortality in Thailand 2017–2020: a retrospective, cross-sectional study. *BMJ Open*. 2023;13: e072259. doi:10.1136/bmjopen-2023-072259
5. Wongrostrai Y, Chiangkhong A, Suwanwong C, Khunakorncharatphong A. Lifestyle and occupational factors associated with recurrent stroke among working-age adults in urban areas of Thailand. *F1000Research*. [Internet]. 2024 [Cited 2024 Nov 12]. Available from: <https://f1000research.com/articles/13-1445>
6. Chantkran W, Chaisakul J, Rangsin R, Mungthin M, Sakboonyarat B. Prevalence of and factors associated with stroke in hypertensive patients in Thailand from 2014 to 2018: a nationwide cross-sectional study. *Scientific Reports*. [Internet]. 2021 [Cited 2024 Nov 25]. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8413271/pdf/41598_2021_Article_96878.pdf
7. Thiengtham S, Chiang-Hanisko L, D’Avolio D, Sritanyarat W. Experience of transitional care among Thai-Isan older stroke survivors and their family caregivers. *Qualitative Health Research*. 2024;34(12):1191-202. doi: 10.1177/10497323241232937
8. Liu B, Cai J, Zhou L. Effectiveness of integrated care models for stroke patients: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Nursing Scholarship*. 2024;57(2):266-97. doi: 10.1111/jnu.13027
9. Saragih ID, Everard G, Saragih IS, Lee B.-O. The beneficial effects of transitional care for patients with stroke: A meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2024;80:789–806. doi: 10.1111/jan.15850
10. Septianingrum Y, Nurjanah S, Nursalam N. Can transitional care decrease readmission in stroke patients?. *Nurse and Health: Jurnal Keperawatan*. 2022;11(2):261-74. doi:10.36720/nhjk.v11i2.434
11. Siriprapapol S, Panprasert S, Didsaprae S. Development of a care system for hemorrhagic stroke patients from hypertension at Somdetphraphutthaloetla Hospital, Thailand. *Journal of Health Science*. 2022; 31(2): s353-64. (in Thai)



12. Kumthornthip W, Tassatarn S, Chotiyarnwong C. Does early rehabilitation admission improve functional outcomes of stroke patients after a short hospital stay? A Thai retrospective study on 596 patients. *Journal of The Medical Association of Thailand*. 2024;107:1013-20.
doi:10.35755/jmedassocthai.2024.12.1013-1020-00664
13. Thai Rehabilitation Medicine Association. Development of care for patients in the rehabilitation period (Subacute Rehabilitation) and extract lessons learned from operations under the Ministry of Public Health [Internet]. 2018 [Cited 2024 Oct 05]. Available from: <https://www.rehabmed.or.th/files/book.pdf>
14. Winstein CJ, Stein J, Arena R, Bates B, Cherney LR. American Heart Association Stroke Council, et al. Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2016;47(6):e98–e169.V.
doi: 10.1161/STR.0000000000000098
15. Stroke Foundation. Clinical Guidelines for Stroke Management. Melbourne, Victoria. [Internet]. 2022 [Cited 2024 Oct 05]. Available from: <https://strokefoundation.org.au/media/sqfevyko/stroke-rehabilitation-framework-2022-update-final.pdf>
16. Lens C, Demeestere J, Casolla B, Christensen H, Fischer U, Kelly P, et al. From guidelines to clinical practice in care for ischaemic stroke patients: a systematic review and expert opinion. *European Journal of Neurology*. 2024;31(12):e16417. doi:10.1111/ene.16417
17. Berenspöhler S, Minnerup J, Dugas M, Varghese J. Common data elements for meaningful stroke documentation in routine care and clinical research: retrospective data analysis. *JMIR Medical Informatics*. 2021;9(10): e27396. doi:10.2196/27396
18. Hansen D, den Hartog SJ, van Leeuwen N, Boiten J, Dinkelaar W, van Doormaal PJ, et al. Quality improvement intervention for reducing acute treatment times in ischemic stroke: a cluster randomized clinical trial. *JAMA Neurology*. 2025;82(2):160–7. doi: 10.1001/jamaneurol.2024.4304.
19. Verma A, Towfighi A, Brown A, Abhat a. Casillas A. Moving towards equity with digital health innovations for stroke care. *Stroke*. 2022;53(3):689–97. doi:10.1161/STROKEAHA.121.035307
20. Sukmawati T, Ramadania, Pebrianti W. Enhancing patient satisfaction by healthcare service providers: a systematic literature review. *Asian Journal of Economics, Business and Accounting*. 2024;24(12):342–56. doi: 10.9734/ajeba/2024/v24i121613



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 2

จิรรัตน์ หรือตระกูล กศ.ด.¹

กมลรจน์ วงษ์จันทร์หาญ กศ.ด.^{2,3}

ปัทมพร บำรุงเขต พย.ม.²

(วันรับบทความ :1 เมษายน พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ :21 พฤษภาคม พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ :9 มิถุนายน พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับของการทำงานเป็นทีม ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การสนับสนุนจากองค์กร ความผูกพันต่อองค์กรและประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน 2) อิทธิพลของปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันขององค์กรของพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วย และ 3) ตรวจสอบความตรงของโมเดลอิทธิพลระหว่างปัจจัยส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทั่วไปเขตสุขภาพที่ 2 ผ่านปัจจัยด้านความผูกพันต่อองค์กร คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 118 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) การทำงานเป็นทีม 3) ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง 4) การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร 5) ความผูกพันต่อองค์กร และ 6) ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ในการทำงานเป็นทีม ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การสนับสนุนจากองค์กร ความผูกพันต่อองค์กร และประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 4.32, 4.41, 4.07, 4.44 และ 4.25 ตามลำดับ 2) การรับรู้การทำงานเป็นทีม ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และการสนับสนุนจากองค์กรมีอิทธิพลเชิงบวกต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ความผูกพันต่อองค์กรมีอิทธิพลเชิงบวกต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ 3) โมเดลอิทธิพลปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังนั้นผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญการพัฒนากลยุทธ์ที่ครอบคลุมทั้งการพัฒนาทักษะการทำงานเป็นทีม การพัฒนาภาวะผู้นำ และการเพิ่มการสนับสนุนจากองค์กร เพื่อให้เกิดความผูกพันต่อองค์กร และส่งผลให้ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นในที่สุด

คำสำคัญ: การทำงานเป็นทีม ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การสนับสนุนจากองค์กร ความผูกพันต่อองค์กร ประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก

²อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก

³ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: kamonrojw@nu.ac.th Tel: 061-2423651



Factors Influencing the Job Performance of Head Nurses in General Hospitals, in the Second Health Region

Jirarat Ruetrakul Ed.D.¹

Kamonroj Wongchanhan Ed.D.^{2,3}

Pattamaporn Bumrunghet M.N.S.²

(Received Date: April 1, 2025, Revised Date: May 21, 2025, Accepted Date: June 9, 2025)

Abstract

This predictive correlational descriptive research aimed to achieve three objectives: 1) to investigate the levels of teamwork, transformational leadership, perceived organizational support, organizational commitment, and job performance, 2) to examine the influence of factors affecting organizational commitment among professional head nurses, and 3) to validate the affect the model of factors has on the job performance of professional head nurses in general hospitals within the Second Health Region of the health care system in Thailand, as mediated by organizational commitment. A sample of 118 participants was calculated and selected using multi-stage sampling. The research instruments consisted of a questionnaire encompassing item on: 1) personal information, 2) teamwork, 3) transformational leadership, 4) perceived organizational support, 5) organizational commitment, and 6) job performance. Data analysis was conducted using stepwise multiple regression analysis and confirmatory factor analysis.

The research findings revealed the following: 1) the sample reported high levels of perceived teamwork, transformational leadership, organizational support, organizational commitment, and job performance, with mean scores of 4.32, 4.41, 4.07, 4.44, and 4.25, respectively; 2) perceived teamwork, transformational leadership, and organizational support demonstrated a statistically significant positive influence on the organizational commitment of professional head nurses ($p < .01$); 3) organizational commitment positively influenced the job performance of professional head nurses ($p < .01$); and 4) the influence of the model of factors affected the job performance of professional head nurses was demonstrated consistency within the empirical data. Therefore, hospital administrators and relevant stakeholders should prioritize developing comprehensive strategies that encompass teamwork skill development, leadership development, and increased organizational support to foster organizational commitment, which will ultimately lead to enhanced job performance.

Keywords: teamwork, transformational leadership, organizational, employee engagement, job performance

¹Assistant Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University, Phitsanulok Province.

²Lecturer, Faculty of Nursing, Naresuan University, Phitsanulok Province.

³Corresponding author, Email: kamonrojw@nu.ac.th Tel: 061-2423651



บทนำ

ปัจจุบันการดำเนินงานของทุกองค์การ ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐหรือภาคเอกชนล้วนแล้วแต่มีแนวทางการปฏิบัติงานที่เป็นมาตรฐานเพื่อจุดมุ่งหมายของความสำเร็จ แต่องค์การที่จะประสบความสำเร็จได้นั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ภายในองค์การ และสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้้องค์การประสบความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายได้ คือ ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรภายในองค์การ สำหรับพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นกำลังหลักในระบบสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์การและประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วยที่สำคัญ ได้แก่ การทำงานเป็นทีม ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และการสนับสนุนจากองค์การ ความผูกพันในงานคืออารมณ์เชิงบวกที่ส่งผลต่อผลการปฏิบัติงาน ทำให้รู้สึกทำงานมีคุณค่า เต็มใจที่จะเสียสละอุทิศตนให้กับการทำงาน และรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับงานทำให้เกิดพลังกายและพลังใจในการทำงาน และทุ่มเทให้กับการทำงานอย่างเต็มที่เต็มความสามารถ อันจะก่อให้เกิดการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ และมีการพัฒนาตนเองเพื่อให้มีผลการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ เกิดผลลัพธ์การปฏิบัติงานที่ดี และบรรลุเป้าหมายในการปฏิบัติงาน¹ ดังนั้น องค์การพยาบาลควรให้ความสำคัญกับพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วยซึ่งถือว่าเป็นผู้บริหารระดับต้นที่มีความสำคัญต่อการบริหารจัดการให้เกิดผลการดำเนินงานที่ดี โดยการเสริมสร้างให้พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความผูกพันในงาน²

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการที่พนักงานจะมีความผูกพันต่อองค์การได้นั้น ต้องอาศัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันระหว่างพนักงานและองค์การ ซึ่งส่วนหนึ่งมาจากลักษณะของการทำงานเป็นทีม เนื่องจากพนักงานแต่ละคนมีความรู้ความสามารถแตกต่างกัน ศักยภาพในตัวบุคคลมีขอบเขตจำกัด จึงจำเป็นต้องมารวมกลุ่มกัน เพื่อนำจุดเด่นที่สุดของแต่ละบุคคลมาใช้ในการทำงานร่วมกัน และทำให้งานประสบความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ³ และการศึกษาของพริยา คงรอด⁴ ที่ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการทำงานเป็นทีมต่อคุณภาพบริการพยาบาลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นที่โรงพยาบาลเอกชนระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่ง ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการทำงานเป็นทีมกลุ่มทดลองมีการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาลในระดับมาก และพบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้คุณภาพการพยาบาลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .05$)

นอกจากการทำงานเป็นทีมแล้ว ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และการรับรู้การสนับสนุนจากองค์การ ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมสภาพแวดล้อมในการทำงาน และนำไปสู่การสร้างความผูกพันต่อองค์การของพนักงานได้ เนื่องจากภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง หมายถึงผู้ที่ผู้นำหรือหัวหน้าเป็นผู้สร้างแรงจูงใจและแรงบันดาลใจในการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย 4 คุณลักษณะ คือการสร้างบารมี การสร้างแรงบันดาลใจ การกระตุ้นทางปัญญา และการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล ส่งผลให้ผู้ใต้บังคับบัญชาเกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวเอง⁵ ก่อให้เกิดผลการปฏิบัติงานในระดับที่ดี จากการศึกษาในบริบทของพยาบาลวิชาชีพในต่างประเทศ พบว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้ามีความสัมพันธ์ทางบวกและมีอิทธิพลต่อความผูกพันในงาน⁶ ดังนั้น หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงจะทำให้สามารถจูงใจและกระตุ้นให้พยาบาลวิชาชีพตระหนักเห็นความสำคัญและคุณค่าในงานและพร้อมที่จะทุ่มเทในการปฏิบัติงานอย่างเต็มศักยภาพ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์การ⁷ จากการศึกษาในบริบทของพนักงานแผนกให้บริการในต่างประเทศ พบว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้ามีความสัมพันธ์กับความผูกพันในงานและสามารถทำนายความผูกพันในงาน⁸ ดังนั้นหากหัวหน้าหอผู้ป่วยมีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงจะทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความผูกพันในงานที่สูงขึ้น พร้อมที่จะอุทิศตน ทุ่มเทเวลาปฏิบัติงานอย่างเต็มความรู้ความสามารถด้วยความเต็มใจ แม้ว่าจะงานนั้นอาจจะเหนื่อยและยากก็ตาม ซึ่งจากการศึกษางานวิจัยของรัตติกรณ จงวิศาล⁵ พบว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญกับความผูกพันต่อองค์การและประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรในองค์การ⁹

การรับรู้การสนับสนุนจากองค์การ เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่นำไปสู่ความผูกพันต่อองค์การของพนักงาน เนื่องจากเป็นความเชื่อของพนักงานว่าองค์การได้ให้คุณค่า ใส่ใจในความเป็นอยู่ที่ดีของพนักงาน ทั้งด้านความยุติธรรม การเลื่อนตำแหน่ง การให้ผลตอบแทน และสวัสดิการต่าง ๆ เมื่อพนักงานได้รับการสนับสนุนจากองค์การ ย่อมมีความพึงพอใจในงานและเต็มใจที่จะปฏิบัติงานเพื่อเป็นการตอบแทนแก่องค์การ โดยยึดมั่นต่อการคงอยู่เป็นสมาชิกขององค์การ ไม่คิดเปลี่ยนงานหรือลาออกจากงาน⁵ ซึ่งจากการศึกษางานวิจัยเมื่อปี ค.ศ.2016 ของ Eisenberger et al.⁶ พบว่า เมื่อบุคลากรรับรู้ถึงการสนับสนุนจากองค์การในระดับสูง



จะมีความผูกพันต่อองค์กรมากขึ้น ลดความตั้งใจลาออก และมีพฤติกรรมการทำงานเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรสอดคล้องกับการศึกษาของ ธนภัทร ธรรมศักดิ์ และฐิติมา สุขเลิศตระกูล⁷ ที่พบว่า การสนับสนุนจากองค์กรมีอิทธิพลทางบวกต่อความผูกพันต่อองค์กรและ ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ

จากที่ผู้วิจัยกล่าวมาข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยด้านการทำงานเป็นทีม ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และการรับรู้ การสนับสนุนจากองค์กร มีแนวโน้มที่จะส่งผลให้เกิดความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพได้ และเมื่อพนักงานเกิด ความผูกพันต่อองค์กร จะทุ่มเทความรู้ ความสามารถ ในการปฏิบัติงานอย่างเต็มศักยภาพ โดยมองว่าความสำเร็จขององค์กรเป็น หน้าที่ความรับผิดชอบของตนเองที่จะต้องตอบแทนให้กับองค์กร จึงเป็นแรงกระตุ้นให้ปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกเก็บข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทั่วไปในเขตสุขภาพที่ 2 เนื่องจากยังพบ ปัญหาด้านประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานที่ยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด และยังพบอัตราการลาออกจากของพยาบาลวิชาชีพ สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁹ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงระดับการทำงานเป็นทีม ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การรับรู้ การสนับสนุนจากองค์กร ความผูกพันต่อองค์กรของพนักงาน และประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพหัวหน้า หอผู้ป่วยโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 2 รวมถึงอิทธิพลของการทำงานเป็นทีม ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การรับรู้การสนับสนุนจาก องค์กร ที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กร และอิทธิพลของความผูกพันต่อองค์กรที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของ พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 2 โดยคาดหวังว่าผลที่ได้รับจากการศึกษาในครั้งนี้จะสามารถใช้เป็น แนวทางในการพัฒนานโยบายด้านการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ ทำให้ทราบถึงวิธีการรักษาพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วย มีคุณภาพให้คงอยู่กับองค์กร สร้างความรู้สึกผูกพันให้เกิดขึ้นกับพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลให้เห็นประโยชน์ของ องค์กรเป็นสำคัญ มีความตั้งใจปฏิบัติงานให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด เพื่อสร้างภาพลักษณ์ที่ดีให้กับองค์กร และนำองค์การไปสู่ ความสำเร็จอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการทำงานเป็นทีม ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร ความผูกพันต่อ องค์กร และประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทั่วไปในเขตสุขภาพที่ 2
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของการทำงานเป็นทีม ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร ที่ส่งผลต่อ ความผูกพันขององค์กรของพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทั่วไปในเขตสุขภาพที่ 2
3. เพื่อศึกษาอิทธิพลของความผูกพันต่อองค์กรที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ของพยาบาลวิชาชีพหัวหน้า หอผู้ป่วย โรงพยาบาลทั่วไปในเขตสุขภาพที่ 2
4. เพื่อตรวจสอบความตรงของโมเดลอิทธิพลระหว่างปัจจัยด้านการทำงานเป็นทีม ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การสนับสนุนจากองค์กรที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทั่วไปเขตสุขภาพที่ 2 ผ่านปัจจัยด้านความผูกพันต่อองค์กร

สมมติฐานการวิจัย

1. การทำงานเป็นทีมมีอิทธิพลเชิงบวกต่อความผูกพันต่อองค์กร
2. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลเชิงบวกต่อความผูกพันต่อองค์กร
3. การสนับสนุนจากองค์กรมีอิทธิพลเชิงบวกต่อความผูกพันต่อองค์กร
4. ความผูกพันต่อองค์กรมีอิทธิพลเชิงบวกต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน

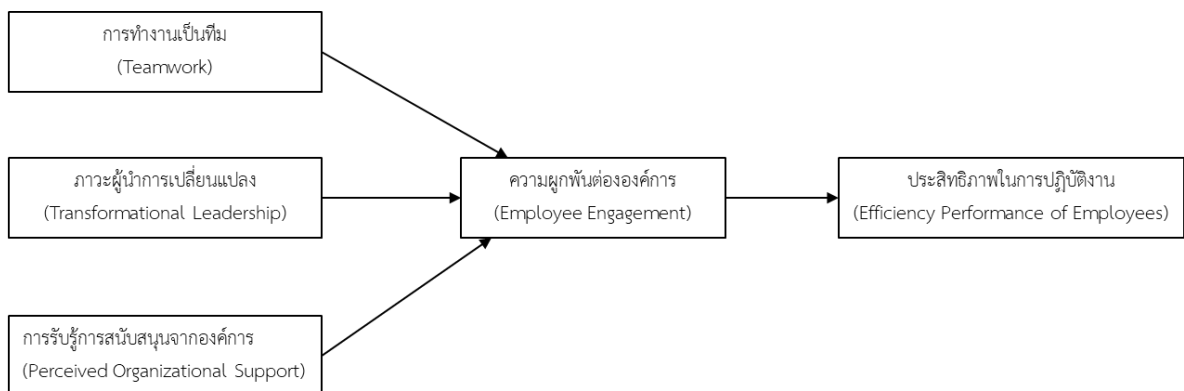


ขอบเขตการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 2 โดยตัวแปรที่ศึกษาในงานวิจัย คือ การทำงานเป็นทีม ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร ความผูกพันต่อองค์กร ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วย

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ผู้วิจัยพบหลักฐานเชิงประจักษ์ หรือแนวโน้มที่มีโอกาสเกิดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่จะศึกษาในกรอบแนวคิดการวิจัยในครั้งนี้ และนำไปสู่การพัฒนาสมมติฐานทั้งหมด โดยมีพื้นฐานมาจากแนวคิดการทำงานเป็นทีมของ Woodcock¹⁰ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของ Bass และ Avolio¹¹ การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรของ Rhoades¹² อันเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพนักงานของ Steer และ Porter¹³ ซึ่งนำไปสู่การเกิดประสิทธิภาพในการทำงานของ Petersen และ Plowman¹⁴ ตามลำดับดังนี้



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) มีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ พยาบาลวิชาชีพที่ดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วไปเขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 6 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ จ.เพชรบูรณ์ โรงพยาบาลสุโขทัย จ.สุโขทัย โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จ.ตาก โรงพยาบาลแม่สอด อ.แม่สอด จ.ตาก โรงพยาบาลศรีสังวรณสุโขทัย อ.ศรีสำโรง จ.สุโขทัย โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อ.วิเชียรบุรี จ.เพชรบูรณ์ จำนวนประมาณ 210 คน ทำการเก็บข้อมูลตั้งแต่ เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 – 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วไปเขตสุขภาพที่ 2 การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบหลายขั้นตอน (Multi stage random sampling) โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยมานานไม่น้อยกว่า 1 ปี ผู้วิจัยใช้การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้โปรแกรม G*Power โดยการเลือก linear multiple regression: fixed model, R^2 deviation from zero และกำหนด effect size = 0.15, error prob. = 0.05 และ power (1-B error prob.) = 0.95 เนื่องจากไม่ทราบค่าประมาณการพารามิเตอร์ในอดีต จึงได้เลือกใช้การกำหนดค่าขนาดอิทธิพลสำเร็จรูป



โดยเลือกกำหนดค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (effect size = 0.15) และกำหนดให้มีค่าความเชื่อมั่นของการทดสอบเท่ากับ 0.95 โดยยอมรับค่าความคลาดเคลื่อนไม่เกิน .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 107 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 118 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิตามสัดส่วนประชากร (proportional allocation) โดยดำเนินการดังนี้

ขั้นที่ 1 ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster sampling) โดยแบ่งโรงพยาบาลในพื้นที่เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ 1) โรงพยาบาลโซนเหนือประกอบด้วย 3 โรงพยาบาล คือโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จ.ตาก โรงพยาบาลแม่สอด อ.แม่สอด จ.ตาก และโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย อ.ศรีสำโรง จ.สุโขทัย 2) โรงพยาบาลโซนใต้ ประกอบด้วย 3 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลสุโขทัย จ.สุโขทัย โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ จ.เพชรบูรณ์ และโรงพยาบาลวิเชียรบุรี อ.วิเชียรบุรี จ.เพชรบูรณ์

ขั้นที่ 2 ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการสุ่มจำนวนโรงพยาบาลจากโซนเหนือและโซนใต้โซนละ 2 โรงพยาบาล รวมเป็น 4 โรงพยาบาล

ขั้นที่ 3 การสุ่มตัวอย่างจากแต่ละโรงพยาบาลโดยให้กลุ่มตัวอย่างสมัครใจในการตอบแบบสอบถามตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเกณฑ์ในการคัดเลือก ได้แก่ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยมาไม่น้อยกว่า 1 ปี และสมัครใจเข้าร่วมตอบแบบสอบถามภายหลังการอ่านคำอธิบายและลงนามในเอกสารคำยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้ว ส่วนเกณฑ์คัดออก ได้แก่ เปลี่ยนตำแหน่งงานระหว่างการเก็บข้อมูล หรือมีการย้ายหรือลาออกจากโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามการศึกษาเรื่องผลกระทบของการทำงานเป็นทีม ภาวะผู้นำ การเปลี่ยนแปลง และการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรที่ส่งผลต่อความผูกพัน และประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทั่วไปเขตสุขภาพที่ 2

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามปลายปิดเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยข้อคำถามทั้งหมดเป็นแบบแสดงรายการเพื่อให้เลือกตอบประกอบไปด้วย เพศ อายุ หน่วยงาน ระดับการศึกษา ระยะเวลาการทำงานในองค์กรนี้ และระดับรายได้เฉลี่ยต่อเดือน จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรในการศึกษาค้นคว้า โดยส่วนใหญ่ปรับปรุงมาจากงานวิจัยที่มีความเกี่ยวข้อง ซึ่งผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ การประเมินความเชื่อมั่น ความเที่ยงตรง และดัชนีความสอดคล้อง (Index of consistency: IOC) ระหว่างข้อคำถามกับประเด็นหลักของเนื้อหา ดังนี้

แบบสอบถามการทำงานเป็นทีม แบบสอบถามนี้ใช้วัดระดับการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ มีข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ โดยปรับปรุงมาจากงานวิจัยของ สุวรรณิ ศษเดช¹⁵ ซึ่งได้พัฒนาขึ้นจากแนวคิดของ Woodcock¹⁰ เกี่ยวกับคุณลักษณะสำคัญของการทำงานเป็นทีม

แบบสอบถามภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง แบบสอบถามนี้ใช้วัดระดับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ โดยนำมาจากงานวิจัยของ ชยาภาภรณ์ ทองบ่อ¹⁶ ซึ่งเป็นแบบประเมินตามแนวคิดของ Bass และ Avolio¹¹ เกี่ยวกับพฤติกรรมเฉพาะของผู้นำการเปลี่ยนแปลง

แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร แบบสอบถามนี้ใช้วัดระดับการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร มีข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 7 ข้อ โดยผู้วิจัยนำมาจากงานวิจัยของ อัมพิกา สุนทรภักดี¹⁷ ซึ่งเป็นการประเมินการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร ด้านความยุติธรรมและด้านผลตอบแทนและสวัสดิการ



แบบสอบถามความผูกพันต่อองค์กร แบบสอบถามนี้ใช้วัดระดับความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าหอผู้ป่วย มีข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ โดยผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบสอบถามมาจากงานวิจัยของ ชูชัย สมितिไกร และ พงษ์จันทร์ ภูษานิชย์¹⁸ เกี่ยวกับลักษณะของการกระทำที่แสดงถึงความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วย

แบบสอบถามประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน แบบสอบถามนี้ใช้วัดระดับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าหอผู้ป่วย มีข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ โดยผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากแบบสอบถามของ เปรมฤดี ศรีวิชัย และ พินทอง ปิ่นใจ¹⁹ ซึ่งเป็นแบบประเมินเกี่ยวกับองค์ประกอบของประสิทธิภาพในการทำงาน แบบสอบถามเป็นลักษณะเลือกตอบ ใช้มาตราส่วน 5 ระดับ (likert scale) ของ Best²⁰ ซึ่งกำหนดให้เลือกตอบเพียงข้อเดียว แปลผลโดยแบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 แสดงว่า อยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 แสดงว่า อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 แสดงว่า อยู่ในระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหาของ แบบสอบถามการทำงานเป็นทีม แบบสอบถามภาวะผู้นำ การเปลี่ยนแปลง แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร แบบสอบถามความผูกพันต่อองค์กร และแบบสอบถาม ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลสาขาการบริหารทางการพยาบาล จำนวน 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วย เขตสุขภาพที่ 3 จำนวน 2 ท่าน หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไปเขตสุขภาพที่ 3 จำนวน 1 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (IOC) ทุกข้ออยู่ในช่วง .79 –1.00 และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะ ตรงตามคุณลักษณะประชากรในงานวิจัย คือพยาบาลวิชาชีพที่ดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ทำงาน 1 ปีขึ้นไป จำนวน 30 คน แล้วนำแบบสอบถาม มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามเท่ากับ .78, .73, .92, .87 และ .74 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เอกสารรับรองเลขที่ COA No. 015/2024 ให้การรับรองวันที่ 17 มกราคม พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และสิทธิในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ รวมถึงแจ้งกับกลุ่มตัวอย่างว่าข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ตลอดจนนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น ผู้วิจัยเก็บรักษาข้อมูลไว้ในตู้เก็บเอกสารและล็อกกุญแจอย่างมิดชิด และจะทำลายข้อมูลทั้งหมดภายหลังจากเผยแพร่งานวิจัย เรียบร้อยแล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยส่งหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง 4 โรงพยาบาล เพื่อขอประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย และเก็บข้อมูล
2. หลังได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบรองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงรายละเอียดของงานวิจัย เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง
3. ผู้วิจัยเป็นผู้ติดต่อกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง



4. หลังจากชี้แจงรายละเอียดต่างๆ แล้วผู้วิจัยดำเนินการแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างและใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 2 สัปดาห์ และให้กลุ่มตัวอย่างนำแบบสอบถามใส่ซองที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ให้ส่งกลับทางไปรษณีย์
5. ขณะทำแบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมสามารถถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา
6. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม มาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์อีกครั้งก่อนนำมาวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติ โดยไม่มีการเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการบรรยายลักษณะส่วนบุคคล ระดับการทำงานเป็นทีม ระดับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ระดับการสนับสนุนจากองค์กร ระดับความผูกพันต่อองค์กร และระดับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน จำแนกเป็นรายข้อและในภาพรวม นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตัวแปรเจนนับนำเสนอด้วยจำนวนและร้อยละ
2. การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis: CFA) โดยผู้วิจัยจะทำการทดสอบตัวแปรทุกตัวด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน เพื่อยืนยันว่าองค์ประกอบของตัววัดที่เลือกมานั้นสอดคล้องกับโมเดลที่ใช้ในการวิจัยด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปการวัดความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ของโมเดล Schumaker และ Lomax²¹ กำหนดเกณฑ์ไว้ดังนี้ Chi-square $p > .05$, Chi-square/df ≤ 3 , NFI และ TLI $\geq .90$, CFI $\geq .90$, GFI $\geq .95$, RMR $< .08$, RMSEA $< .08$ หากค่าที่ได้เป็นไปตามเกณฑ์แสดงว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดี

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 97.50) อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 51-55 ปี (ร้อยละ 42.40) มีการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 66.10) สถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 45.80) และส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยเฉลี่ย 26.50 ปี (S.D. 4.08)
2. การศึกษาระดับการทำงานเป็นทีม ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร ความผูกพันต่อองค์กร และประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทั่วไปในเขตสุขภาพที่ 2 พบว่าการทำงานเป็นทีม ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การสนับสนุนจากองค์กร ความผูกพันต่อองค์กร และประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของการทำงานเป็นทีม ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร ความผูกพันต่อองค์กร และประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทั่วไปในเขตสุขภาพที่ 2 (n=118)

ข้อมูล	Mean	S.D.	ระดับ
การทำงานเป็นทีม	4.32	.35	มาก
ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง	4.41	.43	มาก
การสนับสนุนจากองค์กร	4.07	.51	มาก
ความผูกพันต่อองค์กร	4.44	.56	มาก
ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน	4.25	.38	มาก



3. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ของพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 2 ผลการวิจัยพบว่า การทำงานเป็นทีม ความผูกพันต่อองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทั่วไปเขตสุขภาพที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทั่วไปเขตสุขภาพที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทั่วไปเขตสุขภาพที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) และ tolerance และ VIF ระหว่าง การทำงานเป็นทีม ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร ความผูกพันต่อองค์กร และประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทั่วไปในเขตสุขภาพที่ 2 (n=118)

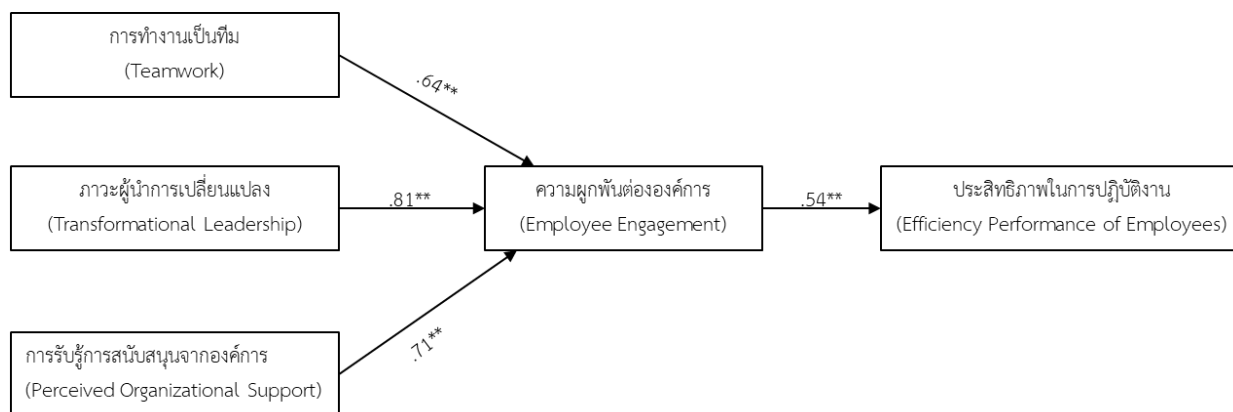
ตัวแปร	ความผูกพัน ต่อองค์กร	การทำงาน เป็นทีม	ภาวะผู้นำ การ เปลี่ยนแปลง	การ สนับสนุน จากองค์กร	ประสิทธิภาพ ในการ ปฏิบัติงาน	Collinearity Statistics	
						Tolerance	VIF
ความผูกพันต่อ องค์กร						1.000	1.000
การทำงานเป็นทีม	0.622**					0.516	1.939
ภาวะผู้นำการ เปลี่ยนแปลง	0.701**	0.648**				0.414	2.418
การสนับสนุนจาก องค์กร	0.529**	0.480**	0.547**			0.648	1.544
ประสิทธิภาพในการ ปฏิบัติงาน	0.681**	0.617**	0.725**	0.463**			

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

จากนั้นผู้วิจัยได้ทำการทดสอบสมมติฐานด้วยโมเดลสมการโครงสร้างในการทดสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปร โดยวิธีการประมาณค่าสูงสุด (Maximum likelihood estimation) ผลการทดสอบสมมติฐานทั้ง 4 สมมติฐาน ได้ผลลัพธ์ดังนี้ ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 1 พบว่าการทำงานเป็นทีมมีอิทธิพลเชิงบวกต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วย มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐาน (β) = 0.642 และค่า C.R. เท่ากับ 2.76 จึงยอมรับสมมติฐานที่ 1 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < .01$ ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 2 พบว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลเชิงบวกต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วย มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐาน (β) = 0.816 และค่า C.R. เท่ากับ 11.05 จึงยอมรับสมมติฐานที่ 2 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < .01$ ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 3 พบว่าการสนับสนุนจากองค์กรมีอิทธิพลเชิงบวกต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วย มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐาน (β) = 0.716 และค่า C.R. เท่ากับ 11.29 จึงยอมรับ สมมติฐานที่ 3 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < .01$ ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 4 พบว่าความผูกพันต่อองค์กรมีอิทธิพลเชิงบวกต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วย มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย



มาตรฐาน (β) = 0.543 และค่า C.R. เท่ากับ 4.00 จึงยอมรับ สมมติฐานที่ 4 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < .01$ ผลลัพธ์ที่ได้จากการวิเคราะห์องค์ประกอบมีดังนี้ Chi-square/df = 1.74, CFI = 0.98, GFI = 0.90, TLI = 0.96, NFI = 0.92, RMSEA = 0.05 และ RMR = 0.02 จากค่าดัชนีชี้วัดความเหมาะสมที่ได้ พบว่า ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันนั้นแสดงให้เห็นว่าตัววัดของงานวิจัยนี้สอดคล้องกับโมเดลและทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย



ภาพที่ 2 ผลการวิเคราะห์โมเดลด้วยโมเดลสมการโครงสร้าง

การอภิปรายผล

การอภิปรายผลของการทดสอบสมมติฐาน ผู้วิจัยได้แบ่งการอภิปรายออกเป็น 4 หัวข้อหลัก ตามข้อสมมติฐานที่ได้กำหนดไว้ในตอนแรกของการวิจัย โดยจะอภิปรายถึงสาเหตุของการเกิดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ผลที่ได้จากการที่ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันเป็นต้น สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ผลการศึกษาระดับการทำงานเป็นทีม ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การสนับสนุนจากองค์กร ความผูกพันต่อองค์กรและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน พบว่าอยู่ในระดับมาก อาจเนื่องจากลักษณะงานพยาบาลโดยธรรมชาติต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วยต้องพัฒนาทักษะการทำงานเป็นทีมอย่างต่อเนื่อง และองค์การพยาบาลส่งเสริมวัฒนธรรมการทำงานร่วมกัน การแบ่งปันความรู้ และการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงอยู่ในระดับมาก เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยมักผ่านการคัดเลือกตามคุณสมบัติด้านภาวะผู้นำ และรูปแบบการบริการสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทำให้พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วยต้องปรับตัวและพัฒนาภาวะผู้นำ การเปลี่ยนแปลงเพื่อรับมือกับสถานการณ์ การที่พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วยมีการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรในระดับมาก อาจเนื่องจากนโยบายองค์กรตระหนักถึงความสำคัญของพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วยในฐานะผู้บริหารระดับต้น อาจได้รับโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการพัฒนาองค์กรให้เป็นไปตามเป้าหมาย ความผูกพันต่อองค์กรในระดับมาก อาจเนื่องจากพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วยมักมีอายุงานยาวนาน ทำให้เกิดความผูกพันต่อองค์กร และการได้รับตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นการยอมรับในความสามารถ ซึ่งส่งผลต่อความผูกพัน และการที่พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วยมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานในระดับมากอาจเป็นผลมาจากการมีระดับการทำงานเป็นทีม ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การสนับสนุนจากองค์กร และความผูกพันต่อองค์กรในระดับมาก ล้วนส่งผลเชิงบวกต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน^{22,23}



สมมติฐานที่ 1 การทำงานเป็นทีมมีอิทธิพลเชิงบวกต่อความผูกพันต่อองค์กร จากการทดสอบสมมติฐานพบว่า การทำงานเป็นทีมมีอิทธิพลเชิงบวกต่อความผูกพันต่อองค์กร เนื่องจากการทำงานเป็นทีมและการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความผูกพันของพนักงาน (Employee engagement) โดยเฉพาะในด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพสามารถส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของพนักงาน²⁴ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่ศึกษาอิทธิพลของแรงจูงใจ การพัฒนาพนักงาน และการทำงานเป็นทีมต่อประสิทธิภาพการทำงานของพนักงาน ผ่านความผูกพันของพนักงานในอุตสาหกรรมบริการ พบว่าแรงจูงใจ การพัฒนาพนักงาน และการทำงานเป็นทีมมีอิทธิพลเชิงบวกต่อความผูกพันของพนักงาน และพบว่าการพัฒนาพนักงาน การทำงานเป็นทีม และความผูกพันของพนักงานมีอิทธิพลเชิงบวกต่อประสิทธิภาพการทำงานของพนักงาน²⁵

สมมติฐานที่ 2 ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลเชิงบวกต่อความผูกพันต่อองค์กร จากการทดสอบสมมติฐานพบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลเชิงบวกต่อความผูกพันต่อองค์กร โดยพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม การรับรู้ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง มุ่งเน้นที่ความสามารถในการนำทีมในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพได้แก่ การเปิดโอกาสในการแสดงศักยภาพ การแสดงความคิดเห็นและการตัดสินใจรวมถึงการปฏิบัติต่อสมาชิกทีมด้วยความเสมอภาค เนื่องจากคุณลักษณะสำคัญของภาวะผู้นำแบบนี้ ได้แก่ การสร้างแรงบันดาลใจ การคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล การกระตุ้นทางปัญญา และการเป็นแบบอย่างที่ดี พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วยจะสามารถถ่ายทอดวิสัยทัศน์ขององค์กรให้ผู้ร่วมงานเข้าใจได้อย่างชัดเจน ทำให้เกิดการยอมรับและปรับเป้าหมายส่วนบุคคลให้สอดคล้องกับเป้าหมายขององค์กร เน้นการสร้างแรงบันดาลใจ (Inspirational motivation) ซึ่งช่วยกระตุ้นให้พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความกระตือรือร้นและทุ่มเทในการทำงาน มองเห็นคุณค่าและความหมายของงานที่ทำ ทำให้รู้สึกว่าการที่ทำงานนั้นมีความสำคัญและมีคุณค่าต่อองค์กร การรู้สึกได้รับการดูแลเอาใจใส่ ได้รับการสนับสนุนให้พัฒนาตนเอง และได้รับโอกาสในการเติบโตในหน้าที่การงาน คิดริเริ่มสร้างสรรค์ แก้ปัญหา และพัฒนานวัตกรรมใหม่ ๆ ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมในความสำเร็จขององค์กร พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นตัวแทนที่สำคัญขององค์กร ล้วนส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร ความภาคภูมิใจในงาน และความปรารถนาที่จะอยู่กับองค์กร ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของความผูกพันต่อองค์กร²⁶ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ystaas et al.²⁷ และ Devanesan และ Deshmukh²⁸ ที่พบว่าการใช้รูปแบบภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสำคัญในการนำนโยบายองค์กรสู่การปฏิบัติจริงผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม พฤติกรรมภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของความผูกพันต่อองค์กรโดยเฉลี่ยร้อยละ 35-40 งานวิจัยของ Wan²⁹ ระบุว่าบุคคลที่มีภาวะผู้นำแบบนี้มีอัตราการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาวิชาชีพสูงกว่ากลุ่มอื่นถึง 2.30 เท่า อันส่งผลต่อการเพิ่มขีดความสามารถในการปฏิบัติงานและความมั่นใจในบทบาทวิชาชีพ การศึกษานี้ยังชี้ให้เห็นความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างการรับรู้ถึงภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงกับระดับความผูกพันองค์กร ($r = 0.78, p < .01$)

สมมติฐานที่ 3 การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมีอิทธิพลเชิงบวกต่อความผูกพันต่อองค์กร จากการทดสอบสมมติฐานพบว่า การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมีอิทธิพลเชิงบวกต่อความผูกพันต่อองค์กร โดยพบว่าพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วยตอบแบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรในเรื่อง องค์กรพยาบาลมีการแจ้งให้ทราบล่วงหน้า เมื่อมีการประกาศใช้กฎระเบียบต่าง ๆ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ 4.37 รองลงมาได้แก่ มีการสื่อสารกับท่านอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ท่านทราบข้อมูลที่ถูกต้อง มีค่าเฉลี่ย 4.32 และมีความยุติธรรมในการบริหารจัดการเรื่องต่าง ๆ ในหน่วยงานที่มีผลกระทบต่อพยาบาล มีค่าเฉลี่ย 4.28 สามารถอธิบายได้ว่าพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วยรู้สึกว่าการให้ความสำคัญกับพวกเขา สนับสนุนทั้งด้านอาชีพและชีวิตการทำงาน จะทำให้เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร และมีแนวโน้มที่จะทำงานในองค์กรต่อไป การสนับสนุนจากองค์กร เช่น การให้สวัสดิการที่ดี การมีนโยบายที่เอื้อต่อสมดุลระหว่างงานและชีวิตส่วนตัว (Work-life balance) หรือการส่งเสริมการพัฒนาวิชาชีพ



ไม่ทอดทิ้งในช่วงเวลาที่ยากลำบาก เช่น ช่วงวิกฤต COVID-19 หรือภาวะขาดแคลนบุคลากร พวกเขาจะเกิดความไว้วางใจและรู้สึกภักดีต่อองค์กรมากขึ้น ช่วยให้พยาบาลมีความสุขกับงาน ซึ่งส่งผลให้พวกเขาผูกพันกับองค์กรมากขึ้น³⁰ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐภูมิ ราชบุรี และ อนิรุช พิพัฒน์ประภา³¹ ที่พบว่าการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร ด้านการปฏิบัติงาน ด้านการเห็นคุณค่าการปฏิบัติงาน และด้านโอกาสที่ได้รับการพัฒนาในองค์กรส่งผลเชิงบวกต่อความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อบุคลากรในองค์กรมีความสุขย่อมส่งผลในระยะยาวต่อความผูกพันในองค์กรของบุคลากร ทำให้องค์กรจะได้รับประโยชน์ทั้งในด้านความมั่นคง ประสิทธิภาพ และวัฒนธรรมองค์กรที่ดี ส่งผลให้อัตราการลาออกลดลง ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานสูงขึ้น ลูกค้ายินดีจ่ายมากขึ้น และองค์กรสามารถเติบโตอย่างยั่งยืน

สมมติฐานที่ 4 ความผูกพันต่อองค์การมีอิทธิพลเชิงบวกต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน จากการทดสอบสมมติฐานพบว่าความผูกพันต่อองค์การมีอิทธิพลเชิงบวกต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วย เนื่องจากความผูกพันต่อองค์การเป็นความรู้สึกที่พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วยอยากเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร มีความทุ่มเทแรงกายแรงใจในการทำงานเพื่อให้องค์กรบรรลุผลตามเป้าหมาย และพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีความผูกพันต่อองค์การจะทุ่มเทพลังงาน พลังใจ และสติปัญญาในการดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถ เกิดความพยายามเชิงรุกในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาคุณภาพการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ Mansor et al.³² ที่พบว่าความผูกพันของพนักงานมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับผลการดำเนินงานขององค์กรและการศึกษาของ Shdaifat et al.³³ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการทำความเข้าใจผลกระทบเชิงสื่อกลางของความผูกพันต่อองค์การและผลการปฏิบัติงานต่อความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในงานและความผูกพันในการทำงานของพยาบาล พบว่าความผูกพันต่อองค์การทำหน้าที่เป็นตัวแปรสื่อกลางในความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในงานกับความผูกพันในการทำงาน (ผลกระทบรวม $B = 0.663$) และระหว่างความพึงพอใจในงานกับผลการปฏิบัติงาน (ผลกระทบรวม $B = 0.591$) ในขณะเดียวกัน ผลการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความผูกพันในการทำงาน ($B = 0.214$) และการศึกษาของ Keyko et al.³⁴ พบว่าความผูกพันในการทำงานของพยาบาลส่งผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน ความพึงพอใจในงาน ลดอัตราการลาออก และสุขภาวะทางจิตที่ดีขึ้น

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยนี้พบประเด็นสำคัญว่าการทำงานเป็นทีม ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และการสนับสนุนจากองค์กร มีความสำคัญต่อความผูกพันต่อองค์การ ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน และโมเดลอิทธิพลปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนากลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคลในองค์กรเพื่อให้้องค์การบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

ข้อจำกัดของงานวิจัย คือ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 2 ซึ่งมีบริบทของระบบบริหารจัดการ โครงสร้างองค์กร และวัฒนธรรมองค์กรที่แตกต่าง ส่งผลให้ผลการวิจัยอาจไม่สามารถอธิบายหรือขยายความทั่วไป (Generalizability) ไปยังกลุ่มประชากรในเขตสุขภาพอื่น หรือโรงพยาบาลประเภทอื่นที่มีโครงสร้างและรูปแบบการบริหารแตกต่างกันได้อย่างครอบคลุม เช่น โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ด้านนโยบายและการบริหารองค์กร

1) เพิ่มการสนับสนุนจากองค์กร เช่น บุคลากร อุปกรณ์ และงบประมาณ เพื่อสนับสนุนการทำงานของพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วยและทีมพยาบาล เพื่อลดภาระงานและเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน



2) พัฒนาระบบสวัสดิการและสิ่งแวดล้อมการทำงานที่ดี เช่น ระบบการยอมรับและให้รางวัลผลงาน เพื่อสร้างแรงจูงใจและความผูกพันต่อองค์กร

3) สนับสนุนการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วยในการตัดสินใจเชิงนโยบายและการพัฒนาระบบบริการ เพื่อเพิ่มความรับผิดชอบและความผูกพันต่อองค์กร

1.2 ด้านการพัฒนาบุคลากร

1) จัดอบรมและพัฒนาทักษะการทำงานเป็นทีม โดยเน้นการเสริมสร้างมนุษยสัมพันธ์ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การแก้ไขปัญหาและการบริหารความขัดแย้งในทีม เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วยสามารถประสานงานและนำทีมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) พัฒนาทักษะการตัดสินใจและการแก้ไขปัญหาในบริบทของทีม เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วยสามารถบริหารจัดการสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรขยายกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมโรงพยาบาลในหลายเขตสุขภาพ หรือเปรียบเทียบโรงพยาบาลรัฐและเอกชน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายและสามารถสรุปผลได้กว้างขึ้น

2.2 ศึกษาผลกระทบของการทำงานเป็นทีม ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และการสนับสนุนจากองค์กรในแง่มุมอื่น เช่น ความพึงพอใจในงาน หรือความเครียดในการทำงานของพยาบาล

2.3 เพิ่มตัวแปรอื่นที่อาจมีอิทธิพลต่อความผูกพันและประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน เช่น ความฉลาดทางอารมณ์ ความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง และความเครียดในการทำงาน

2.4 ใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods) โดยรวมทั้งการวิจัยเชิงปริมาณ (แบบสอบถาม) และเชิงคุณภาพ (สัมภาษณ์เชิงลึก) เพื่อให้เข้าใจบริบทของพยาบาลมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ทีมผู้วิจัยขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่สนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้ทรงคุณวุฒิ รวมถึงโรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 2 และกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลวิจัย

References

1. Krates J, Pattanavanichanan N, Pratanvorapanya W, Trinathawan W, Thangkathok P, Sritumsuk W. Factors influencing work retention of professional nurses under the Ministry of Public Health. Journal Health Science. 2021;30(3):566-76. (in Thai)
2. Wongcharoen W, Meehanpong P, Wongkhomthong C. Relationships between personal factors, transformational and transactional leadership of head nurses, and work engagement of professional nurses in community hospitals. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2018;26(3):23-31 (in Thai)
3. Gallup C. State of the American workplace: Employee engagement insights for U.S. business leaders. Washington, DC: Gallup; 2010.



4. Kongrod P, Singchungchai P, Puthiaungkul B. The effect of the teamwork program on nursing service quality of the ward as perceived by first-line nurse managers at a secondary private hospital. *Nursing Journal*. 2019;46(2):131-41. (in Thai)
5. Jongvisarn R. Transformational leadership. *Journal of Social Sciences and Humanities*. 2021;28(1):31-48. (in Thai)
6. Tengmanee C, Chuthaisong E, Chobsil R, Taweepaiboonwong J. The effects of transformational leadership, perceived organizational support, and job commitment on innovative work behavior among supervisory employees. *Journal of Management Sciences Kasetsart University*. 2023;2(1):46-63. (in Thai)
7. Eisenberger R, Malone GP, Presson WC. Optimizing perceived organizational support to enhance employee engagement. [Internet]. 2016 [cited 2024 May 10]. Available from: <https://www.siop.org/wp-content/uploads/2024/07/SHRM-SIOP-POS.pdf>
8. Darunsak T, Suklertrakul T. Development of leadership in public health organizations. *Journal of Public Health Administration*. 2022;12(3):45-58. (in Thai)
9. Health Service Support Center 2. Annual report of Health Service Support Center 2 for fiscal year 2022 [Internet]. 2023 [cited 2023 Dec 20]. Available from: http://do2.new.hss.moph.go.th:8080/fileupload_doc/2022-11-21-10-22-4411072.pdf (in Thai)
10. Woodcock M. *Team Development Manual*. 2nd ed. London: Routledge; 1989.
11. Bass BM, Avolio BJ, editors. *Improving organizational effectiveness through transformational leadership*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1994.
12. Rhoades L, Eisenberger R. Perceived organizational support: a review of the literature. *Journal of Applied Psychology*. 2002;87(4):698-714. doi: org/10.1037/0021-9010.87.4.698
13. Steers RM, Porter LW. *Motivation and work behavior*. 5th ed. New York: McGraw-Hill; 1991.
14. Petersen E, Plowman EG. *Business organization and management*. 3rd ed. Chicago: Richard D. Irvin; 1949.
15. Kotchadech S. Problems and development approaches for team building in schools, Kaeng Hang Maeo District, under the Chanthaburi Primary Educational Service Area Office 1 [Master's thesis]. Chonburi: Burapha University; 2016. (in Thai)
16. Thongbo C. The influence of transformational leadership on public service effectiveness of local administrative organizations in Na Kae District, Nakhon Phanom Province [Master's thesis]. Sakon Nakhon: Sakon Nakhon Rajabhat University; 2019. (in Thai)



17. Sunthornphakdee A. Perceived organizational support, self-efficacy in profession, and job performance of employees in a food and beverage business, with goal commitment as a mediating variable [Master's thesis]. Bangkok: Thammasat University; 2016. (in Thai)
18. Smithikrai C, Pusapanich P. Factors influencing work engagement and organizational commitment of Chiang Mai University staff. *Kasetsart Journal of Social Sciences*. 2017;38(2):655-67. (in Thai)
19. Srichai P, Pinjai P. Factors affecting the work efficiency of head nurses in general hospitals, Phayao Province. *Journal of Nursing and Health Care*. 2017;35(3):155-64. (in Thai)
20. Best JW. *Research in education*. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1977.
21. Schumacker RE, Lomax RG. *A beginner's guide to structural equation modeling*. 4th ed. New York: Routledge; 2016.
22. Cummings GG, Tate K, Lee S, Wong CA, Paananen T, Micaroni SPM, Chatterjee GE. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 2018;85:19–60. doi: [org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.016](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.016)
23. Matvijit T, Tadadej C, Kittipichai W. Relationship between perceived organizational support, empowerment and organizational commitment of health workers at sub-district health promoting hospitals in Suphanburi Province, Thailand. *Thai Journal of Public Health*. 2024;54(2):890-902. (in Thai)
24. Mughal MU. The Impact of leadership, teamwork and employee engagement on employee performances. *Saudi Journal of Business and Management Studies*. 2020;5(3):233–44. doi: [org/10.36348/sjbms.2020.v05i03.008](https://doi.org/10.36348/sjbms.2020.v05i03.008).
25. Taning AHK, Tanuwijaya J, Gunawan P AW. The Influence of motivation, employee development and teamwork on employee performance through employee engagement in service industry employees. *Journal La Bisecoman*. 2024;5(3):365-73.
26. Bass BM, Riggio RE. *Transformational leadership*. 2nd ed. New York: Psychology Press; 2006.
27. Ystaas LMK, Nikitara M, Ghobrial S, Latzourakis E, Polychronis G, Constantinou CS. The impact of transformational leadership in the nursing work environment and patients' outcomes: a systematic review. *Nursing Reports (Pavia, Italy)*. 2023;13(3):1271-90. doi: [10.3390/nursrep13030108](https://doi.org/10.3390/nursrep13030108).
28. Devanesan CW, Deshmukh A. Embracing transformational leadership: an integrated review of transformational leadership practices among nurse managers. *International Journal of Science and Healthcare Research*. 2025;10(2):31-45. doi: [10.52403/ijshr.20250205](https://doi.org/10.52403/ijshr.20250205).
29. Wan J. *Transformational nurse leadership and job satisfaction: a systematic literature review [master's thesis]*. Helsinki: Metropolia University of Applied Sciences; 2023.



30. Labrague LJ, De Los Santos JAA. COVID-19 anxiety among front-line nurses: predictive role of organizational support, personal resilience, and social support. *Journal of Nursing Management*. 2020;28(7):1653–61. doi: 10.1111/jonm.13121.
31. Rajchaburi N, Pipatprapa A. Perceived organizational support affecting work happiness of professional nurses in private hospitals. *Journal of MCU Social Science Review*. 2021;10(1):232–44 (in Thai)
32. Mansor FA, Mat Jusoh YH, Hashim MZ, Muhammad N, Omar SNZ. Employee engagement and organizational performance. *International Journal of Accounting, Finance and Business*. 2022;7(3):127-40. doi: 10.55573/IJAFB.085006.
33. Shdaifat E, Shudayfat T, Al-Shdayfat N, Alshowkan A. Understanding the mediating effects of commitment and performance on the relationship between job satisfaction and engagement among nurses. *The Open Nursing Journal*. 2023;17:1–7. doi: 10.2174/18744346-v17-e231005-2023-83.
34. Keyko K, Cummings GG, Yonge O, Wong CA. Work engagement in professional nursing practice: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 2016;61:142-64. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.06.003.



ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลในสถาบันการศึกษาแห่งหนึ่ง

ภรณ์ทิพย์ ผลกระโทก พย.ม.¹

สุหทัย โตสังวาลย์ ปร.ด.^{2,3}

สมจิตต์ เวียงเพิ่ม ศษ.ด.²

(วันรับบทความ : 27 มีนาคม พ.ศ. 2568 / วันแก้ไขบทความ : 22 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 / วันตอบรับบทความ : 9 มิถุนายน พ.ศ. 2568)

บทคัดย่อ

นักศึกษาพยาบาลมีแนวโน้มในการเกิดความเครียดสูงเนื่องจากต้องปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงในหลายด้าน ความกดดันจากการเรียนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่ต้องรับผิดชอบสูงทั้งต่อตนเองและผู้ป่วย การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาระดับภาวะสุขภาพจิต และปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1-4 สถาบันการศึกษาแห่งหนึ่ง ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2566 จำนวนทั้งสิ้น 627 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะสุขภาพจิต ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สหสัมพันธ์อันดับ สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการถดถอยโลจิสติกแบบทวิ

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 81.50) มีภาวะวิตกกังวลอยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 60.60) และมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 82.60) นอกจากนี้ยังพบว่า อายุ ชั้นปี การมีกิจกรรมยามว่าง ความสัมพันธ์กับครอบครัว ความสัมพันธ์เพื่อน เกรดเฉลี่ยมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับภาวะสุขภาพจิต ในขณะที่การประเมินภาวะสุขภาพจิตของตนเองมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำนายภาวะสุขภาพจิตมากที่สุด ด้านภาวะซึมเศร้า คือ การมีกิจกรรมยามว่าง ($OR = 2.22, 95\%CI=1.02-4.82$) ด้านภาวะวิตกกังวลและด้านความเครียด คือ อายุ ($OR = 2.22, 95\%CI=1.02-4.82$; $OR = 0.71, 95\%CI=0.57-0.90$) สถาบันการศึกษาควรจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตโดยเฉพาะการป้องกันภาวะวิตกกังวลให้กับนักศึกษาพยาบาล และควรจัดให้มีหน่วยงานหรืออาจารย์ที่ปรึกษาในสถาบันในการดูแลให้คำปรึกษาปัญหาด้านสุขภาพจิตให้กับนักศึกษาพยาบาล

คำสำคัญ: ความเครียด ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า นักศึกษาพยาบาล

¹อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

³ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: suhathai@knc.ac.th Tel: 098-4271450



Factors Predicting Mental Health Status among Nursing Students in One Educational Institution

Pornthip Pholkrathok M.N.S.¹

Suhathai Tosangwarn Ph.D.^{2,3}

Somjitt Wiangperm Ed.D.²

(Received Date: March 27, 2025, Revised Date: May 22, 2025, Accepted Date: June 9, 2025)

Abstract

Nursing students tend to experience high levels of stress due to the need to adapt to various changes, including pressure from studying in a curriculum that requires high levels of responsibility for themselves and their patients. This research was predictive correlational research aimed at studying the level of mental health conditions and predictive factors of the mental health of nursing students. The sample group consisted of first to fourth year Bachelor of Nursing students at an educational institution. The data were collected during the first semester of the 2023 academic year from a participant group totaling 627 students. The research instruments included a personal information questionnaire and a depression anxiety stress scale, which had a Cronbach's alpha coefficient of .87. Data were analyzed using frequencies, percentages, means, standard deviations, Eta coefficients, Pearson's product moment correlations, and Binary logistic regressions.

The research findings indicated that most of the participants had normal levels of stress (81.50 %), normal levels of anxiety (60.60 %), and normal levels of depression (82.60 %). In addition, it was found that age, grade level, hobbies engaged in during free time, family relations, relationships with friends, and academic performance had low correlations with mental health status. Meanwhile, perceptions of current mental health were moderately related to the mental health status of the nursing students. The most significant factor in predicting depression was leisure activity (OR = 2.22, 95% CI = 1.02–4.82). For anxiety and stress, the key predictive factor was age (OR = 2.22, 95% CI = 1.02–4.82 and OR = 0.71, 95% CI = 0.57–0.90 respectively). These results indicate that educational institutions should organize mental health promotion activities, especially to prevent anxiety among nursing students. They should also establish a dedicated unit, or assign academic advisors, within the institution to provide mental health support and counseling for nursing students.

Keywords: stress, anxiety, depression, nursing students

¹Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

²Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

³Corresponding Author, Email: suhathai@knc.ac.th Tel: 098-4271450



บทนำ

สุขภาพจิต เป็นปัญหาที่มีความสำคัญและส่งผลกระทบอย่างมากต่อสังคมไทยและสังคมโลก เนื่องจากสุขภาพจิตเป็นภาวะทางจิตใจของบุคคล ซึ่งโดยธรรมชาติภาวะทางจิตใจมีการปรับเปลี่ยนตามสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัว¹ และในปัจจุบันสภาพสังคมมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ทำให้บุคคลต้องมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา หากปรับตัวไม่ได้ก็อาจนำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ จากข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตตนเอง (Mental Health Check In) ของกรมสุขภาพจิต ในปี พ.ศ. 2566 พบว่า เยาวชนร้อยละ 18.05 มีความเครียดสูง เสี่ยงตกอยู่ในภาวะซึมเศร้าร้อยละ 25.96 และเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายร้อยละ 12.51² และข้อมูลผลสำรวจประเด็นสุขภาพจิตของนักศึกษา 9,050 คน ภายใต้โครงการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของนิสิต นักศึกษาในมหาวิทยาลัย ปี พ.ศ. 2565 พบนักศึกษามีความเครียดบ่อยครั้งถึงตลอดเวลาร้อยละ 40 มีความรู้สึกเศร้าร้อยละ 30 เคยทำร้ายตัวเองร้อยละ 12 เคยคิดฆ่าตัวตายร้อยละ 4 และถูกวินิจฉัยว่ามีอาการจิตเวชร้อยละ 4.30 โดยระหว่างปี พ.ศ. 2560-2564 มีนักศึกษาฆ่าตัวตายมากถึง 14 คน ซึ่งพบมากที่สุดในปี พ.ศ. 2564 ถึง 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 ของจำนวนนักศึกษาฆ่าตัวตายทั้งหมด³

ปัญหาสุขภาพจิตมักเริ่มในช่วงวัยรุ่น ซึ่งอยู่ในช่วงของการเข้าเรียนในมหาวิทยาลัย นักศึกษาที่กำลังศึกษาในมหาวิทยาลัยนั้นถือว่าอยู่ในช่วงวัยรุ่นถึงวัยรุ่นตอนปลายเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม รวมไปถึงการใช้ชีวิตในมหาวิทยาลัยที่ต้องมีภาระหน้าที่ในการรับผิดชอบมากขึ้นทั้งการเรียน กิจกรรมและอาจมีความกดดันจากการแข่งขันสูง ทำให้ต้องมีการปรับตัวเพื่อให้เข้ากับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปซึ่งทำให้เกิดปัญหาความเครียด และสิ่งที่กระทบทางใจมากขึ้น สุขภาพจิตจึงมีผลต่อการดำเนินชีวิตของนักศึกษา¹ โดยเฉพาะนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ เป็นสาขาที่นักศึกษามีโอกาสเกิดความเครียดได้สูง⁴ เนื่องด้วยการศึกษาในวิชาชีพพยาบาลเป็นการศึกษาทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติควบคู่กันไป และที่สำคัญต้องลงมือปฏิบัติ การพยาบาลกับผู้ป่วยจริงซึ่งต้องใช้ความสามารถทางวิชาการร่วมกับกระบวนการตัดสินใจและความรับผิดชอบสูง ท่ามกลางสภาพสังคมที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน ลักษณะการเรียนนี้ก่อให้เกิดความเครียดต่อนักศึกษาได้สูง อีกทั้งจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 ทำให้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการเรียนการสอน⁵ โดยการจัดการเรียนการสอนได้ถูกเปลี่ยนจากห้องเรียนในสถานศึกษาเป็นการเรียนรู้แบบออนไลน์ผ่านดิจิทัลและอิเล็กทรอนิกส์ ทำให้อาจารย์และนักศึกษาต้องมีการปรับตัวกับการใช้เทคโนโลยีและโปรแกรมใหม่ ๆ⁶ และมาตรการต่าง ๆ รวมถึงการปรับเปลี่ยนการใช้ชีวิตในวิถีปกติใหม่⁵ หากไม่สามารถปรับตัวได้อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของนักศึกษา และเมื่อมีปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลจะส่งผลกระทบต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน การไม่จบการศึกษาตามเวลาที่กำหนด และส่วนหนึ่งต้องออกจากการศึกษากลางคัน

ความเครียด ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางจิตใจที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายและการใช้ชีวิตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้⁷ ภาวะวิตกกังวลเป็นตัวสะท้อนถึงความเครียด เป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นภายในที่มีต่อความเครียด สามารถเกิดขึ้นได้แม้ว่าจะไม่มีภัยคุกคามในปัจจุบัน รวมทั้งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ การนอนหลับ ระบบภูมิคุ้มกัน ระบบหัวใจและหลอดเลือด และมีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคทางจิต เช่น โรควิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้า⁸ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ความเครียดเป็นปัจจัยสาเหตุที่ส่งผลต่อภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาภาวะสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาลของประเทศฮ่องกง พบกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาภาวะสุขภาพจิตอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงรุนแรง⁹ และการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลของประเทศเวียดนาม พบกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาภาวะสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง¹⁰ มีการศึกษาความชุกของภาวะสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาลประเทศฮ่องกง เวียดนาม ศรีลังกา และอินเดีย พบว่า ความชุกของปัญหาภาวะสุขภาพจิต ประกอบด้วย 1) ความชุกภาวะซึมเศร้าร้อยละ 34.10-51.10⁹⁻¹² 2) ความชุกของภาวะวิตกกังวลร้อยละ 37.30-61.90⁹⁻¹² และ 3) ความชุกของความเครียดร้อยละ 17.70-82.60⁹⁻¹² นอกจากนี้ยังพบการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ อายุ^{9,11,14} รายได้⁹ ปัญหาการนอน^{9,13} การไม่มีกิจกรรมยามว่าง⁹ การมองว่าตนเองสุขภาพ (กายและจิต) ไม่ดี^{9,11} การไม่ออกกำลังกาย⁹ ภาวะวิกฤตในครอบครัว⁹ การรับประทานอาหารที่ไม่สมดุล⁹ เกรดเฉลี่ย^{10,13} ระดับชั้นปี¹¹ ความพึงพอใจต่อหลักสูตร¹¹ ความสัมพันธ์กับครอบครัวและเพื่อน¹² เพศ¹⁴ การมีสุขภาพไม่ดี¹⁴



ผลการศึกษาภาวะสุขภาพจิตในนักศึกษาระดับปริญญาตรี ของ รัตนาภรณ์ ชูทอง และคณะ¹⁵ ที่พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 45 ภาวะวิตกกังวลร้อยละ 53.80 และความเครียดร้อยละ 35.30 โดยพบกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาภาวะสุขภาพจิตในระดับรุนแรงมาก ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 3.50 ภาวะวิตกกังวลร้อยละ 9.30 และความเครียดร้อยละ 1.60 สอดคล้องกับการศึกษาภาวะสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาล ของ ศศิวิมล บุรณะเรข และคณะ¹⁶ ที่พบนักศึกษาพยาบาลเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 23.75 และนักศึกษากลุ่มนี้มีความต้องการบริการด้านสุขภาพจิตในสถานศึกษาอยู่ในระดับมาก ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลไทย ได้แก่ เกรดเฉลี่ย การมีโรคประจำตัว รายได้ไม่เพียงพอ^{15,16} เพศ ระดับชั้นปี ประวัติการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว¹⁶ พลังสุขภาพจิต¹⁷ ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น¹⁸ ความสัมพันธ์กับเพื่อนความสัมพันธ์กับครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม¹⁹ และทัศนคติต่อการพยาบาล²⁰

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลและนักศึกษาระดับปริญญาตรีพบว่า มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตหลากหลายปัจจัย อย่างไรก็ตามยังไม่สามารถสรุปได้ว่าปัจจัยใดที่เป็นสาเหตุที่แน่ชัดในการก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล อีกทั้งสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากและรวดเร็ว²⁰ โดยปัจจัยที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ เกรดเฉลี่ย ระดับชั้นปี ความเพียงพอของรายรับ รายได้ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ความสัมพันธ์กับครอบครัว การประเมินภาวะสุขภาพ (กายและจิต) ของตนเอง ภาวะวิกฤตในครอบครัว การมีกิจกรรมยามว่าง การออกกำลังกาย ซึ่งอาจจะเป็นตัวแปรทำนายภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลที่ดีได้ และสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการติดตามเฝ้าระวังและวางแผนแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิตในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลต่อไปได้ อีกทั้งยังช่วยพัฒนาศักยภาพของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตในการประเมินและส่งเสริมสุขภาพจิตของบุคคล จึงได้บูรณาการการเรียนการสอนกับพันธกิจด้านการวิจัยในรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช หัวข้อ เครื่องมือและการใช้เครื่องมือคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต และการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตสังคม เพื่อให้นักศึกษาทุกคนสามารถประเมินปัญหาสุขภาพจิตและประยุกต์ความรู้ทางการพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพจิตของบุคคล โดยเรียนรู้กระบวนการวิจัยในสถานการณ์จริง

วัตถุประสงค์การวิจัย

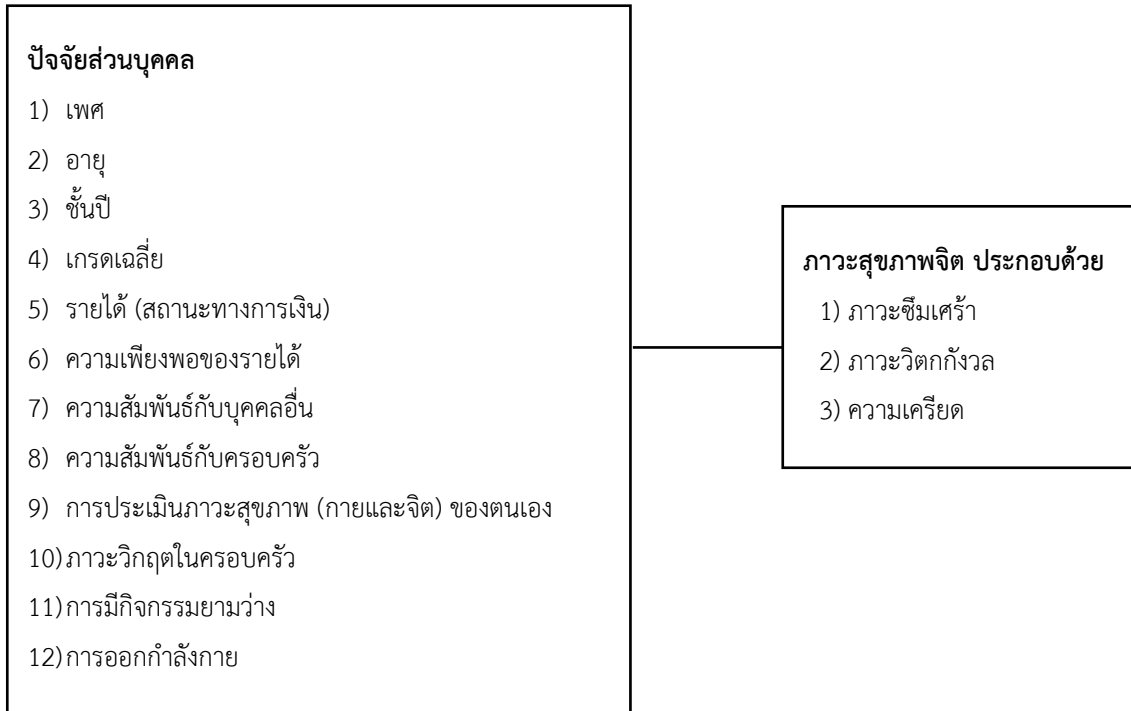
1. เพื่อศึกษาระดับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ในสถาบันการศึกษาแห่งหนึ่ง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ในสถาบันการศึกษาแห่งหนึ่ง

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาระดับภาวะสุขภาพจิต และปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ในสถาบันการศึกษาแห่งหนึ่ง ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1-4 ที่กำลังศึกษาอยู่ในสถาบันการศึกษาแห่งหนึ่ง ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2566 จำนวน 627 คน ดำเนินการวิจัยอยู่ในช่วงเดือนกันยายน ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2566

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิต และปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาล ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ เพศ¹⁴ อายุ^{9,11,14} เกรดเฉลี่ย^{10,13} ระดับชั้นปี¹¹ ความเพียงพอของรายรับ รายได้ต่อเดือน^{15,16} ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น¹⁸ ความสัมพันธ์กับครอบครัว¹⁹ การประเมินภาวะสุขภาพ (กายและจิต) ของตนเอง^{9,11} ภาวะวิกฤตในครอบครัว การมีกิจกรรมยามว่าง การออกกำลังกาย⁹ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา อาจจะกล่าวได้ว่า ปัจจัยส่วนบุคคลน่าจะเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) เก็บข้อมูลในระหว่างเดือนกันยายน ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ในสถาบันการศึกษาแห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1-4 ที่กำลังศึกษาอยู่ในสถาบันการศึกษาแห่งหนึ่ง ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2566 ในช่วงเดือนกันยายน ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2566 จำนวนทั้งสิ้น 627 คน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย เป็นแบบสอบถาม 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปี เกรดเฉลี่ย รายได้ (สถานะทางการเงิน) ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ความสัมพันธ์กับครอบครัว การประเมินภาวะสุขภาพ (กายและจิต) ของตนเอง ภาวะวิกฤตในครอบครัว การมีกิจกรรมยามว่าง และการออกกำลังกาย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต (Depression Anxiety Stress Scales: DASS-21) เป็นแบบประเมินภาวะสุขภาพจิต แปลเป็นภาษาไทยโดย สุกัลยา สว่าง และคณะ²¹ ทำการปรับปรุงข้อความให้เหมาะสมกับนักศึกษาโดย ภัทธร ทิพย์รัตน์ เสถียร และณัฏฐวรรต บัวทอง²² โดยคณะผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้แบบประเมินดังกล่าวประกอบการศึกษา ซึ่งแบบประเมินภาวะสุขภาพจิตประกอบด้วยคำถามจำนวน 21 ข้อ แบ่งเป็น 1) ด้านภาวะซึมเศร้า 2) ด้านภาวะวิตกกังวล 3) ด้านความเครียด มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Cronbach's alpha coefficient) ทั้งชุดเท่ากับ 0.75 ด้านภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 0.82 ภาวะวิตกกังวลเท่ากับ 0.78 และความเครียด เท่ากับ 0.69 โดยมีคำถามในแต่ละด้าน ด้านละ 7 ข้อ ในแต่ละข้อคำถามมีคะแนนระหว่าง 0-3 คะแนน โดยแปลผลคะแนนในแต่ละด้านดังต่อไปนี้



ตารางที่ 1 การแปลผลคะแนนภาวะสุขภาพจิต (DASS-21)

การแปลผล	ภาวะซึมเศร้า	ภาวะวิตกกังวล	ความเครียด
ปกติ (Normal)	0-4	0-3	0-7
ระดับต่ำ (Mild)	5-6	4-5	8-9
ระดับปานกลาง (Moderate)	7-10	6-7	10-12
ระดับรุนแรง (Severe)	11-13	8-9	13-16
ระดับรุนแรงที่สุด (Extremely Severe)	>14	>10	>17

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะนำแบบประเมินภาวะสุขภาพจิต (DASS-21) นี้ ไปทดลองใช้กับกลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ทั้งชุดเท่ากับ .87 ด้านภาวะซึมเศร้าเท่ากับ .75 ภาวะวิตกกังวลเท่ากับ .71 และความเครียดเท่ากับ .76 ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล และจากการวิจัยนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ทั้งชุดเท่ากับ .90 ด้านภาวะซึมเศร้าเท่ากับ .79 ภาวะวิตกกังวลเท่ากับ .73 และความเครียดเท่ากับ .80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้รับการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ในสถาบันการศึกษาแห่งหนึ่งเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยถึงผู้อำนวยการสถานศึกษา เมื่อได้รับการอนุญาตในการเก็บข้อมูลวิจัยจากสถานศึกษา คณะผู้วิจัยเข้าพบนักศึกษาพยาบาลตามวันและเวลาที่นักศึกษาพยาบาลสะดวก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีดำเนินการวิจัย รวมถึงประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย นอกจากนี้นักศึกษาพยาบาลทุกคนได้รับทราบข้อมูลว่ามีสิทธิ์ในการปฏิเสธในการไม่เข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และการไม่เข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลใด ๆ ต่อการเรียน หรือ การใช้ชีวิตระหว่างการศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่สนใจเข้าร่วมการวิจัยต้องแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย โดยการลงนามในหนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างอายุน้อยกว่า 18 ปีบริบูรณ์ กลุ่มตัวอย่างต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้ที่มีอำนาจของกลุ่มตัวอย่างก่อนการเข้าร่วมการวิจัย โดยคณะผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างชั้นปีที่ 3 ตามวันและเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก และผู้ช่วยผู้วิจัยที่ได้รับการเตรียมเกี่ยวกับการเก็บข้อมูลการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง ชั้นปีที่ 1 2 และ 4 เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลครบทุกชั้นปีแล้ว คณะผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลที่ได้รับรวบรวมได้ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ในสถาบันการศึกษาแห่งหนึ่ง (เลขที่ COA No.06/2566) ภายหลังจากได้รับการรับรองแล้ว ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยการเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการดำเนินการ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และจัดทำหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามกรณีที่กลุ่มตัวอย่างอายุน้อยกว่า 18 ปีบริบูรณ์ กลุ่มตัวอย่างต้องนำหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัยไปให้ผู้ปกครองหรือผู้ที่มีอำนาจอนุญาตลงนามก่อน การเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีการบังคับใด ๆ และสามารถออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลาที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องการ ไม่มีผลกระทบต่อผลการเรียนใด ๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมถูกเก็บไว้อย่างปลอดภัย โดยไม่ระบุชื่อของผู้ให้ข้อมูล และการนำเสนอผลงานวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับกล่องใส่ดินสอคนละ 1 อัน ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยเมื่อใดก็ได้ ผู้วิจัยจะระมัดระวังอันตรายที่จะเกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถมีอิสระที่จะสมัครใจเข้าร่วมโครงการโดยไม่มีการข่มขู่บังคับใด ๆ จากผู้วิจัยหรือผู้ที่มีอิทธิพลอำนาจ ในกรณีที่พบนักศึกษาพยาบาลที่มีผลการประเมินระดับภาวะสุขภาพจิตในระดับที่รุนแรง คณะผู้วิจัยจะส่งต่อข้อมูลดังกล่าวให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การช่วยเหลือนักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมต่อไป



การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลที่ประกอบด้วยปัจจัยด้านต่างๆ ในกรณีที่เป็นข้อมูลเชิงลักษณะวิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ และในกรณีที่ข้อมูลต่อเนื่องวิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์คะแนนภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับภาวะสุขภาพจิต ด้วยสถิติ Eta Coefficient และ Pearson's Correlation Coefficient
4. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้สถิติ Binary logistic regression กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 627 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 92.20 และเพศชายร้อยละ 7.80 อายุอยู่ในช่วง 18-40 ปี (Mean = 19.91, S.D. = 1.75) ส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 26.50 และชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 26.40 ส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาสุขภาพร่างกายของตนเองแข็งแรง ร้อยละ 90 และมีการประเมินภาวะสุขภาพกายของตนเองว่าปกติ ร้อยละ 53.40 ส่วนใหญ่มีการประเมินภาวะสุขภาพจิตของตนเองว่าปกติ ร้อยละ 62.70 ด้านภาวะวิกฤตของครอบครัวประกอบด้วย 1) ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาบุคคลในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างป่วยทางจิต ร้อยละ 1.60 2) ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาบุคคลในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างป่วยร้ายแรง ร้อยละ 9.60 และ 3) ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาบุคคลในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างเสียชีวิต ร้อยละ 9.70 ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีเพื่อนสนิทที่สามารถพูดคุยได้ทุกเรื่อง 1-5 คน ร้อยละ 77.50 ส่วนใหญ่มีกิจกรรมยามว่าง ร้อยละ 93.80 ความสัมพันธ์กับครอบครัวและความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (เพื่อน) ส่วนใหญ่รักใคร่ปรองดองกันดี ร้อยละ 90.40 และร้อยละ 83.90 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน จำนวน 2,501-5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 62.10 ส่วนใหญ่มีความเพียงพอของรายได้พอใช้แต่ไม่มีเงินออม ร้อยละ 61.90 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพี่น้องตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป (โดยนับรวมตนเองด้วย) ร้อยละ 78.80 ส่วนใหญ่มีเกรดเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.01-3.50 ร้อยละ 41 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา ร้อยละ 66.80 สถานภาพสมรสของบิดาและมารดาอยู่ด้วยกับ ร้อยละ 70.50 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ออกกำลังกายบางครั้ง ร้อยละ 75.90 รายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างแสดงให้เห็นดังในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n = 627)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	49	7.80
หญิง	578	92.20
อายุ	Mean = 19.91, S.D. = 1.75, Minimum = 18, Maximum = 40	
ชั้นปี		
ปี 1	165	26.40
ปี 2	166	26.50
ปี 3	152	24.30
ปี 4	143	22.80
สุขภาพร่างกายในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา		
แข็งแรง	564	90
ไม่ค่อยแข็งแรง	59	9.40
เป็นโรคเรื้อรัง	1	.20
ป่วยหนักต้องเข้าโรงพยาบาล	3	.50



ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การประเมินภาวะสุขภาพกายของตนเอง (สุขภาพร่างกายในปัจจุบัน)		
แข็งแรงมากที่สุด	109	17.40
แข็งแรงมาก	155	24.70
ปกติ	335	53.40
ไม่ค่อยแข็งแรง	28	4.50
บุคคลในครอบครัวป่วยทางจิตในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (ภาวะวิกฤตในครอบครัว)		
มี	10	1.60
ไม่มี	617	98.40
บุคคลในครอบครัวป่วยร้ายแรงในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (ภาวะวิกฤตในครอบครัว)		
มี	60	9.60
ไม่มี	567	90.40
บุคคลในครอบครัวเสียชีวิตในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (ภาวะวิกฤตในครอบครัว)		
มี	61	9.70
ไม่มี	566	90.30
จำนวนเพื่อนสนิทที่สามารถพูดคุยได้ทุกเรื่อง		
ไม่มี	26	4.10
1-5	486	77.50
6-10	105	16.70
≥11	10	1.60
Mean = 3.58, S.D. = 2.54, Minimum = 0, Maximum = 20		
การประเมินภาวะสุขภาพจิตของตนเอง (สุขภาพจิตในปัจจุบัน)		
แข็งแรงมากที่สุด	89	14.20
แข็งแรงมาก	130	20.70
ปกติ	393	62.70
ไม่ค่อยแข็งแรง	13	2.10
แย่มาก	2	.30
กิจกรรมยามว่าง (งานอดิเรกที่ทำในเวลาว่าง)		
มี	588	93.80
ไม่มี	39	6.20
ความสัมพันธ์กับครอบครัว		
รักใคร่ปรองดอง	567	90.40
ขัดแย้งกันบ้าง	53	8.50
ห่างเหินต่างคนต่างอยู่	6	1
ขัดแย้งกันมาก	1	0.20



ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (เพื่อน)		
รักใคร่ปรองดอง	526	83.90
ขัดแย้งกันบ้าง	96	15.30
ห่างเหินต่างคนต่างอยู่	5	.80
รายได้ต่อเดือน		
≤2,500	24	3.80
2,501-5,000	388	62.10
5,001-7,500	146	23.40
7,501-10,000	61	9.80
>10,000	6	1
Mean = 5201.92, S.D. = 2258.93, Minimum = 1000, Maximum = 30000		
ความเพียงพอของรายได้		
พอใช้และมีเงินออม	192	30.60
พอใช้แต่ไม่มีเงินออม	388	61.90
ไม่พอใช้	47	7.50
จำนวนพี่น้อง		
ลูกคนเดียว	133	21.20
มีพี่น้องตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป (นับรวมตนเองด้วย)	494	78.80
เกรดเฉลี่ย		
ต่ำกว่า 2.5	14	2.20
ระหว่าง 2.51-3.00	181	28.90
ระหว่าง 3.01-3.50	257	41
3.51 ขึ้นไป	175	27.90
ผู้ที่นักศึกษาพักอาศัยอยู่ด้วย		
บิดาและมารดา	419	66.80
บิดาหรือมารดา	114	18.20
ญาติและอื่น ๆ	94	15
สถานภาพสมรสของบิดามารดา		
แต่งงานและอยู่ด้วยกัน	442	70.50
หย่าหรือแยกกันอยู่	137	21.90
อื่น ๆ	48	7.70
การออกกำลังกาย		
สม่ำเสมอ	34	5.40
บางครั้ง	476	75.90
ไม่ออกกำลังกายเลย	117	18.70



1. ระดับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล

ผลการศึกษาภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล พบความชุกของปัญหาสุขภาพจิต ประกอบด้วย 1) ภาวะซึมเศร้า พบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 82.60 และนักศึกษาพยาบาลมีภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำถึงระดับรุนแรงที่สุด ร้อยละ 17.40 2) ภาวะวิตกกังวล พบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีภาวะวิตกกังวลอยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 60.60 และมีภาวะวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำถึงระดับรุนแรงที่สุด ร้อยละ 39.40 3) ความเครียด พบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 81.50 และมีความเครียดอยู่ในระดับต่ำถึงระดับรุนแรงที่สุด ร้อยละ 18.50 ผลการศึกษาระดับสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างแสดงให้เห็นในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับสุขภาพจิตโดยรวม (n = 627)

ระดับสุขภาพจิต	ภาวะซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ)	ภาวะวิตกกังวล จำนวน (ร้อยละ)	ความเครียด จำนวน (ร้อยละ)
ปกติ (Normal)	518 (82.60)	380 (60.60)	511 (81.50)
ระดับต่ำ (Mild)	54 (8.60)	106 (16.90)	62 (9.90)
ระดับปานกลาง (Moderate)	47 (7.50)	92 (14.70)	37 (5.90)
ระดับรุนแรง (Severe)	5 (.80)	25 (4)	16 (2.60)
ระดับรุนแรงที่สุด (Extremely Severe)	3 (.30)	24 (3.80)	1 (.20)

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต

ผลการศึกษาพบว่า อายุ ชั้นปี การมีกิจกรรมยามว่าง ความสัมพันธ์กับครอบครัว ความสัมพันธ์กับเพื่อน เกรดเฉลี่ยมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับภาวะสุขภาพจิต ประกอบด้วย ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด ในขณะที่การประเมินภาวะสุขภาพจิตของตนเองมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล รายละเอียดปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตแสดงให้เห็นในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต กับภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียดของนักศึกษาพยาบาล (n = 627)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต	ขนาดสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (p-value)		
	ภาวะซึมเศร้า	ภาวะวิตกกังวล	ความเครียด
เพศ ¹	0.44 (.109)	.005 (.937)	.027 (.147)
อายุ ²	-.128 (.001)**	-.180 (.001)**	-.206 (.001)**
ชั้นปี ¹	.195 (.004)**	.244 (.001)**	.251 (.001)**
สุขภาพร่างกายในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ¹	.124 (.004)**	.109 (.801)	.123 (.806)
การประเมินภาวะสุขภาพกายตนเอง ¹	.200 (.001)**	.156 (.050)	.195 (.063)
บุคคลในครอบครัวป่วยทางจิตในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ¹	.061 (.024)*	.043 (.639)	.054 (.344)
บุคคลในครอบครัวป่วยร้ายแรงในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ¹	.086 (.001)**	.117 (.164)	.105 (.068)
บุคคลในครอบครัวเสียชีวิตในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ¹	.100 (.013)**	.089 (.315)	.129 (.001)**
จำนวนเพื่อนสนิทที่สามารถพูดคุยได้ทุกเรื่อง ²	-.101 (.012)*	-.070 (.079)	-.102 (.010)*



ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต	ขนาดสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (p -value)		
	ภาวะซึมเศร้า	ภาวะวิตกกังวล	ความเครียด
การประเมินภาวะสุขภาพจิตตนเอง ¹	.442 (.001)**	.315 (.001)**	.348 (.001)**
การมีกิจกรรมยามว่าง ¹	.133 (.002)**	.128 (.001)**	.175 (.001)**
ความสัมพันธ์กับครอบครัว ¹	.203 (.001)**	.151 (.028)*	.189 (.001)**
ความสัมพันธ์กับเพื่อน ¹	.214 (.001)**	.236 (.001)**	.270 (.001)**
รายได้ต่อเดือน ²	-.067 (.096)	-.080 (.045)*	-.084 (.036)*
ความเพียงพอของรายได้ ¹	.131 (.049)*	.119 (.325)	.129 (.027)*
จำนวนพี่น้อง ¹	.004 (.938)	.013 (.908)	.025 (.303)
เกรดเฉลี่ย ²	.147 (.001)**	.160 (.001)**	.161 (.001)**
ผู้ที่นักศึกษาพักอาศัยอยู่ด้วย ¹	.050 (.664)	.034 (.140)	.052 (.715)
สถานภาพสมรสของบิดามารดา ¹	.029 (.497)	.035 (.924)	.041 (.853)
การออกกำลังกาย ¹	.132 (.431)	.137 (.029)*	.142 (.232)

* $P < .05$ และ ** $P < .01$, 1 = Eta; η , 2 = Pearson's correlation coefficient; r

3. ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ด้านภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพจิตตนเอง ($p < .01$) การมีกิจกรรมยามว่าง ($p < .05$) และความสัมพันธ์กับเพื่อน ($p < .05$) ปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำนายภาวะสุขภาพจิตด้านภาวะซึมเศร้ามากที่สุด คือ การมีกิจกรรมยามว่าง (OR = 2.22, 95%CI=1.02-4.82) รายละเอียดแสดงให้เห็นในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตด้านภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล โดยการวิเคราะห์ Binary logistic regression (n = 627)

ปัจจัย	B	S.E.	Wald	df	p	OR	95% CI	
							Lower	Upper
อายุ (ปี)	-.165	.111	2.205	1	.138	.848	.682	1.054
การประเมินภาวะสุขภาพจิตตนเอง	-3.440	.795	18.732	1	.000	.032	.007	.152
การมีกิจกรรมยามว่าง	.795	.396	4.028	1	.045	2.215	1.019	4.816
ความสัมพันธ์กับครอบครัว	-.524	.349	2.258	1	.133	.592	.299	1.173
ความสัมพันธ์กับเพื่อน	-.764	.286	7.154	1	.007	.466	.266	.815
เกรดเฉลี่ย	.542	.354	2.349	1	.125	1.720	.860	3.442
Constant	4.244	3.257	1.698	1	.193	69.675		



ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ด้านภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ($p < .01$) การประเมินภาวะสุขภาพจิตตนเอง ($p < .05$) ความสัมพันธ์กับครอบครัว ($p < .05$) และความสัมพันธ์กับเพื่อน ($p < .05$) ปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำนายภาวะสุขภาพจิตด้านภาวะวิตกกังวลมากที่สุด คือ อายุ ($OR = 2.22$, $95\% CI = 1.02-4.82$) รายละเอียดแสดงให้เห็นในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตด้านภาวะวิตกกังวลของนักศึกษาพยาบาล โดยการวิเคราะห์ Binary logistic regression ($n = 627$)

ปัจจัย	B	S.E.	Wald	df	p	OR	95% CI	
							Lower	Upper
อายุ (ปี)	-.299	.084	12.837	1	.000	.741	.629	.873
การประเมินภาวะสุขภาพจิตตนเอง	-3.079	1.064	8.383	1	.004	.046	.006	.370
การมีกิจกรรมยามว่าง	.594	.355	2.803	1	.094	1.812	.904	3.634
ความสัมพันธ์กับครอบครัว	-.716	.309	5.356	1	.021	.489	.266	.896
ความสัมพันธ์กับเพื่อน	-.748	.244	9.384	1	.002	.473	.293	.764
เกรดเฉลี่ย	.239	.253	.889	1	.346	1.270	.773	2.087
Constant	8.969	2.573	12.153	1	.000	7857.820		

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ด้านความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ($p < .01$) การประเมินภาวะสุขภาพจิตตนเอง ($p < .01$) การมีกิจกรรมยามว่าง ($p < .01$) และความสัมพันธ์กับเพื่อน ($p < .01$) ปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำนายภาวะสุขภาพจิตด้านความเครียดมากที่สุด คือ อายุ ($OR = .71$, $95\% CI = .57-.90$) รายละเอียดแสดงให้เห็นในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตด้านความเครียดของนักศึกษาพยาบาล โดยการวิเคราะห์ Binary logistic regression ($n = 627$)

ปัจจัย	B	S.E.	Wald	df	p	OR	95% CI	
							Lower	Upper
อายุ (ปี)	-.340	.118	8.345	1	.004	.712	.565	.896
การประเมินภาวะสุขภาพจิตตนเอง	-2.550	.655	15.138	1	.000	.078	.022	.282
การมีกิจกรรมยามว่าง	1.369	.371	13.613	1	.000	3.933	1.900	8.141
ความสัมพันธ์กับครอบครัว	-.342	.349	.960	1	.327	.710	.358	1.408
ความสัมพันธ์กับเพื่อน	-1.088	.279	15.194	1	.000	.337	.195	.582
เกรดเฉลี่ย	.395	.347	1.292	1	.256	1.484	.751	2.930
Constant	7.402	3.335	4.926	1	.026	1638.682		



การอภิปรายผล

1. ภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ผลการศึกษาภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลครั้งนี้ ประกอบด้วยความชุกด้านภาวะซึมเศร้า ด้านวิตกกังวล และด้านความเครียด พบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตด้านภาวะซึมเศร้าด้านภาวะวิตกกังวล และด้านความเครียดอยู่ในระดับปกติร้อยละ 82.60, 60.60 และ 81.50 ตามลำดับ ซึ่งการศึกษานี้พบนักศึกษาพยาบาลมีภาวะสุขภาพจิตในระดับปกติสูงกว่าการศึกษานักศึกษาพยาบาลของ Loan และคณะ¹⁰ การศึกษาของ Rathnayake และ Ekanayaka¹¹ ที่ศึกษาในประเทศศรีลังกา ที่พบว่าความชุกของปัญหาทางสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลที่สูงขึ้น โดยพบว่านักศึกษามีภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด ในระดับเล็กน้อยถึงรุนแรงที่สุดร้อยละ 51.10 59.80 และ 82.60 ตามลำดับ ซึ่งคณะผู้วิจัยให้ข้อคิดเห็นว่าอาจเกิดจากปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลยังไม่ได้ได้รับการดูแลและใส่ใจเท่าที่ควร และการศึกษาในนักศึกษาระดับปริญญาตรีในประเทศไทย ของ Chootong และคณะ¹⁵ ที่พบว่านักศึกษามีภาวะสุขภาพจิตด้านภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียดในระดับปกติที่น้อยกว่าการศึกษานี้ เหตุผลที่ทำให้ภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษามีความแตกต่างกันอาจเกิดจากช่วงเวลาที่เราจะทางสังคมต่างกันทำให้ความชุกของปัญหาด้านสุขภาพจิตต่างกัน นอกจากนี้ยังเกี่ยวกับการจัดการและการปรับตัวที่ไม่ดีของกลุ่มตัวอย่างอีกด้วย

ผลการศึกษาที่สะท้อนให้เห็นว่า นักศึกษาพยาบาลมีภาวะสุขภาพจิตปกติ อาจเกี่ยวเนื่องจากนักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีการประเมินภาวะสุขภาพกายและจิตของตนเองว่าปกติ ไม่มีภาวะวิกฤตในครอบครัว ครอบครัวบิดามารดาอยู่ด้วยกัน พักอาศัยอยู่กับบิดาและมารดา ความสัมพันธ์กับครอบครัวและเพื่อนเป็นแบบรักใคร่ปรองดอง มีเพื่อนสนิทที่สามารถพูดคุยได้ทุกเรื่อง มีกิจกรรมยามว่าง มีรายได้ต่อเดือน 2,501-5,000 บาทต่อเดือน และมีความเพียงพอของรายได้ที่พอใช้แต่ไม่มีเงินออม สอดคล้องกับการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลตำรวจที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว และสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีสุขภาพจิตที่ดี¹⁹ และการศึกษาในนักศึกษาพยาบาล ที่พบ ค่าใช้จ่ายต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต¹⁶ อย่างไรก็ตามยังพบนักศึกษาบางส่วนที่มีปัญหาสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำถึงระดับรุนแรงที่สุด จำแนกเป็นด้านภาวะซึมเศร้า ด้านภาวะวิตกกังวล และด้านความเครียด คิดเป็นร้อยละ 17.40, 39.40 และ 18.50 ตามลำดับ เนื่องจากยังมีนักศึกษาพยาบาลบางส่วนที่มีการปรับตัวในด้านต่างๆ ทั้งด้านการเรียนภาคทฤษฎีการฝึกปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ที่มีความเจ็บป่วย การใช้ชีวิตในหอพัก การปฏิบัติตามกฎระเบียบของสถานศึกษา การเตรียมตัวเข้าสู่วิชาชีพ และสภาพแวดล้อมปัจจุบัน^{16,23} ได้ไม่เต็มที่เท่าที่ควร สิ่งเหล่านี้น่าจะนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตที่มีผลกระทบต่อการเรียน และการดำเนินชีวิตนักศึกษาพยาบาลในอนาคตได้

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ผลการศึกษพบว่า อายุ ชั้นปี การมีกิจกรรมยามว่าง ความสัมพันธ์กับครอบครัว ความสัมพันธ์กับเพื่อน เกรดเฉลี่ยมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับภาวะสุขภาพจิตในด้านภาวะซึมเศร้า ด้านภาวะวิตกกังวล และด้านความเครียด ในขณะที่การประเมินภาวะสุขภาพจิตของตนเองมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล การรับรู้สุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลมีความเชื่อมโยงกันอย่างมีนัยสำคัญกับความชุกของภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด ผลการศึกษาที่ผ่านมาในทวีปเอเชีย แสดงให้เห็นว่านักศึกษาพยาบาลจำนวนมากกำลังประสบกับระดับภาวะวิตกกังวลผิดปกติซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบจำนวนนักศึกษาพยาบาลที่กำลังประสบกับภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าโดยมีความชุกที่ใกล้เคียงกัน²⁴ ซึ่งผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า บุคคลกรที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาลควรให้ความใส่ใจในการป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิตกับนักศึกษาพยาบาลมากขึ้น นอกจากนี้ผลการศึกษาของ Ramón-Arbués²⁵ พบว่านักศึกษาพยาบาลมีความชุกของอาการวิตกกังวลร้อยละ 24.10 ในขณะที่อาการซึมเศร้ามีอยู่ในผู้เข้าร่วมร้อยละ 3.70 นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของนักศึกษาพยาบาลนำไปสู่การเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตได้ เช่น การอยู่กับหน้าจอเป็นเวลานาน การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม รวมถึงการขาดการออกกำลังกาย²⁶⁻²⁷ สิ่งเหล่านี้ล้วนทำให้นักศึกษาพยาบาลมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตได้ ดังนั้นสถานศึกษาควรให้ความสำคัญในการป้องกันภาวะวิตกกังวล ความเครียด และภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล รวมถึงส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของนักศึกษาพยาบาลในเรื่องของการพัฒนาทักษะความยืดหยุ่นทางอารมณ์ จะช่วยให้นักศึกษามีทักษะในการจัดการภาวะวิตกกังวล และส่งเสริมให้มีภาวะทางสุขภาพจิตที่ดีต่อไป



3. ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ด้านภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การประเมินภาวะสุขภาพจิตตนเอง ($p < .01$) การมีกิจกรรมยามว่าง ($p < .05$) และความสัมพันธ์กับเพื่อน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ของ Cheung และคณะ²⁸ เกี่ยวกับการรับรู้ถึงปัญหาสุขภาพจิตของตนเองเป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า โดยนักศึกษาพยาบาลที่รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตของตนเองไม่ดี อาจเกี่ยวข้องกับการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี มีภาระทางการเรียนที่สูง ต้องอยู่กับความกดดันด้านการเรียน ด้วยเหตุผลดังกล่าวอาจทำให้นักศึกษาพยาบาลมีภาวะซึมเศร้าที่สูงได้ การวิจัยนี้ พบว่าการมีกิจกรรมยามว่างเป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล ในขณะที่ผลการศึกษาที่ผ่านมาของ Fancourt และคณะ²⁹ พบว่า การมีกิจกรรมยามว่างส่งผลให้บุคคลมีภาวะซึมเศร้าที่ลดลง ซึ่งการมีกิจกรรมยามว่างส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพจิต อย่างไรก็ตามผลการศึกษาข้างต้นแสดงให้เห็นว่านักศึกษาพยาบาลอาจมีกิจกรรมยามว่างที่อาจส่งผลไม่ดีต่อภาวะสุขภาพจิต เช่น การเล่นเกมออนไลน์ หรือ การเล่นเกมสังคมออนไลน์เป็นเวลานาน³⁰ ซึ่งอาจส่งผลให้กิจกรรมยามว่างของนักศึกษาพยาบาลเป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยความสัมพันธ์กับเพื่อน เป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า ข้อค้นพบดังกล่าวสนับสนุนโดยการศึกษาของ Faronbi และคณะ³¹ ที่พบว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคม เช่น เพื่อน ครอบครัว มีความสำคัญต่อบุคคลช่วยให้บุคคลสามารถจัดการปัญหาต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้ เมื่อบุคคลมีปัญหาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ดังกล่าว ย่อมส่งผลให้มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้

ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ด้านภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ($p < .01$) การประเมินภาวะสุขภาพจิตตนเอง ($p < .05$) ความสัมพันธ์กับครอบครัว ($p < .05$) และความสัมพันธ์กับเพื่อน ($p < .05$) ผลการศึกษาที่ผ่านมาสนับสนุนข้อค้นพบเกี่ยวกับอายุ ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลที่อายุน้อยมีโอกาสในการเกิดภาวะวิตกกังวลได้มากกว่านักศึกษาพยาบาลที่อายุมากกว่า แสดงให้เห็นว่าอายุเป็นปัจจัยที่สะท้อนถึงประสบการณ์ในการจัดการกับภาวะวิตกกังวล และความรู้ที่มากขึ้นทำให้การจัดการกับภาวะวิตกกังวลทำได้ดี³² นอกจากนี้ผลการศึกษาที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่า ความสัมพันธ์กับครอบครัวและเพื่อนเป็นปัจจัยทำนายภาวะวิตกกังวล ความสัมพันธ์กับครอบครัวที่ดีส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลมีภาวะวิตกกังวลน้อยลง³³

ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ด้านความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ($p < .01$) การประเมินภาวะสุขภาพจิตตนเอง ($p < .01$) และความสัมพันธ์กับเพื่อน ($p < .01$) ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าอายุเป็นปัจจัยทำนายความเครียดของนักศึกษาพยาบาล ผลการศึกษาที่ผ่านมาของ Mohamed และคณะ³⁴ พบว่านักศึกษาพยาบาลที่มีอายุน้อยประสบปัญหาความเครียดสูงกว่านักศึกษาพยาบาลที่อายุมาก อาจเนื่องมาจากประสบการณ์ในการจัดการความเครียดของนักศึกษายาวน้อยกว่าที่มีอย่างจำกัด ในขณะที่ที่พัฒนาการทางด้านร่างกายและจิตใจของนักศึกษาพยาบาลที่อายุมากมีความสมบูรณ์กว่าทำให้จัดการปัญหาต่าง ๆ ได้ดี การประเมินภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาเป็นปัจจัยทำนายความเครียดของนักศึกษาพยาบาล ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การประเมินภาวะสุขภาพของตนเองว่าดีหรือไม่ดี ส่งผลต่อความเครียดของนักศึกษาพยาบาล รวมถึงมีผลกระทบต่อกระบวนการเรียนรู้ของนักศึกษาด้วย³⁵ นอกจากนี้ผลการศึกษาของ Zhou และคณะ³⁶ พบว่าความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับบุคคลอื่น เช่น เพื่อน มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาวะที่ดีของนักศึกษาพยาบาลด้วย ดังนั้นการมีสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อน อาจเป็นปัจจัยที่ช่วยให้นักศึกษานั้นมีความเครียดน้อยกว่าบุคคลที่มีสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับเพื่อน

สรุปผลการวิจัย

นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียดในระดับปกติร้อยละ 82.60, 60.60 และ 81.50 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามยังพบนักศึกษาพยาบาลบางส่วนประสบกับปัญหาภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียดในระดับต่ำถึงระดับรุนแรงที่สุดคิดเป็นร้อยละ 17.40, 39.40 และ 18.50 ตามลำดับ และพบปัจจัยด้านอายุ ชั้นปี การมีกิจกรรมยามว่าง ความสัมพันธ์กับครอบครัว ความสัมพันธ์กับเพื่อน เกรดเฉลี่ยมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับภาวะสุขภาพจิต ในขณะที่การประเมินภาวะสุขภาพจิตของตนเองมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำนายภาวะสุขภาพจิตมากที่สุด ด้านภาวะซึมเศร้า คือ การมีกิจกรรมยามว่าง ด้านภาวะวิตกกังวล และด้านความเครียด คือ อายุของนักศึกษาพยาบาล



ข้อจำกัดการวิจัย

ข้อจำกัดของการวิจัยนี้คือการใช้รูปแบบการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional design) ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งเท่านั้น ทำให้ผลการวิจัยสะท้อนถึงสถานการณ์ปัญหาในด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลเฉพาะในช่วงเวลานั้น และไม่สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาวได้ ดังนั้นการวิจัยต่อไปควรพิจารณาใช้การศึกษาแบบ Longitudinal study เพื่อศึกษาความเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพจิตในระยะยาวของนักศึกษาพยาบาล นอกจากนี้ การศึกษาครั้งนี้ยังไม่สามารถเข้าถึงรายละเอียด ประสบการณ์ปัญหาสุขภาพจิตรายบุคคลได้อย่างลึกซึ้ง ดังนั้นการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้เข้าใจถึงประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาลที่กำลังเผชิญกับปัญหาด้านสุขภาพจิต อย่างไรก็ตาม จุดแข็งของการวิจัยนี้เกี่ยวกับการเก็บข้อมูลจากประชากรทั้งหมดของนักศึกษาพยาบาล ทำให้ข้อมูลที่ได้สามารถสะท้อนอัตราความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มนี้ได้อย่างครอบคลุม อีกทั้งการศึกษายังสามารถระบุปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจส่งผลต่อสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลได้อย่างหลากหลาย ซึ่งช่วยเพิ่มความเข้าใจในภาพรวมของปัญหาสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาลได้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาลบางส่วนประสบกับปัญหาภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียดในระดับต่ำถึงระดับรุนแรงที่สุด โดยเฉพาะภาวะวิตกกังวลที่พบประมาณสองในห้าของนักศึกษาพยาบาล ดังนั้น งานพัฒนานักศึกษาควรมีการคัดกรองภาวะสุขภาพจิตเป็นระยะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนที่พบปัจจัยเสี่ยง และพัฒนาระบบการให้คำปรึกษาด้วยการจัดสรรบุคลากรเพื่อรับฟังและให้คำปรึกษา รวมทั้งจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อลดภาวะวิตกกังวลสำหรับนักศึกษาพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในเชิงคุณภาพควบคู่กันกับการศึกษาเชิงปริมาณเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลที่มีความเฉพาะเจาะจงในรายบุคคล เพื่อหาแนวทางในการช่วยเหลือนักศึกษาพยาบาลที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล พร้อมทั้งจัดทำโปรแกรมที่ช่วยส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล โดยเฉพาะการฝึกจิตใจเพื่อจัดการภาวะวิตกกังวลในนักศึกษาพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนักศึกษาพยาบาลทุกคนที่เข้าร่วมการศึกษานี้ทุกท่าน และขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ที่สนับสนุนทุนการศึกษาวิจัย

References

1. Pissamorn C. The factors associated with the mental health of undergraduate students in a private university in Bangkok. Journal of Regional Health Promotion Centre 7 Khonkaen. 2019;10(1):79-88. (in Thai)
2. Department Of Mental Health [Internet]. Mental health: An important issue that needs attention [cited 2025 May 20]. Available from: https://www.nesdc.go.th/download/Social/Social_Report/2567_article_q1_001.pdf (in Thai)
3. Hfocus online news agency [Internet]. Revealing the number of 10 million Thais with mental health problems, students are "stressed, depressed" and try to harm themselves. [cited 2025 May 20]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2024/03/30088> (in Thai)



4. Yotpnaya A, Muenphan K, Sanveingchan S. Factors associated with stress of nursing students: private university in Bangkok. The 13th NPRU National Academic Conference Nakhon Pathom Rajabhat University Nakhon Pathom Thailand; 2021 July 8-9. p. 1123-31 (in Thai)
5. Wongchaiya P, Yana B, Pinjai P. Covid-19: Impacts on nursing students' mental health and assist guideline. Journal of Nurses Association of Thailand Northern Office. 2021;27(2):105-14. (in Thai)
6. Buachu T, Sirirat N, Noimorkunladech N, Muangkaew P. Disruptive change in nursing education: from the situation of the spread of the Coronavirus Disease 2019 to online learning. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021;22(2):1-9. (in Thai)
7. Suraseth C, Wintachai J. Stress, anxiety, and depression...How to Handle It?. STOU Education Journal. 2022;15(1):16-33. (in Thai)
8. National Institute of Mental Health. Anxiety disorders. [Internet]. 2018 [cited 2025 May 20]. Available from <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders>
9. Cheung T, Wong SY, Wong KY, Law LY, Ng K, Tong MT, et al. Depression, anxiety and symptoms of stress among baccalaureate nursing students in Hong Kong: A Cross-Sectional Study. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2016;13(779):1-25. doi: 10.3390/ijerph13080779
10. Loan BT, Hengudomsub P, Chaimongkol N. Factors related to mental health among Vietnamese nursing students. Thai Pharmaceutical and Health Science Journal. 2015;10(4):173-83. (in Thai)
11. Rathnayake S, Ekanayaka J. Depression, anxiety and stress among undergraduate nursing students in a public university in Sri Lanka. International Journal of Caring Sciences. 2016;9(3):1020-32.
12. Verma P, Verma M, Lahri B, Pakhare A, Das S. Study of depressive, anxiety, and stress symptoms and their associated risk factors among undergraduate nursing students in central India: A cross-sectional study. Journal of Primary Care Specialties. 2021;2(3):80-4. doi: 10.4103/jopcs.jopcs_16_21
13. Mohebbi Z, Setoodeh G, Torabizadeh C, Rambod M. State of mental health and associated factors in nursing students from Southeastern Iran. Investigation y Education en Enfermeria. 2019;37(3):1-11. doi: 10.17533/udea.iee.v37n3e04
14. Wynter K, Redley B, Holton S, Manias E, McDonall J, McTier L, et al. Depression, anxiety and stress among Australian nursing and midwifery undergraduate students during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. Journal of Nursing Education Scholarship. 2021;18(1):20210060 doi: 10.1515/ijnes-2021-0060
15. Chootong R, Wiwattanaworase P, Buathong N, Noofong Y, Chaithaweesup P, Cheechooen P, et al. Mental health status, family state and family functioning of undergraduate students in a Southern University, Thailand. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 2019;64(4):337-50. (in Thai)



16. Booranarek S, Yeujaeyen M, Keawchuntra K. Mental health status and need for mental health services in educational institutions of Boromarajonani College of Nursing students. *Journal of health science research*. 2022;16(1):137-49. (in Thai)
17. Polruamngern N, Kerdcharoen N, Ungrungseesopon T. Relationship between resilience quotient and mental health problems in urban late adolescents. *Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine*. 2022;66(4):267-76. (in Thai)
18. Pumtha-it T, Maraphen R, Petchsuk R. The relationship between mental health status and academic achievement of nursing students, Faculty of Nursing, Suan Dusit Univesrsity. Bangkok: Faculty of Nursing, Suan Dusit Univesrsity; 2017. (in Thai)
19. Kongman K, Hakeem C. Factors affecting mental health problem of nursing students. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2020;21(3):331-9. (in Thai)
20. Buatchum K, Nukaew O, Suwannawat J, Worrasirinara P, Jeratchayaporn K, Chistraksa W. Factors predicting mental health status among nursing students, Prince of Songkla University. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2022;42(2):98-109. (in Thai)
21. Oei TP, Sawang S, Goh YW, Mukhtar F. Using the depression anxiety stress scale 21 (DASS-21) across cultures. *International Journal of Psychology*. 2013;48(6):1018-29. doi: 10.1080/00207594.2012.755535
22. Boonpanitch P, Kalayasiri R, Buathong N. Depression and fatigue among flight attendants in Thailand. *Chulalongkorn Medical Journal*. 2018;62(6):1023-35. (in Thai)
23. Aontongtim S, Laogeerunkul P, Potpanichpong S, Duangtip C. The adjustment of the first year undergraduate students of higher education in stitutes within Muang District in Chaing Rai Province. *Apheit International Journal*. 2017;23(1):18-25. (in Thai)
24. Fariha T, Uddin J, Flatt JD. Examining Anxiety and Depression among Undergraduate Nursing Students: A Cross-Sectional Study. *BioMed Target Journal* 2024;2(2):57-63 doi: 10.21203/rs.3.rs-4551863/v1.
25. Ramón-Arbués E, Granada-López JM, Satústegui-Dordá PJ, Echániz-Serrano E, Sagarra-Romero L, Antón-Solanas I. Psychological distress in nursing students: relationship with screen time, diet and physical activity. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2023;31:e3959. doi: 10.1590/1518-8345.6746.3960
26. Andargeery SY. The perception and association between depression and academic stress among female undergraduate nursing students: a cross-sectional study. *Frontiers in Public Health* 2024;12:1414469 doi: 10.3389/fpubh.2024.1414469.
27. Fariha T, Uddin J, Flatt JD. Examining Anxiety and Depression among Undergraduate Nursing Students: A Cross-Sectional Study. *Biomed Target Journal*. 2024;2(2):57–63; doi: 10.59786/bmtj.225.



28. Cheung T, Wong SY, Wong KY, Law LY, Ng K, Tong MT, et al. Depression, anxiety and symptoms of stress among baccalaureate nursing students in Hong Kong: a cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2016;13(8):779.
29. Fancourt D, Opher S, de Oliveira C. Fixed-Effects Analyses of Time-Varying Associations between Hobbies and Depression in a Longitudinal Cohort Study: Support for Social Prescribing? *Psychotherapy and Psychosomatics* 2020;89(2):111–113; doi: 10.1159/000503571.
30. Tosangwarn S, Jantarawiwat T. Stress, depression, coping strategies and resilience of nursing students at an institution in northeast Thailand during the outbreak of the covid-19 virus. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2023;37(3): 92-113. (in Thai)
31. Faronbi JO, Adebisi AT, Idowu AO, Faronbi GO, Irinoye OO. Predictors of depressive symptoms and effective coping strategies among open and distance learning nursing students. *International Journal of Africa Nursing Sciences*. 2021;14:100295; doi: 10.1016/J.IJANS.2021.100295.
32. Moxham LJ, Fernandez R, Kim B, Lapkin S, ten Ham-Baloyi W, Al Mutair A. Employment as a predictor of mental health, psychological distress, anxiety and depression in Australian pre-registration nursing students. *Journal of Professional Nursing*. 2018;34(6): 502-6. doi: 10.1016/J.PROFNURS.2018.03.005.
33. Chu Y, Zhang Y, Yang D, Wang S, Liang C, Wang X, et al. Influence of family function on social anxiety among Chinese nursing students: The mediating role of alexithymia. *Nursing open*. 2022;10(3):1356–66. doi: 10.1002/nop2.1385.
34. Mohamed NA, Ali SO, Ehrahim EEE, Ahmed AL, Wahba AM. Predictors of Academic and Clinical Stress Among Nursing Students. *SAGE open nursing*. 2024;10:23779608241290392. doi: 10.1177/23779608241290392.
35. Martin SD, Urban RW, Johnson AH, Magner D, Wilson JE, Zhang Y. Health-related behaviors, self-rated health, and predictors of stress and well-being in nursing students. *Journal of Professional Nursing*. 2022;38:45–53. doi: 10.1016/j.profnurs.2021.11.008.
36. Zhou L, Sukpasjaroen K, Wu Y, Wang L, Chankoson T, Cai E. Predicting nursing students' psychological well-being: network analysis based on a model of thriving through relationships. *BMC Medical Education*. 2022;22(1):463.



แนวทางการดูแลสุขภาพสำหรับนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ จังหวัดฉะเชิงเทรา

อรชума หนูน้อย ศษ.ม.¹

เอมอัชมา วัฒนบุรณนัท ศต.²

ยุวดี รอดจากภัย ศต.³

(วันรับบทความ : 31 มีนาคม พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ : 10 พฤษภาคม พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ : 22 พฤษภาคม พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ความต้องการในการดูแลสุขภาพของนักศึกษา 2) สภาพการดูแลสุขภาพของนักศึกษา และ 3) แนวทางการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับนักศึกษาของมหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ กลุ่มตัวอย่างการวิจัยเชิงปริมาณคือ นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ จำนวน 293 คน และผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านกิจการนักศึกษาของมหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ จำนวน 10 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย (1) ข้อมูลส่วนบุคคล และ (2) ความต้องการในการดูแลสุขภาพของนักศึกษา และแบบสัมภาษณ์ กึ่งโครงสร้าง การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ .90 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า 1) ความต้องการในการดูแลสุขภาพของนักศึกษาภาพรวมอยู่ในระดับมาก 2) สภาพการดูแลสุขภาพ นักศึกษาของมหาวิทยาลัย พบว่า มหาวิทยาลัยมีการส่งเสริมและสนับสนุนการจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพให้กับนักศึกษา ทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต หลักสูตรการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับนักศึกษาควรเป็นหลักสูตรอบรม ในประเด็น ที่นักศึกษาสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ ได้แก่ อาหารและโภชนาการ การป้องกันการสูบบุหรี่ การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ และอุบัติเหตุและความปลอดภัย ปัญหาที่พบในการดูแลสุขภาพนักศึกษามี 3 ด้าน คือ งบประมาณ บุคลากร/นักศึกษา สภาพแวดล้อม/สิ่งสนับสนุน และ 3) แนวทางการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับนักศึกษา ควรส่งเสริมกิจกรรมให้กับนักศึกษา 7 ด้าน ได้แก่ การออกกำลังกาย อาหารและโภชนาการ ความเครียดการสูบบุหรี่ ความปลอดภัย ในการเดินทาง พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ และการพัฒนาศักยภาพนักศึกษา

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา ความต้องการด้านการดูแลสุขภาพ

¹นักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

²ศาสตราจารย์, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

³รองศาสตราจารย์, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: oh_nounoy@hotmail.com Tel: 089-7992618.



Guidelines of Health Care for Undergraduate Students at Rajanakarin Rajabhat University in Chachoengsao Province

Onchuma Nunoy M.Ed.¹

Aimutcha Wattanaburanon Ph.D.²

Yuvadee Rodjarkpai Ph.D.³

(Received Date: March 31, 2025, Revised Date: May 10, 2025, Accepted Date: May 22, 2025)

Abstract

This mixed methods research aimed to study 1) the healthcare needs of undergraduate students; 2) the current state of healthcare services for undergraduate students, and 3) appropriate health care guidelines for undergraduates at Rajanagarindra Rajabhat University. The quantitative sample consisted of 293 undergraduates and the key informants for qualitative data were 10 student affairs officials at the university. The research instrument was a questionnaire consisting of 2 sections: (1) personal information and (2) healthcare demands among students, which had a Cronbach's alpha coefficient of .90, and a Semi-structured interview form for qualitative data collection.. The statistics used for data analysis included means and standard deviations for the quantitative data and content analysis for the qualitative data.

The results found that: 1) the students' healthcare demands were at a high level; 2) the university promoted and encouraged student activities for both physical and mental health; and 3) healthcare guidelines for students would be beneficial. An appropriate health care program for students should include health promotion training courses that they can apply to issues they face in their daily lives, such as food and nutrition, smoking prevention, stress management, exercise, sexual behavior, and accidents and safety. Problems in student health care services were classified into three categories: budgetary, personnel/students, and nvironment/support. Results indicate that appropriate health care guidelines for students should be developed to promote student engagement in seven areas: exercise, food and nutrition, stress management, smoking, travel safety, sexual behavior, and student potential development.

Keywords: healthcare, undergraduate student, health care needs

¹Doctoral student, Doctor of Public Health Program, Faculty of Public Health, Burapha University

²Professor, Doctor of Public Health Program, Faculty of Public Health, Burapha University

³Associate Professor, Doctor of Public Health Program, Faculty of Public Health, Burapha University

¹Corresponding author, Email: oh_nunoy@hotmail.com Tel: 089-7992618.



บทนำ

จากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมส่งผลกระทบต่อประชากรทุกกลุ่ม โดยเฉพาะนิสิตนักศึกษาในระดับอุดมศึกษาที่ต้องเผชิญกับความท้าทายทั้งด้านวิชาการ สังคมและการปรับตัวในสภาพแวดล้อมใหม่ ๆ พฤติกรรมการใช้ชีวิตของนักศึกษาในปัจจุบันจึงเปลี่ยนแปลงไปตามบริบทและสภาวะทางสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม พฤติกรรมทางเพศที่อาจเสี่ยงต่อสุขภาพ และโรคเรื้อรังต่าง ๆ เป็นต้น¹ ซึ่งพฤติกรรมการใช้ชีวิตของนักศึกษามีความสำคัญต่อสุขภาพที่ต้องได้รับการส่งเสริมให้เหมาะสม การมีสุขภาพดีจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการเรียนรู้ของนักศึกษา การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลต้องดำเนินการเพื่อรักษาสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี หากบุคคลไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอจะเกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตได้ ซึ่งต้องได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่น เช่น บุคลากรทางการแพทย์หรือระบบสนับสนุนในสถาบันการศึกษา ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพนักศึกษา และการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลตนเอง เช่น การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนกิจกรรมทางกาย และการจัดบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ เป็นต้น เพื่อให้ นักศึกษามีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม² แม้ว่าหลายมหาวิทยาลัยจะมีการจัดกิจกรรมและบริการส่งเสริมสุขภาพให้กับนักศึกษา แต่ก็มีพบว่านักศึกษายังขาดความรู้ ความเข้าใจ หรือโอกาสเข้าถึงบริการดังกล่าว³

มหาวิทยาลัยในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงจากอดีตไปมาก ทั้งด้านระบบการเรียนการสอน การนำเทคโนโลยีมาใช้และรูปแบบวิถีการดำเนินชีวิตของนักศึกษา การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวไม่เพียงแต่จะส่งผลกระทบต่อพัฒนาทางวิชาการแล้วยังส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพของนิสิตนักศึกษาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผลจากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของนิสิตนักศึกษาในมหาวิทยาลัยโดยสถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย⁴ พบพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพนิสิตนักศึกษา เช่น 1) ความเครียด ความวิตกกังวล พบนิสิตนักศึกษามีความเครียดมาก เกือบร้อยละ 40 จากความคาดหวังของครอบครัวและผลการเรียน ความวิตกกังวลสูงมักส่งผลให้ผลการเรียนต่ำลงและขาดเรียนบ่อยขึ้น⁵ 2) พฤติกรรมนอนที่ไม่เหมาะสม นอนไม่เพียงพอหรือนอนผิดเวลา จากภาระการเรียนและการใช้สื่อดิจิทัลในช่วงกลางคืน⁶ การนอนน้อยกว่า 6 ชั่วโมงต่อคืน มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการเรียนรู้และจดจำข้อมูลลดลง⁷ 3) พฤติกรรมเนือยนิ่ง พบนิสิตนักศึกษามีแนวโน้มพฤติกรรมเนือยนิ่งสูงขึ้นในระดับมาก (Mean= 2.49, S.D.= 0.66) มีการออกกำลังกายลดลง นั่งอยู่กับที่เป็นเวลานานโดยไม่ขยับหรือเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดและเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน⁸ 4) พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม พบนิสิตนักศึกษามีพฤติกรรมการบริโภคอาหารภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง (Mean= 2.86, S.D.= 0.52) โดยการบริโภคอาหารจานด่วน อาหารที่มีไขมันสูง และละเลยอาหารเช้า ซึ่งสะท้อนได้จากค่าดัชนีมวลกายของนิสิตนักศึกษาในประเทศไทย (BMI) ที่ 1 ใน 4 ที่เผชิญกับภาวะผอมและน้ำหนักเกินเกณฑ์หรืออ้วนในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน⁹ 5) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบนิสิตนักศึกษาสูบบุหรี่ถึงร้อยละ 15 ของนิสิตนักศึกษาในประเทศไทย มีจำนวนร้อยละ 5.50 ที่สูบบุหรี่บ่อยครั้งไปจนถึงทุกวัน โดยเฉพาะสูบบุหรี่ในมหาวิทยาลัยสูงกว่าร้อยละ 40 และร้อยละ 20 พบได้บ่อยถึงตลอดเวลาในพื้นที่มหาวิทยาลัย 6) พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบนิสิตนักศึกษาประมาณร้อยละ 9 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่บ่อยครั้งถึงร้อยละ 7 ซึ่งอีกกว่าร้อยละ 50 มีพฤติกรรมการดื่มแบบนาน ๆ ครั้งทีพบเห็นได้บ่อยมากในรั้วมหาวิทยาลัย¹⁰ และ 7) พฤติกรรมความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน พบนิสิตนักศึกษาคาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้งขณะใช้รถเพียงร้อยละ 60 มีเพียง 1 ใน 3 ที่สวมหมวกนิรภัยขณะใช้จักรยานยนต์ และร้อยละ 15 พบว่าเคยมีการข่มขืนพาหนะขณะมีเม้าที่ไปนำไปสู่การบาดเจ็บและสูญเสียชีวิต¹¹ จากพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าวการมีนโยบายส่งเสริมและดูแลสุขภาพในระดับมหาวิทยาลัยจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ช่วยสนับสนุนให้นักศึกษามีสุขภาพดีทั้งกายและใจ และช่วยให้นักศึกษามีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว

ปัจจุบันมหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ มีการจัดการเรียนการสอนหลากหลายสาขาวิชา ทั้งระดับปริญญาตรีและระดับบัณฑิตศึกษา นักศึกษาระดับอุดมศึกษาอยู่ในช่วงวัยของการพัฒนาด้านความรู้ ทักษะและบุคลิกภาพ เพื่อเตรียมความพร้อมในการประกอบอาชีพและใช้ชีวิตในสังคม คุณภาพชีวิตของนักศึกษาจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพและความสามารถในการเรียนรู้ ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของนักศึกษา ได้แก่ ปัจจัยด้านสุขภาพจิตใจ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม



ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและความสามารถในการเรียนรู้ของนักศึกษา¹² จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต นักศึกษาที่พักอยู่ในหอพักของมหาวิทยาลัยที่ผ่านมาพบว่า นักศึกษามีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.16, S.D. = 1.08)¹³ และสิ่งที่นักศึกษาต้องการในด้านคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ในด้านสุขภาพอนามัย พบว่า มีความต้องการให้มีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และต้องการให้มีกลุ่มอาสาสมัครป้องกันและดูแลสุขภาพประจำหอพัก¹⁴

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นว่า นักศึกษาระดับอุดมศึกษายังมีปัญหาและพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ และมีปัจจัยหลายด้านที่ส่งผลต่อสุขภาพและการเรียนรู้ โดยเฉพาะนักศึกษาที่พักหอพักของมหาวิทยาลัยยังมีคุณภาพชีวิตที่ยังไม่ดีพอและมีความต้องการด้านการดูแลสุขภาพอนามัย แต่ยังไม่มีการศึกษาความต้องการในการดูแลสุขภาพของนักศึกษา สภาพปัญหาและแนวทางการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับนักศึกษา ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาข้อมูลดังกล่าวเพื่อหาแนวทางการดูแลสุขภาพนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ และเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปการออกแบบหลักสูตรการดูแลสุขภาพ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข ในสถาบันอุดมศึกษาต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการในการดูแลสุขภาพของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ จังหวัดฉะเชิงเทรา
2. เพื่อศึกษาสภาพการดูแลสุขภาพนักศึกษาของมหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ จังหวัดฉะเชิงเทรา
3. เพื่อศึกษาแนวทางการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ จังหวัดฉะเชิงเทรา

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed models) โดยแบ่งการวิจัยเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่ การศึกษาเชิงปริมาณและการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาแนวทางการดูแลสุขภาพสำหรับนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ การศึกษาใช้เวลาระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวทางการดูแลสุขภาพสำหรับนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ครั้งนี้ ผู้วิจัยนำข้อมูลพื้นฐานจากการศึกษาสภาพปัญหาการดูแลสุขภาพนักศึกษาของมหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ และแนวคิดทฤษฎีการดูแลสุขภาพ มากำหนดเป็นกรอบประเด็นการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการในการดูแลสุขภาพของนักศึกษา สภาพปัญหาการดูแลสุขภาพนักศึกษา และแนวทางการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับนักศึกษาของมหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ โดยมีนักศึกษาระดับชั้นปีที่ 1-4 และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านกิจการนักศึกษาของมหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ เป็นผู้ให้ข้อมูล ภายใต้กระบวนการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้เป็นแนวทางการออกแบบหลักสูตรการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข ในสถาบันอุดมศึกษา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเพื่อศึกษาแนวทางการดูแลสุขภาพสำหรับนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ มีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ส่วนที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ ประชากรที่ใช้ในการวิจัยคือ นักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 ของมหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ จำนวน 3,171 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามวิธีเลือกตัวอย่างโดยการสุ่มแบบง่ายเพื่อการประมาณสัดส่วนของแฉะเนียล¹⁵ ได้กลุ่มตัวอย่าง 293 คน ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ จำแนกตามสัดส่วนประชากรแต่ละคณะ แล้วใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ตามสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างแต่ละคณะและตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ



ส่วนที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก คือ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านกิจการนักศึกษาจาก 2 หน่วยงาน คือ 1) สังกัดกองพัฒนานักศึกษา จำนวน 5 คน และ 2) สังกัดคณะ จำนวน 5 คณะๆ ละ 1 คน รวมทั้งสิ้น 10 คน โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล คือ ปฏิบัติงานด้านกิจการศึกษามาแล้วไม่น้อยกว่า 3 ปี และมีความสามารถในการสื่อสาร เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ดังนี้

ส่วนที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความต้องการในการดูแลสุขภาพของมหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล และความต้องการในการดูแลสุขภาพของนักศึกษา จากการทบทวนงานวิจัย ตำราและเอกสารวิชาการต่าง ๆ ประกอบด้วย ความต้องการดูแลตนเอง 6 ด้าน ได้แก่ อาหารและโภชนาการ การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ความปลอดภัยในการเดินทาง ความเครียด และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ ข้อคำถามจำนวน 54 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ทั้งข้อความทางบวกและข้อความทางลบ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด กำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยตามเกณฑ์ของ บุญชม ศรีสะอาด¹⁶ ดังนี้ มีความต้องการอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.51-5.00) มีความต้องการอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.51-4.50) มีความต้องการอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.51-3.50) มีความต้องการอยู่ในระดับน้อย (Mean = 1.51-2.50) และมีความต้องการอยู่ในระดับน้อยที่สุด (Mean = 1.00-1.50)

ส่วนที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ประเด็นในการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านกิจการนักศึกษาของมหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ ได้แก่ 1) การเล่าสภาพทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ มหาวิทยาลัยมีนโยบายการดูแลสุขภาพนักศึกษาและมีความพร้อมในการดูแลสุขภาพนักศึกษา 2) ความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดทำหลักสูตรการดูแลสุขภาพสำหรับนักศึกษาของมหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ หลักสูตรที่เน้นให้กับนักศึกษา 3) ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลสุขภาพนักศึกษา และ 4) ความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการดูแลสุขภาพที่ส่งผลดีต่อสุขภาพนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์กิจกรรมหรือบริการด้านใดที่ควรส่งเสริมให้กับนักศึกษา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) แบบสอบถามที่สร้างขึ้นผ่านการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพ 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาในแต่ละคำถาม จากนั้นนำไปคำนวณความสอดคล้อง (Item-Objective Congruence: IOC) ซึ่งได้ค่าอยู่ระหว่าง .60 - 1.00

2. การหาความเที่ยง (Reliability) แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและแก้ไขแล้วได้ทดลองใช้ (Try-out) กับนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ วิทยาเขตระยอง ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำไปคำนวณหาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ .90 และในแต่ละด้านของแบบสอบถามได้ค่าตั้งแต่ .85, .93, .93, .92, .94 และ .95

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยบูรพา รหัสโครงการวิจัย G-HS096/2567 เลขที่ IRB3-125/2567 วันที่รับรอง 25 สิงหาคม พ.ศ. 2567 โดยผู้วิจัยได้แจ้งกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับอย่างเคร่งครัด ไม่เปิดเผยชื่อ หน่วยงาน ภาพและเสียงสัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จะนำไปเผยแพร่ในภาพรวมเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยและมีสิทธิที่จะยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา ไม่มีผลกระทบต่อการเรียนและการทำงาน การเก็บข้อมูลเริ่มเมื่อกลุ่มตัวอย่างตกลงเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ส่งถึงอธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล

1. **การศึกษาเชิงปริมาณ** การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย อธิบายและทำความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้แบบสัมภาษณ์ให้กับกลุ่มตัวอย่างได้ทราบ วันที่เก็บข้อมูลจะให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม ใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที และก่อนออกจากพื้นที่ผู้วิจัยจะตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามให้ครบถ้วนก่อนที่จะนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

2. **การศึกษาเชิงคุณภาพ** การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย อธิบายและทำความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้แบบสัมภาษณ์ให้กับกลุ่มตัวอย่างได้ทราบ วันที่สัมภาษณ์จะให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกตามแนวทางการสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น ใช้เวลาไม่เกิน 50 นาที ต่อคน หลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต การจดบันทึกและการบันทึกเสียงสัมภาษณ์ มาสรุปและถอดข้อความจากเทปบันทึกเสียงในแต่ละวัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ขั้นตอนการวิเคราะห์ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ และส่วนที่ 2 ศึกษาความต้องการในการดูแลสุขภาพของนักศึกษา สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยถอดเทปออกมาคำต่อคำ แล้วนำมาจัดหมวดหมู่และวิเคราะห์เนื้อหา หลังจากการวิเคราะห์ผู้วิจัยใช้วิธีการยืนยันข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลเดิมยืนยันข้อมูลของตนเอง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82.94) มีอายุ 20 ปี (ร้อยละ 33.10) ศึกษาในระดับชั้นปีที่ 1 (ร้อยละ 32.40) และศึกษาอยู่คณะครุศาสตร์ (ร้อยละ 27)

2. ความต้องการในการดูแลสุขภาพของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการในการดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=4.10) ดังนี้ ด้านการออกกำลังกาย (Mean=4.20, S.D.=0.23) ด้านความปลอดภัยในการเดินทาง (Mean=4.17, S.D.=0.27) ด้านอาหารและโภชนาการ (Mean=4.12, S.D.=0.29) ด้านความเครียด (Mean=4.11, S.D.=0.42) ด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ (Mean=4.05, S.D.=0.56) และด้านการสูบบุหรี่ (Mean=3.95, S.D.=0.24) ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความต้องการในการดูแลสุขภาพของนักศึกษาในภาพรวม

ความต้องการในการดูแลสุขภาพของนักศึกษา	Mean	S.D.	ระดับความต้องการ
1. อาหารและโภชนาการ	4.12	0.29	มาก
2. การออกกำลังกาย	4.20	0.23	มาก
3. การสูบบุหรี่	3.95	0.24	มาก
4. ความปลอดภัยในการเดินทาง	4.17	0.27	มาก
5. ความเครียด	4.11	0.42	มาก
6. พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ	4.05	0.56	มาก
ค่าเฉลี่ย	4.10	0.14	มาก



3. สภาพการดูแลสุขภาพของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกถึงสภาพการดูแลสุขภาพของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ มีดังนี้

3.1 ด้านนโยบายและความพร้อมในการดูแลสุขภาพนักศึกษาของมหาวิทยาลัย พบว่า มหาวิทยาลัยให้การส่งเสริมและสนับสนุนจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพนักศึกษาที่ครอบคลุมทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต และมหาวิทยาลัยยังมีความพร้อมสนับสนุนการดูแลสุขภาพให้กับนักศึกษาทั้งด้านสถานที่ ด้านบุคลากรและด้านงบประมาณสำหรับการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ให้กับนักศึกษา ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“มีการจัดกิจกรรมให้กับนักศึกษา เช่น กิจกรรมกีฬา “สารภีเกมส์” ชมรมกีฬา การอบรมให้ความรู้และให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

“มีสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก แต่ก็อาจจะไม่ได้สมบูรณ์แบบทุกอย่าง เช่น สนามกีฬา อุปกรณ์กีฬา โดยเฉพาะที่หอพักนักศึกษามีฟิตเนสบริการนักศึกษาด้วย แต่สำหรับมหาวิทยาลัยที่อยู่ในเมืองจะไม่มีโรงยิมสำหรับเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายเพราะมีพื้นที่จำกัด” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

“มีเจ้าหน้าที่และมีห้องพยาบาลให้บริการนักศึกษา กรณีเจ็บป่วยเล็กน้อยหรือต้องการรักษาพยาบาลเบื้องต้น หรือสำหรับนักศึกษาที่มีความเครียดก็ไปขอคำปรึกษาได้ หากมีภาวะเครียดมากๆ เจ้าหน้าที่จะส่งต่อให้ไปพบจิตแพทย์ที่โรงพยาบาลใกล้เคียงช่วยเหลือและรักษาต่อ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

“มีการจัดสรรงบประมาณจากมหาวิทยาลัยให้กับกองพัฒนานักศึกษาและคณะ สำหรับใช้จ่ายในการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพนักศึกษา” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

แต่จากการสัมภาษณ์ไม่พบว่ามหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์มีประกาศ และไม่มียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมดูแลสุขภาพนักศึกษา ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“ไม่มีประกาศนโยบายในเรื่องที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพหรือดูแลนักศึกษา” แต่มหาวิทยาลัยก็จะสนับสนุนและส่งเสริมให้จัดกิจกรรมที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพนักศึกษามาตลอด” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

3.2 หลักสูตรการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ พบว่า ควรเป็นหลักสูตรอบรม ที่ใช้ระยะสั้น ๆ หัวข้ออบรมให้ความรู้ควรจะมีแก่นแก่นให้นักศึกษานำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ เช่น อาหารและโภชนาการ การป้องกันการสูบบุหรี่ การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ และอุบัติเหตุและความปลอดภัย เป็นต้น ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“ผมคิดว่า ควรจะเป็นการอบรมให้ความรู้ ที่ใช้เวลาไม่มาก เพราะนักศึกษาไม่ชอบฟังอะไรนาน ๆ อบรมแล้วให้นำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การป้องกันสูบบุหรี่ เรื่องพวกนี้น่าจะเหมาะกับนักศึกษาของเรา” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

“นักศึกษามีปัญหาสุขภาพกันหลายคนทุกคณะเลย หลักสูตรอบรมที่เกี่ยวกับสุขภาพก็น่าจะเหมาะกับนักศึกษาเรา โดยเฉพาะเรื่องการสูบบุหรี่ การป้องกันอุบัติเหตุ วิธีการจัดการความเครียด และการบริโภคอาหาร เรื่องพวกนี้ที่คิดว่าก็น่าจะมีประโยชน์กับเขา” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8)

“นักศึกษาทั้งผู้หญิงและผู้ชายเดี๋ยวนี้ วางตัวไม่เหมาะสม โดยเฉพาะผู้หญิงชอบนุ่งกระโปรงสั้น แต่งตัวรัดรูป จับมือถือแขนกัน มันดูไม่เหมาะสม ถ้าเราให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศเขาก็อาจจะเอาไปปรับพฤติกรรมได้ดีขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9)

“คิดว่าจะจะเป็นหลักสูตรอบรม หัวข้อเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุ โดยเฉพาะอุบัติเหตุจากมอเตอร์ไซด์ ถ้าเขามีความรู้เรื่องพวกนี้ เขาน่าจะดูแลตัวเองและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุได้มากขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7)



3.3 ปัญหาและอุปสรรคที่พบในการดูแลสุขภาพให้กับนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ พบว่า มี 3 ด้าน ดังนี้

1) ด้านงบประมาณ พบว่า มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ มีการจัดสรรงบประมาณให้กับกองพัฒนานักศึกษาและให้กับคณะสำหรับจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและดูแลสุขภาพที่น้อย/จำกัด จึงทำให้ทั้ง 2 หน่วยงานไม่สามารถจัดกิจกรรมให้กับนักศึกษาได้ครอบคลุมทุกด้าน ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“มหาวิทยาลัยให้งบประมาณมาให้หน่อย กิจกรรมบางอย่างที่อยากจัดให้นักศึกษาก็จัดไม่ได้” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

“เรามีงบประมาณจำกัด เวลาจัดกิจกรรมให้นักศึกษา ก็จัดได้บ้างขึ้นปีเท่านั้น ทำทั้งหมดเงินไม่พอ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

“มีเงินมาน้อย บางครั้งอยากซื้ออุปกรณ์กีฬาให้นักศึกษาไว้เล่น ก็ไม่มีเงิน” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

2) ด้านบุคลากร/นักศึกษา พบว่า มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ ยังขาดบุคลากรที่เชี่ยวชาญและมีทักษะเฉพาะด้าน เช่น พยาบาล จิตแพทย์ นักจิตวิทยา และนักโภชนาการ เป็นต้น จึงทำให้การให้คำปรึกษาและดูแลสุขภาพนักศึกษาไม่ครบถ้วน และนักศึกษาส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองจึงทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“มหาวิทยาลัยเราไม่มีพยาบาล เวล่านักศึกษาป่วยก็ได้แต่ดูแลเบื้องต้นไป ถ้ามีอาการหนักก็จะส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้มหาวิทยาลัย หรือถ้าเรามีจิตแพทย์ นักจิตวิทยา หรือนักโภชนาการ มาให้คำปรึกษาของเราเองก็อาจจะดีนักก็ศึกษาจะได้มาขอรับคำปรึกษาได้” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

“เห็นนักศึกษาชอบซื้ออาหารปิ้งย่างกินกัน ไม่ดีต่อสุขภาพ และบางคนที่อยู่หอพักก็กินแต่บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8)

“นักศึกษาหลายคนโดยเฉพาะผู้ชายสูบบุหรี่ ไม่ดูแลตัวเอง แทนที่จะชวนกันไปออกกำลังกาย” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10)

3) สภาพแวดล้อม/สิ่งสนับสนุน พบว่า มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ มีศูนย์ให้การศึกษายู่ 2 วิทยาเขต ที่ตั้งอยู่ในอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา และอำเภอบางคล้า ซึ่งมีลักษณะสภาพแวดล้อมต่างกัน วิทยาเขตที่อยู่ในอำเภอเมืองฉะเชิงเทราจะมีพื้นที่จำกัด ไม่มีโรงยิมและมีอาคารและสิ่งก่อสร้างต่าง ๆ เต็มพื้นที่ สำหรับวิทยาเขตที่อยู่ในอำเภอบางคล้า ที่ตั้งอยู่นอกตัวเมืองมีพื้นที่กว้างขวาง มีพื้นที่สีเขียวและมีโรงยิมให้เล่นกีฬา แต่พบว่าทั้ง 2 วิทยาเขตยังขาดสิ่งสนับสนุนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี เช่น โรงอาหารไม่มีอาหารสุขภาพจำหน่าย ไม่มีป้ายกำกับสารอาหารชัดเจน และมหาวิทยาลัยที่ปลอดบุหรี่ เป็นต้น ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“พื้นที่มหาวิทยาลัยที่ตั้งอยู่ในอำเภอเมืองไม่มีพื้นที่สีเขียวไว้ให้พักผ่อน มีพื้นที่จำกัดมาก ไม่มีโรงยิมให้นักศึกษาเล่นกีฬา และไม่มีพื้นที่เขตปลอดบุหรี่ เขตสูบบุหรี่ที่ชัดเจน” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

“ในโรงอาหารของมหาวิทยาลัยทั้ง 2 วิทยาเขต ไม่มีอาหารเพื่อสุขภาพขายเลย หรือแม้แต่ป้ายบอกคุณค่าอาหารและโภชนาการก็ไม่มี เป็นแหล่งความรู้สำคัญที่จะเอื้อต่อการมีสุขภาพดี และช่วยสร้างความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการสำหรับนักศึกษาได้เป็นอย่างดีเลยทีเดียว” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

4. แนวทางการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับนักศึกษาของมหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ พบว่า มหาวิทยาลัยควรส่งเสริมกิจกรรมหรือบริการที่จะส่งผลดีต่อสุขภาพให้กับนักศึกษาจำนวน 7 ด้าน ดังนี้ 1) การออกกำลังกาย ควรสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการออกกำลังกายและมีสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ในการออกกำลังกาย 2) อาหารและโภชนาการ ควรมีการให้ความรู้ด้านอาหารหรือโภชนาการ มีการติดตั้งป้ายให้ความรู้ด้านสุขภาพ และมีร้านอาหารเพื่อสุขภาพจำหน่ายในโรงอาหาร 3) ความเครียด ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเครียด มีระบบอาจารย์ที่ปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ 4) การสูบบุหรี่ ควรมีการให้ความรู้และสร้างความตระหนักถึงผลกระทบการสูบบุหรี่ 5) ความปลอดภัยในการเดินทาง ควรมีการให้ความรู้ด้านความปลอดภัยในการเดินทาง กฎหมายจราจร และการบังคับใช้กฎระเบียบ 6) พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ ควรมีการให้ความสำคัญกับพฤติกรรมที่แสดงออกทางเพศ เช่น การแต่งกายที่เหมาะสม การแสดงออกในความสัมพันธ์กับเพศตรงข้าม และ 7) การพัฒนาศักยภาพนักศึกษา ควรมีการพัฒนาให้นักศึกษาให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เช่น อาสาสมัครดูแลสุขภาพ แกนนำขับเคลื่อนกิจกรรมสุขภาพ และสนับสนุนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในมหาวิทยาลัย ดังคำกล่าวดังนี้



“มหาวิทยาลัยควรส่งเสริมในเรื่องการออกกำลังกายให้นักศึกษา และสนับสนุนอุปกรณ์รวมทั้งสิ่งอำนวยความสะดวกในการออกกำลังกายให้กับนักศึกษา เช่น พื้นที่ออกกำลังกาย อุปกรณ์กีฬา” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

“ควรมีการส่งเสริมเรื่องอาหารและโภชนาการ ให้มีการจำหน่ายอาหารเพื่อสุขภาพในโรงอาหาร มีป้ายบอกข้อมูลด้านอาหารและโภชนาการ นักศึกษาจะได้มีโอกาสเลือกบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพได้” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7)

“คิดว่า มหาวิทยาลัยควรสนับสนุนกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายความเครียดให้กับนักศึกษา ให้เขาดูแลตัวเองและป้องกันความเครียดกับตนเองได้ เช่น มีการอบรมเกี่ยวกับวิธีการจัดการความเครียด” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

“มหาวิทยาลัยควรมีอาจารย์ที่ปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ ที่สนใจ ให้คำแนะนำและเอาใจใส่นักศึกษา สร้างความไว้วางใจให้นักศึกษาที่จะพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาหรือความกังวลของพวกเขาได้” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

“เรื่องบุหรีเป็นอีกเรื่องสำคัญที่มหาวิทยาลัยควรให้ความสำคัญ ที่จะต้องให้นักศึกษาได้รู้ถึงผลกระทบต่อสุขภาพตนเอง และผู้อื่น และควรมีบริการให้คำปรึกษา ลด ละ เลิกบุหรี ให้กับนักศึกษาที่ต้องการเลิกบุหรี” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

“ควรส่งเสริมและควรให้ความสำคัญเรื่องความปลอดภัยในการเดินทางสำหรับนักศึกษา โดยเฉพาะการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ และกฎหมายจราจร” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9)

“มหาวิทยาลัยควรให้ความสำคัญเรื่องการสวมหมวกกันน็อคทุกครั้งที่ใช้รถจักรยานยนต์ทั้งในมหาวิทยาลัยและนอกมหาวิทยาลัย เพื่อความปลอดภัยในการเดินทางของนักศึกษา” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8)

“ควรส่งเสริมพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศให้กับนักศึกษาเพื่อจะได้วางตัวให้เหมาะสม เช่น ในเรื่องการแต่งกาย การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม โดยเฉพาะนักศึกษาหญิงหลายคนงูักระโปรงสั้นจนเกินงาม บางคนทั้งสั้นทั้งรัดรูปไม่ถูกระเบียบ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

“ควรมีการพัฒนาศักยภาพนักศึกษาให้เป็นอาสาสมัครดูแลสุขภาพหรือเป็นแกนนำสุขภาพในมหาวิทยาลัย โดยพัฒนาให้มีความรู้ให้เขาไปแนะนำบอกต่อกับเพื่อนนักศึกษาในมหาวิทยาลัยได้” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

“สนับสนุนนักศึกษา ให้มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนกิจกรรมหรือโครงการด้านสุขภาพ ทั้งในระดับในมหาวิทยาลัย ระดับคณะ และหน่วยงานภายใน” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10)

การอภิปรายผล

1. ความต้องการในการดูแลสุขภาพของนักศึกษา พบว่า นักศึกษามีความต้องการในการดูแลสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับมาก และมีความต้องการอยู่ในระดับมากทุกด้าน อาจเป็นเพราะว่าสภาพแวดล้อมของมหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนนครินทร์ที่มี 2 พื้นที่ซึ่งพื้นที่หนึ่งมีที่ตั้งห่างเมืองจึงอาจทำให้นักศึกษาที่อาศัยอยู่หอพักอาจมีความต้องการสิ่งอำนวยความสะดวกและกิจกรรมที่หลากหลายเพื่อสนองความต้องการด้านสุขภาพ¹³ การขาดสิ่งอำนวยความสะดวกอาจทำให้นักศึกษามีความต้องการด้านการออกกำลังกายและอาหารที่ดี เพื่อรักษาสุขภาพร่างกายและจิตใจ ประกอบกับสภาพด้านจิตใจและความเครียด ซึ่งจากการศึกษา Shaikh และ Deschamps¹⁷ พบว่า นักศึกษาที่อยู่หอพักมักมีปัญหาด้านจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้าและอ่อนเพลียที่อาจส่งผลให้นักศึกษาต้องการดูแลสุขภาพด้านความเครียดมากขึ้น ในด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศและการสูบบุหรี ส่วนใหญ่นักศึกษาวัยรุ่นมีความสนใจและความเสี่ยงต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศและการสูบบุหรี ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่ต้องการดูแลและป้องกันอย่างจริงจัง¹³ และด้านความปลอดภัยในการเดินทาง นักศึกษาส่วนใหญ่ใช้รถจักรยานยนต์เป็นพาหนะในการเดินทางภายในมหาวิทยาลัยและระหว่างมหาวิทยาลัยทั้ง 2 แห่ง เนื่องจากสะดวกและรวดเร็ว แต่ก็มักมีอุบัติเหตุเกิดขึ้นกับนักศึกษาได้บ่อยครั้ง จึงอาจทำให้นักศึกษาต้องการในเรื่องความปลอดภัยในการเดินทางอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้หากนักศึกษามีความรู้ในการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ถูกต้องก็จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการเกิดอุบัติเหตุได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ธวัชชัย เอกสันติ และคณะ¹⁸ ที่พบว่า ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมขับขี่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



2. สภาพการดูแลสุขภาพนักศึกษาของมหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ ผลจากการสัมภาษณ์พบว่า

2.1 นโยบายการดูแลสุขภาพนักศึกษา พบว่า มหาวิทยาลัยมีการส่งเสริมกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพนักศึกษาที่ครอบคลุมทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต แต่ไม่พบว่ามหาวิทยาลัยมีประกาศออกมาเป็นนโยบายหรือมีแนวปฏิบัติของมหาวิทยาลัยที่จะพัฒนาให้เป็นมหาวิทยาลัยส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งอาจเป็นเพราะมหาวิทยาลัยมุ่งเน้นการดำเนินงานตามแผนพัฒนามหาวิทยาลัยและยุทธศาสตร์ของมหาวิทยาลัยที่เน้นการพัฒนาคุณภาพการศึกษาและชุมชนมากกว่า อย่างไรก็ตามการมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพที่ชัดเจนจะช่วยให้การดำเนินงานเป็นระบบและประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ เกียรติศักดิ์ แก้วหาญ และคณะ¹⁹ และการศึกษาของ อรุณรัตน์ สารวิโรจน์ และ กานดา จันทร์แย้ม²⁰ ที่พบว่า การมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพสามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาได้ แสดงให้เห็นว่าหากนิสิตนักศึกษามีการรับรู้ถึงนโยบายในการส่งเสริมก็อาจจะส่งผลให้เกิดการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามไปด้วยนั่นเอง

2.2 หลักสูตรการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับนักศึกษาของมหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ พบว่า ควรเป็นหลักสูตรอบรม ที่ใช้เวลาระยะสั้น ๆ ที่นักศึกษาสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ เช่น อาหารและโภชนาการ การออกกำลังกาย การป้องกันการสูบบุหรี่ การจัดการความเครียด พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ และอุบัติเหตุและความปลอดภัย เป็นต้น อาจเป็นเพราะว่าหลักสูตรอบรมเป็นการอบรมให้ความรู้ที่ใช้เวลาสั้น ๆ²¹ ที่มีเนื้อหาสาระที่ผู้จัดต้องการให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทั้งด้านความรู้และทัศนคติไปในทิศทางที่ได้ตั้งเป้าประสงค์ไว้²² จึงน่าจะเหมาะสมกับนักศึกษาของมหาวิทยาลัยเป็นอย่างดี โดยเฉพาะเน้นให้ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพต่าง ๆ

3. แนวทางการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับนักศึกษา พบว่า มหาวิทยาลัยควรส่งเสริมกิจกรรมหรือบริการที่จะส่งผลดีต่อสุขภาพให้กับนักศึกษา จำนวน 7 ด้าน คือ 1) การออกกำลังกาย 2) อาหารและโภชนาการ 3) ความเครียด 4) การสูบบุหรี่ 5) ความปลอดภัยในการเดินทาง 6) พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ และ 7) การพัฒนาศักยภาพนักศึกษา ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากนักศึกษาอยู่ในช่วงวัยหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต มีความเปราะบางต่อพฤติกรรม หากขาดการส่งเสริมและการดูแลที่เหมาะสมอาจส่งผลต่อสุขภาพได้ สอดคล้องกับแนวคิดด้านการส่งเสริมสุขภาพตามกรอบองค์การอนามัยโลก²³ ที่เน้นให้สถานศึกษาเป็นพื้นที่สำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในกลุ่มเยาวชนและวัยรุ่น การส่งเสริมกิจกรรมด้านการออกกำลังกาย มหาวิทยาลัยควรส่งเสริมการออกกำลังกายให้กับนักศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สิริรัช จันทร์รัมย์ และ จินตนา สราญฤทธิ์พิทักษ์²⁴ ที่พบว่า การจัดกิจกรรมออกกำลังกายในมหาวิทยาลัยจะช่วยเพิ่มอัตราการออกกำลังกายของนักศึกษาและส่งผลต่อสุขภาพกายและใจที่ดีขึ้น ด้านอาหารและโภชนาการ มหาวิทยาลัยควรส่งเสริมให้นักศึกษามีความรู้เกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนาภรณ์ สาสีทา²⁵ ที่พบว่า การจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านอาหารและโภชนาการในสถานศึกษาจะช่วยเพิ่มพฤติกรรมการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ให้กับนักศึกษาได้ ด้านความเครียด มหาวิทยาลัยควรส่งเสริมความรู้การจัดการความเครียดและมีศูนย์ให้คำปรึกษาให้กับนักศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ สืบตระกูล ต้นตาลกุล²⁶ ที่พบว่า การมีกิจกรรมบำบัดหรือศูนย์ให้คำปรึกษาสามารถช่วยลดระดับความเครียดในนักศึกษาได้ ด้านการสูบบุหรี่ มหาวิทยาลัยควรจัดอบรมให้ความรู้ มีบริการให้คำปรึกษา ส่งต่อและมีพื้นที่ปลอดบุหรี่ในสถานศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ ณภัช นฤคนธ์ และคณะ²⁷ ที่พบว่า การจัดกิจกรรมส่งเสริมการป้องกันและรณรงค์การไม่สูบบุหรี่ในสถานศึกษาช่วยลดอัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่นได้ ด้านการส่งเสริมความปลอดภัยในการเดินทาง มหาวิทยาลัยควรจัดอบรมให้ความรู้ด้านกฎหมายและความปลอดภัยในการเดินทางให้กับนักศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริกาญจน์ อินทะชัย และคณะ²⁸ และการศึกษาของ เกตุกาล พิทยทิพย์วงศ์²⁹ ที่พบว่า การมีความรู้ความเข้าใจในกฎระเบียบและการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ช่วยลดพฤติกรรมการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ของวัยรุ่นได้ ด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ มหาวิทยาลัยควรให้ความสำคัญกับพฤติกรรมที่แสดงออกทางเพศของนักศึกษา เช่น การแต่งกาย และการแสดงออกต่อเพศตรงข้ามที่มีความสำคัญต่อความปลอดภัยในปัจจุบัน สอดคล้องกับการศึกษาของ วัลลภา วงศ์ศักดิ์รินทร์³⁰ ที่พบว่า การแต่งกายของวัยรุ่นโดยเฉพาะเพศหญิง เช่น การใส่เสื้อผ้าสายเดี่ยว กระโปรงสั้น เสื้อรัดรูป มีผลต่อการรับรู้ทางเพศของเพศตรงข้าม เป็นหนึ่งในพฤติกรรมที่ถูกเชื่อว่าอาจกระตุ้นแรงขับทางเพศ รวมถึงเป็นปัจจัยเสริมให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรได้และด้านการส่งเสริมพัฒนาศักยภาพนักศึกษา มหาวิทยาลัยควรมีการพัฒนาให้นักศึกษาให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเพื่อสร้างสังคมสุขภาพในรั้วมหาวิทยาลัย



สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริกาญจน์ อินทะชัย และคณะ²⁸ ที่พบว่าการพัฒนาศักยภาพแกนนำนักศึกษาช่วยเพิ่มทักษะชีวิตและความรับผิดชอบสังคมของแกนนำนักศึกษาได้ และการพัฒนาทักษะชีวิตช่วยให้นักศึกษามีสุขภาวะทางจิตและสังคมที่ดีขึ้น³¹ ดังนั้นแนวทางการดูแลสุขภาพทั้ง 7 ด้านนี้ มหาวิทยาลัยต้องดำเนินการอย่างรอบด้านและบูรณาการในทุกมิติ เพื่อให้ให้นักศึกษาได้มีภาวะสุขภาพที่ดีทุกด้านและมีความพร้อมที่ก้าวสู่การเป็นกำลังสำคัญของประเทศอย่างมีคุณภาพต่อไป

ข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในบริบทสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน เนื่องจากมหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์มีศูนย์ให้การศึกษา 2 วิทยาเขต ที่มีบริบทต่างกันจึงทำให้ได้ข้อมูลต่างกัน และมีการกระจายตัวของกลุ่มตัวอย่างที่ทำให้ผู้วิจัยต้องเดินทางไปทั้ง 2 วิทยาเขต การรวบรวมข้อมูลจึงล่าช้า

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารมหาวิทยาลัยควรกำหนดนโยบายหรือแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมและการดูแลสุขภาพ และประกาศให้บุคลากรทุกฝ่ายทราบและให้ถือปฏิบัติ พร้อมกับกำหนดหน้าที่ผู้รับผิดชอบ เพื่อให้เกิดการพัฒนาสุขภาพของมหาวิทยาลัยอย่างยั่งยืน
2. มหาวิทยาลัยควรกำหนดเป็นวาระสำคัญที่บุคลากรทุกฝ่ายต้องปฏิบัติ โดยทำอย่างต่อเนื่องเพื่อกระตุ้นให้ทุกคนได้เห็นความสำคัญและตระหนักในการดูแลสุขภาพ
3. มหาวิทยาลัยควรมีการจัดสภาพแวดล้อมในมหาวิทยาลัยให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี เช่น ศูนย์มหาวิทยาลัยควรมีสถานที่ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาที่เหมาะสม มีโรงยิม มีพื้นที่สีเขียวให้นักศึกษาได้จัดกิจกรรมผ่อนคลายต่าง ๆ ให้ตรงกับความต้องการของนักศึกษา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. มหาวิทยาลัยควรนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปต่อยอดเพื่อหารูปแบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับนักศึกษาหรือบุคลากรเฉพาะกลุ่มต่อไป
2. มหาวิทยาลัยควรนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปต่อยอดเพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของพฤติกรรมดูแลสุขภาพของนักศึกษาที่มีความเสี่ยงในแต่ละด้าน
3. มหาวิทยาลัยควรนำข้อมูลที่ได้ไปออกแบบหลักสูตรหรือพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการที่เหมาะสมสำหรับนักศึกษา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ เจ้าหน้าที่และนักศึกษาทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมืออำนวยความสะดวกและสนับสนุนให้เกิดการแก้ปัญหาการดูแลสุขภาพในสถาบันอุดมศึกษา ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการศึกษาครั้งนี้

References

1. Kitrunpipat N, Phannithit A. Self-health care behavior student in Silpakorn University Phetchaburi Campus. [Thesis]. Phetchaburi: Silpakorn University; 2021. (in Thai)
2. Orem DE. Nursing Concepts of Practice. New York: McGraw-Hill Book; 1985.
3. Lattanand K, Ninwatcharamanee C. Health literacy of nursing student at Boromarajonani College of Nursing Bangkok. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. 2019;35(1):277-89. (in Thai)



4. Institute of Social Research, Chulalongkorn University. The Survey of University Student's Health Behavior. Bangkok: Office of the Health Promotion Fund; 2023. (in Thai)
5. Beiter R, Nash R, McCrady M, Rhoades D, Linscomb M, Clarahan M, et al. The prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in a sample of college students. *Journal of Affective Disorder*. 2015;173:90-6. doi.org/10.1016/j.jad.2014.10.054
6. Hershner SD, Chervin RD. Causes and consequences of sleepiness among college students. *Natural and Science of Sleep*. 2014;6:73-84.
7. Gomes AA, Tavares J, De Azevedo MH. Sleep and academic performance in university students: A systematic review. *Journal of Sleep Sciences*. 2020;13(3):215-27.
8. World Health Organization. Physical activity and young people: Recommended levels of physical activity for children and young people aged 5 - 17 years. [Internet]. 2022. [cited 2025 Mar 24]. Available from: <https://www.emro.who.int/health-education/physical-activity/recommended-levels-of-physical-activity-for-health.html>
9. Sogari G, Velez-Argumedo C, Gómez MI, Mora C. College students and eating habits: A study using an ecological model for healthy behavior. *Nutrients*. 2018;10(12):1823.
10. Patrick ME, Terry-McElrath YM, Lanza ST, Jager J, Schulenberg JE, O'Malley PM. Shifting age of peak binge drinking prevalence: Historical changes in normative trajectories among young adults aged 18 to 30. [Internet]. 2019. [cited 2025 Mar 24]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/acer.13933>
11. Bangkok Biz News Online. Chula reveals 40% of Thai students have high stress, with 12% having self-harmed or attempted suicide. [Internet]. 2022. [cited 2025 Mar 24]. Available from: <https://www.bangkokbiznews.com/health/social/1041119> (in Thai)
12. Waggoner S, Ponathong C. Factors affecting the quality of life of Rajabhat University Students in Bangkok. *Journal of Education, Faculty of Education Srinakharinwirot University*. 2019;20(2):54-67. (in Thai)
13. Wongprasit N, Yanmanowisit N, Praphatson C, Wiriyakul P, Saengsawang W. Quality of life of university students living in dormitories at Rajabhat Rajanagarindra University. *Journal of Research and Development Rajabhat Loei University*. 2020;15(52):61-72. (in Thai)
14. Anchuen K. Quality of life of Suranaree University of Technology Students. Nakhon Ratchasima: Suranaree University of Technology: Research Report Students of the President's Office; 2014. (in Thai)
15. Daniel CO. Effect of marketing strategies on organizational performance. *International Journal of Business and Management*. 2018;3(9):1-9.
16. Srisakdi B. Basic Research. 10th ed. Bangkok: Suweeriyasan; 2017. (in Thai)
17. Shaikh BT, Deschamps JP. Life in a university residence: Issues, concerns and responses. *Education for Health*. 2006;19(1):43-51.
18. Eksanti T, Lomthaisong K, Moolkratok N, Chinrat A, Ritplak S. Preventive behaviors for motorcycle riding accidents among students of the Faculty of Public Health, Nakhon Ratchasima Rajabhat University. *Vongchavalitkul University Journal*. 2021;34(2):16-29. (in Thai)



19. Kaewhan K, Toykrathok K, Yuangyai S, Mantharak K, Saenlao T, Chantraraksa T, et al. Policies to promote exercise for University Students: A case study of one university. *Journal of Law and Public Health Policy*. 2020;6(1):73–90. (in Thai)
20. Saraviroj A, Chanyam K. Factors influencing health promotion behaviors of students at Prince of Songkla University, Hat Yai Campus. *Kasetsart Journal (Social Sciences)*. 2014;35(1):223-34. (in Thai)
21. Phromchan S. Tactics for teaching and learning technical subjects. Bangkok: Department of Mechanical Technology Education, Faculty of Industrial Education, King Mongkut's University of Technology North Bangkok; 2007. (in Thai)
22. Tesvirach S. Training curriculum for project-based learning management. [Thesis]. Bangkok: Phranakorn Rajabhat University; 2005. (in Thai)
23. World Health Organization. Ottawa charter for health promotion. Geneva: World Health Organization; 1986.
24. Janasmee S, Sarayutthapitak J. Effects of exercise program based on motivation theory to reduce stress in university students. *Journal of Education*. 2017;45(4):207–23. (in Thai)
25. Saseetha R. Nutrition literacy and food consumption behavior of undergraduate students at Thammasat University. [Thesis]. Thammasat University; 2021. (in Thai)
26. Tantalakul S. Model of stress reduction for nursing students in northern region nursing colleges by ministry of public health. [Thesis]. Phitsanulok: Naresuan University; 2022. (in Thai)
27. Narukon N, Srisamang N, Takkathin S, Butlam U. Development of a model for promoting and preventing smoking among secondary school students in Nakhon Ratchasima Province. Nonthaburi: Health Administration Division, Office of the Permanent Secretary for Public Health; 2021. (in Thai)
28. Intachai S, Ungwattana, S, Tuanrat, W. Effects of a capacity building program for student leaders through activity-based learning on knowledge and practice of vision screening in schools. *Journal of Nursing, Ministry of Public Health*. 2021;31(1):110-20. (in Thai)
29. Thipthimwong K. Model prevention of traffic accidents from riding a motorcycle in the group of high school students by the movement of the student council in Sukhothai province. [Thesis]. Phitsanulok: Naresuan University; 2023. (in Thai)
30. Wongsakdirin W. The Influencing Factors of Sexual Risk Behavior for Having Sex of Students in Secondary School Students. *Silpakorn Educational Research Journal*. 2025;13(2):151-168. (in Thai)
31. Saithong K. The effects of a life skills development program on the psychosocial well-being of students. *Journal of Health Research*. 2021;10(2):77–89. (in Thai)



การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหวของลำไส้หลังผ่าตัด ในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

ปิยธิดา ภูมศรี พย.บ.¹

นงเยาว์ มีเทียน ปร.ด.²

สุรชาติ สิทธิปกรณ์ ปร.ด.³

(วันรับบทความ :2 เมษายน พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ :23 พฤษภาคม พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ :11 มิถุนายน พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหวของลำไส้หลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ตามการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การพยาบาลของชุมชน ทำการศึกษา 3 ระยะ 1) ค้นหาปัญหาทางคลินิก 2) ค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ และ 3) การทดลองใช้แนวปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่าง คือ วิทยาลัยพยาบาลและพยาบาลประจำหอผู้ป่วย 13 คน ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปิดช่องท้องฉุกเฉิน 10 คน โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก 2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 3) แบบประเมินการฟื้นตัวด้านการทำงานของลำไส้ 4) แบบประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติ และ 5) แบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ มีค่าดัชนีความตรงเท่ากับ .97, 1, 1, 1 และ 1 ตามลำดับ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวด้านการทำงานของลำไส้ ระหว่างช่วงเวลา 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดด้วยสถิติ One-Way Repeated Measures ANOVA

ผลการศึกษาพบว่า 1) ก่อนใช้แนวปฏิบัติผู้ป่วยมีอาการท้องอืดแน่นท้องร้อยละ 80.60 และการเคลื่อนไหวลำไส้ล่าช้าหลังผ่าตัดร้อยละ 8.96 2) แนวปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วย 3 ระยะ คือ (1) ก่อนระงับความรู้สึก (2) ขณะระงับความรู้สึก และ (3) หลังระงับความรู้สึก มีค่าดัชนีความตรงเท่ากับ .97 ประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II; AGREE II) ทุกหมวดได้มากกว่าร้อยละ 70 และ 3) การทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวด้านการทำงานของลำไส้ใน 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้มีคะแนนความเป็นไปได้ในการนำไปใช้อยู่ในระดับสูงร้อยละ 100 ดังนั้นควรมีการนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องประเภทอื่นเพิ่มเติม

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก การผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

¹นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³อาจารย์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

²ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: nongyaow.m@msu.ac.th Tel: 091-0605640



Development of Clinical Nursing Practice Guidelines to Promote Postoperative Bowel Movements among Emergency Abdominal Surgery Patients Undergoing General Anesthesia

Piyatida Phuchomsri B.N.S.¹

Nongyaow Meethien Ph.D.²

Surachat Sittipakorn Ph.D.³

(Received Date: April 2, 2025, Revised Date: May 23, 2025, Accepted Date: June 11, 2025)

Abstract

This study aimed to develop and evaluate clinical nursing practice guidelines (CNPGs) to promote postoperative bowel mobility in patients undergoing emergency abdominal surgery under general anesthesia, following Soukup's evidence-based advanced nursing model. The study was conducted in three phases: 1) identifying clinical problems, 2) searching for evidence-based practices, and 3) implementing the guidelines. The sample was selected using purposive sampling and included 13 anesthetists and ward nurses and 10 emergency abdominal surgery patients who underwent general anesthesia. The research instruments consisted of (1) the developed CNPG, (2) a general information record, (3) a bowel function recovery assessment form, (4) a guideline quality assessment tool, and (5) a feasibility assessment tool for implementing the guidelines with content validity indexes (CVI) of .97, 1, 1, 1 and 1, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and One-Way Repeated Measures ANOVAs were used to compare the differences in mean scores of bowel function recovery at 24, 48, and 72 hours post-surgery.

The results showed that: 1) before implementing the CNPGs, 80.60% of patients experienced abdominal bloating and 8.96% had delayed bowel motility postoperatively; 2) the CNPG consisted of three phases of nursing care: (1) pre-anesthesia, (2) intra-anesthesia, and (3) post-anesthesia, with a CVI of .97 and Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II (AGREE II) scores for all domains greater than 70%; 3) the trial implementation of the CNPG demonstrated statistically significant differences in mean bowel function recovery scores at 24, 48, and 72 hours postoperatively. Furthermore, the feasibility of implementing the CNPGs was rated at 100%, indicating a high potential for practical application. Therefore, the CNPGs should be adopted and should be evaluated for use with other types of abdominal surgery patients.

Keywords: clinical nursing practice guideline, emergency abdominal surgery, general anesthesia

¹Student, Master of Nursing Science (Adult and Gerontological Nursing), Faculty of Nursing, Mahasarakham University

²Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

³Lecturer, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

²Corresponding Author, Email: nongyaow.m@msu.ac.th Tel: 091-0605640



บทนำ

การผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน (Emergency abdominal surgery) ถือเป็นการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติในช่องท้องซึ่งต้องได้รับการผ่าตัดทันทีเพื่อรักษาชีวิตหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ยังถือเป็นปัญหาและภาวะทางสุขภาพที่ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการฉุกเฉินและเกิดภาวะคุกคามต่อคุณภาพชีวิต หรือเพื่อวินิจฉัยปัญหา สาเหตุของความเจ็บป่วยจากโรคหรือการได้รับบาดเจ็บ¹ จากสถิติประเทศไทยปี พ.ศ. 2567 พบว่ามีผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดจำนวนมากด้วยโรคในระบบทางเดินอาหาร มีจำนวนถึง 448,976 ราย โรคที่ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการผ่าตัดฉุกเฉินได้รับการวินิจฉัยดังต่อไปนี้ โรคทางเดินอาหารอุดตัน 18,955 ราย โรคแผลทะลุในทางเดินอาหารส่วนต้น 6,005 ราย และโรคไส้ติ่งอักเสบ 5,863 ราย²

การผ่าตัดแบบฉุกเฉิน เป็นภาวะเร่งด่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถรอได้ ซึ่งจำเป็นในการรักษาสภาวะที่คุกคามต่อชีวิต เช่น ไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน เป็นต้น³ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย มากกว่าปกติ เนื่องจากไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดหรือมีเวลาเตรียมตัวน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวางแผนไว้ล่วงหน้า จึงเกิดความวิตกกังวลและไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมเท่าที่ควร^{4,6} ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในทุกระยะของการผ่าตัดได้⁷ ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดช่องท้องที่พบบ่อย ได้แก่ ไม่สุขสบาย ปวดแผลท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน ไม่ผายลม ไม่ถ่ายอุจจาระ⁸ การติดเชื้อของแผล ความดันโลหิตต่ำ ความดันโลหิตสูง ปวดระดับรุนแรง⁹ ลำไส้หยุดทำงานชั่วคราว และความเหนื่อยล้า¹⁰ ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทำให้ มีการฟื้นตัวที่ล่าช้า ก่อให้เกิดผลเสียทั้งร่างกายและจิตใจ^{8,10} ระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น^{11,12} ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการทางคลินิกทรุดลง ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนาน^{11,13} และมีความเสี่ยงต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่แย่ลงได้¹⁴

โดยเฉพาะการผ่าตัดช่องท้องแบบเปิดที่ให้อาหารรับรู้ความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ที่มีการรบกวนระบบอวัยวะภายในและทางเดินอาหารอย่างมาก จนเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่พบบ่อยและไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ คือ ภาวะลำไส้หยุดทำงานหลังผ่าตัด^{15,16} ซึ่งโดยปกติทั่วไป ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้อง การทำงานของลำไส้เล็กจะมีการฟื้นตัวภายใน 6 – 24 ชั่วโมง การฟื้นตัวของกระเพาะอาหารภายใน 24 -48 ชั่วโมง และการฟื้นตัวของลำไส้ใหญ่ภายใน 48 – 72 ชั่วโมง^{15,16} ภายหลังผ่าตัดหากผู้ป่วยเกิดภาวะลำไส้หยุดทำงานหรือหยุดการเคลื่อนไหว จะส่งผลทำให้ลำไส้ไม่มีการบีบตัว เกิดการสะสมของแก๊สและของเหลว จนมีการคั่งค้างในลำไส้ ทำให้เกิดความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอึดอัด ไม่สุขสบาย ไม่เรอ ไม่ผายลม ไม่ขับถ่าย ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงหรือตรวจไม่พบการเคลื่อนไหวของลำไส้¹⁷

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในสังกัดมหาวิทยาลัยมหาสารคามเน้นให้บริการระดับทุติยภูมิ จากสถิติการให้บริการรับความรู้สึกในการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน พ.ศ. 2561 – 2565 พบจำนวน 43, 88, 137, 325 และ 380 ราย ตามลำดับ โดยเฉพาะการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินด้วยโรคระบบทางเดินอาหารและลำไส้ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือ จำนวน 3, 5, 14, 28 และ 50 ราย ตามลำดับ โดยผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาดูแลด้วยการผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน สาเหตุส่วนใหญ่คือ ภาวะลำไส้ติ่งอักเสบ (Acute appendicitis) รองลงมาคือ ภาวะลำไส้อุดตัน (Intestinal obstruction) จากการศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน จำนวน 30 ราย ภาวะแทรกซ้อนที่พบ ได้แก่ อาการท้องอืด ไม่ผายลม อึดอัดแน่นท้อง และคลื่นไส้ อาเจียน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.66 และอาการปวดแผล 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.33 ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบตามมา คือ ผู้ป่วยไม่เคลื่อนไหวร่างกาย นอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่ ไม่มีการพลิกตะแคงตัวในวันแรกหลังผ่าตัด เนื่องจากอาการแน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ทำให้ปวดแผลเพิ่มขึ้น และจากอาการดังกล่าวยังอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนปอดแฟบได้¹⁴

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การดูแลที่ช่วยให้ผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับการรับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายให้มีการเคลื่อนไหวของลำไส้หลังการผ่าตัดได้ดีและมีประสิทธิภาพมากขึ้น มีความจำเป็นและความสำคัญมากสำหรับการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวเข้าสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น จึงมีการพัฒนาโปรแกรมการช่วยฟื้นตัวผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับการรับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายจำนวนมากและหลากหลายวิธี ซึ่งแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับวิสัญญีพยาบาลของการศึกษาที่ผ่านมาดังกล่าว ยังไม่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลเท่าที่ควร เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการพยาบาลเฉพาะส่วนไม่มีการศึกษาที่ทำการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยในทุกระยะการรับความรู้สึก



บทบาทวิสัญญีพยาบาลเป็นผู้ให้บริการทางวิสัญญีแก่ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน ซึ่งมีกระบวนการดูแลผู้ป่วยตาม 3 ระยะ ได้แก่ ก่อนระงับความรู้สึก ขณะระงับความรู้สึก และหลังระงับความรู้สึก ให้การบริการผู้ป่วยตามหลักการมาตรฐานปฏิบัติการพยาบาล¹⁸ สำหรับการผ่าตัดแบบฉุกเฉินนั้น วิสัญญีพยาบาลจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนได้รับยาระงับความรู้สึก คือ การประเมินผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจ การเตรียมความพร้อมด้านบุคลิกภาพ ด้านเครื่องมืออุปกรณ์และเวชภัณฑ์ยา รวมทั้งการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้การบริการผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัยที่สุด

ซึ่งจากสถานการณ์ปัญหาที่พบในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายของโรงพยาบาล มีภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย คือ อาการท้องอืด รองลงมาคือ แน่นท้อง คลื่นไส้ และการเคลื่อนไหวลำไส้หลังผ่าตัดลดลง ซึ่งปัจจุบันปัญหาการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบที่รุนแรงตามมาได้ เช่น 1) เกิดภาวะปอดแฟบหลังผ่าตัด 2) นอนรับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น 3) มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น และ 4) ผู้ป่วยและญาติเกิดความเครียดมากขึ้น เมื่อสอบถามถึงการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินพบว่า พยาบาลผู้ดูแลยังมีความรู้ในการจัดการและแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังไม่เป็นระบบ โดยวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลแต่ละคนยังคงให้การพยาบาลไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ขึ้นอยู่กับประสบการณ์เดิมของตนเอง และวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานน้อยกว่า 5 ปี ซึ่งถือว่ายังไม่ใช่กลุ่มที่มีความเชี่ยวชาญ นอกจากนั้น ในปัจจุบันโรงพยาบาลยังไม่มีแนวปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางช่องท้องฉุกเฉินโดยวิธีระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายที่เป็นรูปแบบชัดเจนมาก่อน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหวของลำไส้หลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย โดยใช้แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลของชูชีพ¹⁹ มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติในครั้งนี้ ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายในการดูแลผู้ป่วยของหน่วยงานในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดสำหรับหน่วยงานวิสัญญีและหน่วยงานผู้ป่วยใน โดยมีเป้าหมายในการช่วยส่งเสริมการเคลื่อนไหวของลำไส้ เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ลดภาวะแทรกซ้อนให้น้อยลง ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา และสามารถฟื้นตัวหลังการผ่าตัดได้ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติโดยเร็วที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

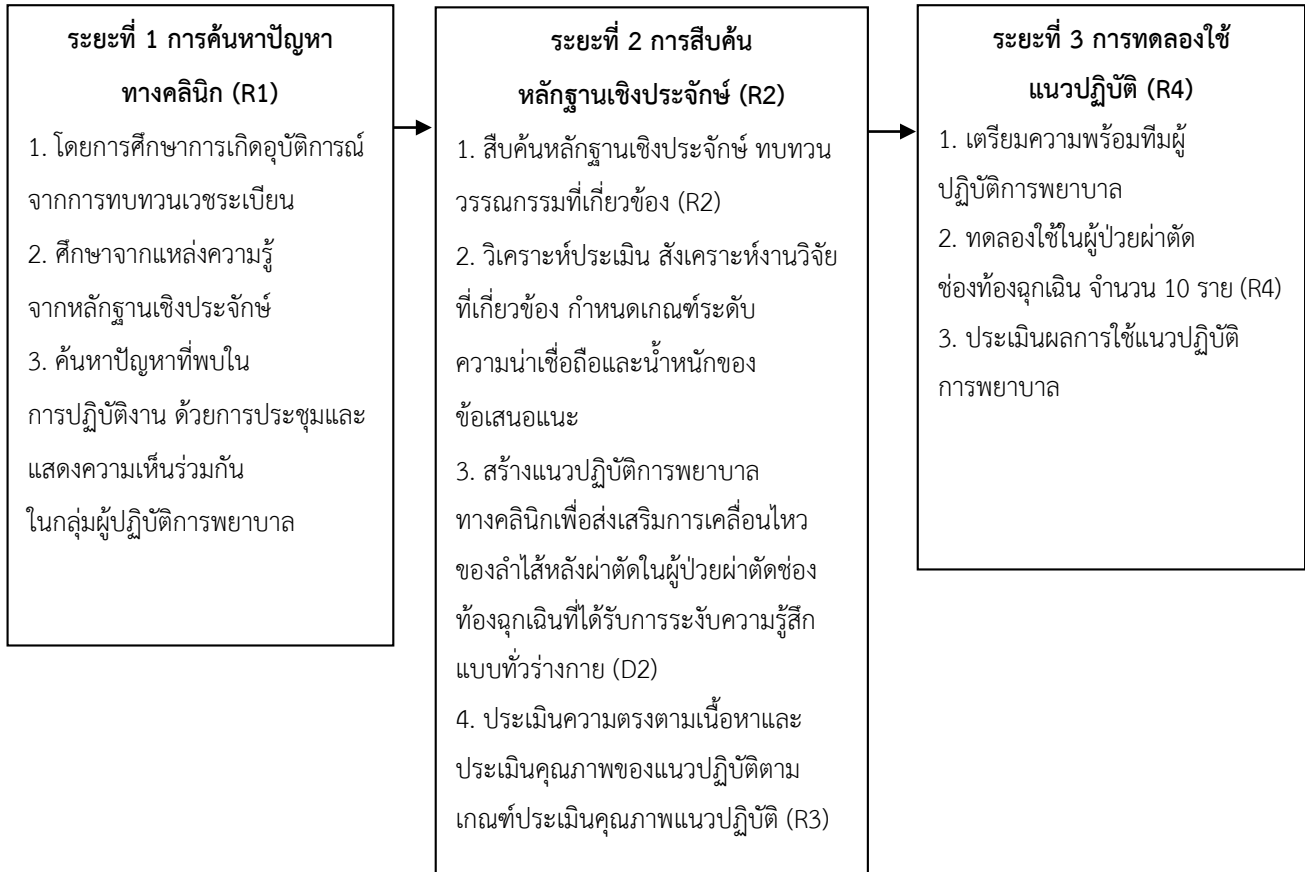
1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหวของลำไส้หลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ
2. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่พัฒนามาใช้
3. เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นนี้

ขอบเขตการวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหวของลำไส้หลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ที่เข้ารับการรักษานอนห้องผ่าตัดและแผนกผู้ป่วยสามัญชั้น 9 โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2567 กลุ่มตัวอย่างคือวิสัญญีพยาบาล 8 คน พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วย 5 คน ร่วมทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่พัฒนาขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของชูชีพ¹⁹ ทำการศึกษาในระยะเวลาที่ 1 ถึงระยะที่ 3 ดังนี้ 1) การค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence trigger phase) ปัญหาจากการปฏิบัติงานจริง (Practice trigger) และสืบค้นจากแหล่งความรู้ (Knowledge trigger) 2) การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง (Evidence supported phase) 3) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและนำไปทดลองใช้ (Evidence observed phase) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหวของลำไส้หลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) โดยใช้รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติของชูชีพ¹⁹

ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก เพื่อค้นหาสถานการณ์เกี่ยวกับปัญหาทางคลินิกและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวของลำไส้หลังผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์เกี่ยวกับปัญหาทางคลินิกของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน (R1)

1. ศึกษาย้อนหลังจากการทบทวนเวชระเบียนและแบบบันทึกรายงานความเสี่ยงของหน่วยวิสัญญี เป็นการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในหน่วยวิสัญญีในระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง ในผู้ป่วยที่เข้ารับผ่าตัดเปิดช่องท้องที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและเครื่องมือผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้ค่า ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) = 1 จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ปัญหาที่พบในผู้ป่วยคืออาการท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน และลำไส้เคลื่อนไหวน้อยหลังผ่าตัด เป็นต้น

2. จากการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของลำไส้หลังผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน พบว่าแม้จะมีแนวทางส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด แต่ยังขาดแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่ครอบคลุมทุกระยะของการฟื้นฟูการทำงานของลำไส้ นอกจากนี้ โรงพยาบาลแห่งนี้ยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้อง ผู้วิจัยจึงได้นำเสนอปัญหาแก่หน่วยงาน และจัดประชุมระดมความคิดเห็นจากผู้ปฏิบัติงาน (D1)



ขั้นตอนที่ 2 จัดประชุมร่วมกันระหว่างทีมวิสัญญีพยาบาลและทีมพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย เพื่อนำเสนอปัญหาที่พบในผู้ป่วยและสอบถามทบทวนการปฏิบัติงาน สอบถามความเห็นและให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วม จัดตั้งทีมในการร่วมพัฒนาแนวปฏิบัติ

ระยะที่ 2 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง (R2) เพื่อสืบค้นข้อมูลความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ต่าง ๆ นำมาพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินโดยวิธีระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

ขั้นตอนที่ 1 โดยวิธีการดังนี้ 1) กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัย ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษจากระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ที่เผยแพร่ระหว่างปี พ.ศ. 2552-2566 (ค.ศ. 2009-2023) โดยใช้ฐานข้อมูล Thailis, Thaijo, Google search, Google scholar, ScienceDirect, PubMed, SpringerLink และ Scopus 2) กำหนดเกณฑ์ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้กรอบ PICO และกำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ 3) กำหนดเกณฑ์ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Level of evidence) โดยใช้แนวทางของโพลิตและเบ็ก²⁰ 4) กำหนดน้ำหนักของข้อเสนอแนะจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการนำไปใช้ โดยจัดการแบ่งเกรดของข้อเสนอแนะ (Grade of recommendation) โดยใช้แนวทางของสถาบันโจอันนาบริกส์ (Joanna Briggs Institute)²¹

ขั้นตอนที่ 2 จัดทำแนวปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินโดยวิธีระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย รวมทั้งคู่มือและแผนผังการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลด้วยการวิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหาที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้รับการทบทวนและสกัดอย่างมีคุณภาพ (D2)

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินความตรงตามเนื้อหา ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) และประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลตามเกณฑ์ประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติ AGREEII²² (R3) จากนั้นนำแนวปฏิบัติมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดลองใช้ (D3)

ระยะที่ 3 การทดลองใช้แนวปฏิบัติ เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติและศึกษาความเป็นไปได้ของการนำไปใช้ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน โดยวิธีระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (R4) โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง มีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) อายุมากกว่า 18 ปี 2) รู้สึกตัวดี เข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ 3) ผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย มีเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีอาการวิกฤต ที่ต้องส่งต่อ ICU 2) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมแนวปฏิบัติได้ครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power version 3.1.9.7 จากงานวิจัยที่เคยศึกษามาแล้ว²³ ได้ค่า Effect size คือ 2.73 กำหนดความเชื่อมั่นเท่ากับร้อยละ 95 ระดับอำนาจการตรวจสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 8 คน เพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มเป็น 10 ราย ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินโดยวิธีระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย จำนวน 10 คน 2) วิสัญญีพยาบาลในหน่วยวิสัญญี 8 คน และพยาบาลที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วย จำนวน 5 คน ที่ปฏิบัติงานในช่วงเวลาวิจัยระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน - 30 สิงหาคม พ.ศ. 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและพยาบาล ข้อมูลการระงับความรู้สึก และข้อมูลการผ่าตัดวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด

คะแนนการฟื้นตัวด้านการทำงานของลำไส้ วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างช่วงเวลาแบบรายคู่ด้วยสถิติ Pairwise comparison และเปรียบเทียบการฟื้นตัวด้านการทำงานของลำไส้ 3 ช่วงเวลา 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมานใช้ One-way repeated measure ANOVA



การพัฒนาลิขสิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมของคณะกรรมการการพิจารณาการทำวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 288-157/2567 ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมในคนและมีการพัฒนาลิขสิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยผู้เข้าร่วมวิจัยมีการคัดเลือกอาสาสมัครแบบสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าคัดออกที่ชัดเจน มีความเป็นอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมหลังได้รับข้อมูลครบถ้วน รักษาความลับ ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน ได้รับการพยาบาลเบื้องต้นและส่งต่อเมื่อมีอาการผิดปกติ ผู้เข้าร่วมมีสิทธิในการถอนตัวและการไม่เข้าร่วมโดยไม่ผลต่อการรักษา ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวมและเก็บรักษาไว้เป็นเวลา 1 ปี

เครื่องมือการวิจัย และคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย วิทยาลัยพยาบาล 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษสาขาการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพวิสัญญีชำนาญการ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเรื่องการทำแนวปฏิบัติและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด 2 ท่าน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบไปด้วย

- 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้ค่า CVI เท่ากับ 1
- 2) แนวปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหวของลำไส้หลังผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินโดยวิธีระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายและแผนผังการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ได้ค่า CVI เท่ากับ .97 และตรวจสอบและประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติ โดย AGREE II²² ทั้งหมด 6 หมวด ผลคะแนนการประเมินคุณภาพในแต่ละหมวดอยู่ระหว่างร้อยละ 87.50-93.33
- 3) แบบประเมินการเคลื่อนไหวของลำไส้ของ ศิริพรรณ ภมรพล²⁴ เป็นแบบประเมินการฟื้นตัวของการทำงานของลำไส้หลังผ่าตัดจากความรู้สึกแน่นอึดอัดท้อง การผายลม การถ่ายอุจจาระและอัตราการเคลื่อนไหวลำไส้ ทำการประเมินในช่วงหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง หลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง และหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง โดยแบ่งเป็นการระดับคะแนน 1-4 คะแนน คะแนน 1 หมายถึง ไม่เกิดเลย และ 4 หมายถึง เกิดตลอดเวลา คะแนนต่ำ หมายถึงการฟื้นตัวหลังผ่าตัดต่ำ คะแนนสูง หมายถึงการฟื้นตัวหลังผ่าตัดสูง ได้ค่า CVI เท่ากับ 1

- 4) แบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะข้อคำถามเป็นการประเมินโดยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้เกี่ยวกับ 1) ความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก 2) ความหมายเชิงของศาสตร์ 3) แนวโน้มความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในการปฏิบัติ 4) ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ 5) ความคุ้มค่าในการนำไปใช้ มีคำถามทั้งหมด 17 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ใช่/ไม่ใช่ (ใช่ = 1 คะแนน, ไม่ใช่ = 0 คะแนน) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก (11.34 – 17 คะแนน) ระดับปานกลาง (5.67- 11.33 คะแนน) และระดับต่ำ (0 – 5.66 คะแนน) มีค่า CVI เท่ากับ 1

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 มีผู้ป่วยทั้งสิ้น 67 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 68.66 มีอายุเฉลี่ย 35.81 ปี (S.D.=20.59) เป็นวัยผู้ใหญ่ (19-59 ปี) ร้อยละ 74.63 วัยผู้สูงอายุ (>60 ปี) ร้อยละ 20.90 โรคที่พบคือ Acute Appendicitis ร้อยละ 67.16 รองลงมา คือ Gut Obstruction ร้อยละ 7.46 เป็นผู้ป่วยประเภท 1 (American Society of Anesthesiologists Classification; ASA Classification) ร้อยละ 50.75 ใช้ระยะเวลาการผ่าตัดค่อนข้างนาน (มากกว่า 60 นาที) มีผลขนาดใหญ่ และเป็นการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร และลำไส้ร้อยละ 89.55 ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดร้อยละ 71.64 และการผ่าตัดเปิดช่องท้อง (Explore laparotomy) ร้อยละ 25.37 เริ่มมีการเคลื่อนไหวร่างกายเฉลี่ยที่ 21.16 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีผู้ป่วยที่ไม่เคลื่อนไหวพลิกตะแคงตัวใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ร้อยละ 34.33 ผู้ป่วยทุกรายแพทย์พิจารณาให้ดื่มน้ำดื่มน้ำอาหารต่อหลังผ่าตัด มีอาการท้องอืดแน่นท้องหลังผ่าตัดมากถึง ร้อยละ 80.60 (ร้อยละ 4.48 มีอาการไม่ผายลมภายใน 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด) มีภาวะการเคลื่อนไหวลำไส้หลังผ่าตัดล่าช้า ร้อยละ 8.96 ส่งผลทำให้ผู้ป่วยนอนพักรักษาในโรงพยาบาลนานเฉลี่ย 5.52 วัน (นานที่สุดคือ 19 วัน)

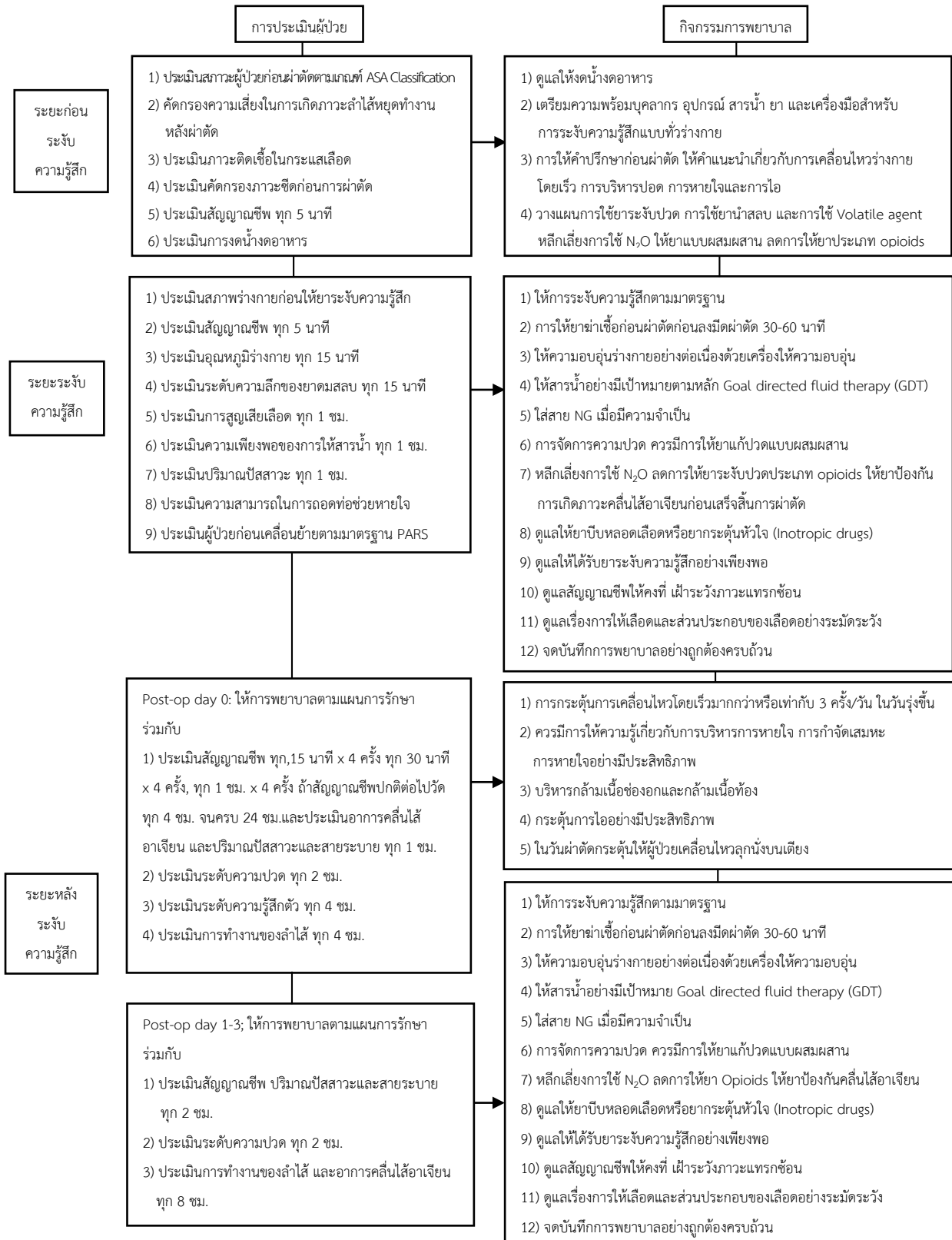


จากการสัมภาษณ์แบบรายกลุ่มร่วมกับการสังเกตการณ์ ประชุมและหารือกับพยาบาลวิสัญญี พยาบาลประจำหอผู้ป่วยสามัญชั้น 9 สามารถสรุปประเด็นสถานการณ์ทางการพยาบาล ได้ดังนี้ พยาบาลมีความหลากหลายด้านเทคนิค องค์ความรู้ และทัศนคติในการดูแล โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 23-34 ปี (อายุเฉลี่ย 33.76 ปี) และมีประสบการณ์ทำงานในหน่วยปัจจุบันระหว่าง 0-2 ปี ร้อยละ 46.15 ได้รับการอบรมเฉพาะทางด้านวิสัญญีพยาบาล ร้อยละ 61.54 และร้อยละ 38.46 ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องมาก่อน ไม่เคยได้รับการอบรมเฉพาะทาง ขาดประสบการณ์และความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะด้าน ศัลยกรรม นอกจากนี้ พยาบาลยังไม่มีแนวทาง/แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องที่ชัดเจน เช่น การประเมินการฟื้นตัวของลำไส้ การกระตุ้นการฟื้นสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัด และการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัด ทำให้การพยาบาลผู้ป่วยไม่ครอบคลุมหรือไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ

ระยะที่ 2 พบหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 49 เรื่อง ใช้แนวทางการประเมินระดับคุณภาพงานวิจัยของโพลิตและเบ็ก²⁰ งานวิจัยที่มีระดับความน่าเชื่อถือในระดับ 6 จำนวน 6 เรื่อง (ร้อยละ 12.25) ระดับ 5 จำนวน 16 เรื่อง (ร้อยละ 32.65) ระดับ 4 จำนวน 8 เรื่อง (ร้อยละ 16.32) ระดับ 2 จำนวน 13 เรื่อง (ร้อยละ 26.53) และระดับ 1 จำนวน 6 เรื่อง (ร้อยละ 12.25) มีระดับของข้อเสนอแนะตามแนวทางของสถาบันโจนส์นาบริกส์²¹ อยู่ในระดับ A จำนวน 48 เรื่อง (ร้อยละ 97.96) และระดับ B จำนวน 1 เรื่อง (ร้อยละ 2.04) จึงนำการพยาบาลจากหลักฐานเชิงประจักษ์มาสังเคราะห์เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหวของลำไส้หลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะก่อนระงับความรู้สึก ระยะระงับความรู้สึก ระยะหลังระงับความรู้สึก สรุปได้ดังภาพที่ 2

ตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้วิจัยได้นำแนวปฏิบัตินี้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (I-CVI) = .92 .94 1 1 และ 1 ตามลำดับ และค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (S-CVI) = .97 ข้อเสนอแนะอยู่ในส่วนของการให้ยาและบริบทที่ต้องเป็นไปตามดุลพินิจของแพทย์ จึงทำการปรับแก้ไขแนวปฏิบัติให้เหมาะสมตามคำแนะนำทำการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติ²⁰ ทั้งหมด 6 หมวด พบว่ามีค่าคะแนนตามหมวดดังนี้ 1) การประเมินขอบเขตและวัตถุประสงค์ ร้อยละ 93.33 2) การประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ร้อยละ 91.11 3) การประเมินความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ ร้อยละ 90.41 4) การประเมินความชัดเจนในการนำเสนอ ร้อยละ 87.77 5) การประเมินการนำไปใช้ ร้อยละ 87.50 และ 6) การประเมินความเป็นอิสระของบรรณาธิการ ร้อยละ 90

ระยะที่ 3 ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยทั้งหมด 10 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 38.10 ปี มีภาวะโภชนาการส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์อ้วน ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่ร้อยละ 90 ไม่มีโรคร่วม แบ่งตาม ASA Classification ส่วนใหญ่เป็น ASA 1E ร้อยละ 70 ไม่มีประวัติการผ่าตัดช่องท้องมาก่อน เข้ามาได้รับการรักษาด้วยโรค ดังนี้ 1) Acute Appendicitis ร้อยละ 60 2) Peptic Ulcer ร้อยละ 20 3) Peritonitis ร้อยละ 10 4) Bowel Ischemia with Obstruction ร้อยละ 10 การผ่าตัดที่ได้รับส่วนใหญ่เป็น Open Appendectomy ร้อยละ 70 การผ่าตัด Exploratory with Simple Suture with Omental Patch ร้อยละ 20 การผ่าตัด Small Bowel Resection with Lysis Adhesion with Side-to-side Anastomosis ร้อยละ 10



ภาพที่ 2 แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหวของลำไส้หลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน
ที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย



ระยะที่ 3 (ต่อ) เป็นการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 100 ตำแหน่ง Lanz ร้อยละ 70 Long midline ร้อยละ 20 Midline ร้อยละ 10 มีระดับโพแทสเซียมในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 90 ใช้ระยะเวลาผ่าตัดเฉลี่ย 65.50 นาที (S.D.=7.89) มีขนาดความกว้างของแผลเฉลี่ย 13.30 เซนติเมตร (S.D.=6.41) มีการเสียเลือดระหว่างผ่าตัดเฉลี่ย 32.50 มิลลิลิตร (S.D.=60.38) ระยะเวลางดน้ำงดอาหารเฉลี่ย 8.70 ชั่วโมง (S.D.=5.81) เริ่มรับประทานอาหารทางปากหลังผ่าตัดเฉลี่ย 14 ± 15.08 ชั่วโมง และมีการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดเฉลี่ยภายใน 5.20 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (S.D.=1.39) ข้อมูลเกี่ยวกับการระงับความรู้สึกนั้น ผู้ป่วยทั้งหมดร้อยละ 100 ก่อนผ่าตัดไม่ได้รับยาประเภท Opioids ไม่ได้รับยา Atropine ไม่ได้รับยาประเภท Barbiturate แต่ใน ระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยทั้งหมดร้อยละ 100 ได้รับยา Opioids เป็น Morphine มีระยะเวลาในการระงับความรู้สึกเฉลี่ย 75 นาที (S.D.=42.09) และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังระงับความรู้สึก

ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวด้านการทำงานของลำไส้ 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง 72 ชั่วโมง คือ 10.70 (S.D.= 2.36), 13.50 (S.D.=2.01) และ 14.80 (S.D.=1.87) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของการฟื้นตัวด้านการทำงานของลำไส้ ระหว่างช่วงเวลา 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดโดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว แบบวัดซ้ำ (One-way repeated measure ANOVA) พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) บ่งบอกว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มของคะแนนรวมที่เพิ่มขึ้นในทุกระยะการพยาบาลตามระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น ดังตารางที่ 1 และการฟื้นตัว ด้านการทำงานของลำไส้มีค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ ในทุกช่วงเวลา คือ 1) ระยะ 24 กับ 48 ชั่วโมง 2) ระยะ 24 กับ 72 ชั่วโมง และ 3) ระยะ 48 กับ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ตารางแสดงความแปรปรวนแบบวัดซ้ำทางเดียวของการฟื้นตัวด้านการทำงานของลำไส้ (n=10)

การฟื้นตัวด้านการทำงาน ของลำไส้	ระยะเวลาหลังผ่าตัด (ชั่วโมง)			ss	df	MS	F	p-value
	Mean (S.D.)							
	24 ชม.	48 ชม.	72 ชม.					
ความรู้สึกอึดอัดแน่นท้อง	3.30 (0.82)	3.50 (0.70)	3.80 (0.63)	1.26	1.20	1.05	2.40 ^a	.148
การผายลม	3.00 (0.47)	3.70 (0.48)	3.70 (0.48)	3.26	2	1.63	8.647 ^b	.002**
การขับถ่ายอุจจาระ	1.50 (0.52)	2.60 (0.69)	3.40 (0.96)	18.20	2	9.100	28.241 ^b	<.001***
เสียการเคลื่อนไหวไหวลำไส้	2.90 (0.87)	3.70 (0.48)	3.90 (0.31)	5.60	1.151	4.867	11.455 ^a	.005**
คะแนนรวมการฟื้นตัว	10.70 (2.35)	13.50 (2.01)	14.80 (1.87)	87.80	2	43.900	43.418 ^a	<.001***

Repeated Measurement ANOVA a=Greenhouse-Geisser, b= Sphericity Assumed, SS = Sum of square, df = Degree of Freedom. MS = Mean square, ** p-value <.01, *** p-value <.001

ตารางที่ 2 ตารางแสดงความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยรายคู่ของช่วงเวลา 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

การฟื้นตัวด้านการทำงานของลำไส้	p-value		
	24 กับ 48 ชั่วโมง	24 กับ 72 ชั่วโมง	48 กับ 72 ชั่วโมง
คะแนนรวมการฟื้นตัว	<.001***	<.001***	.011*

Pairwise comparison * p-value <.05, ** p-value <.01, *** p-value <.001

ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ผลการวิจัย พบว่า พยาบาลหน่วยวิสัญญีจำนวน 8 ราย ประจำหอผู้ป่วยสามัญชั้น 9 จำนวน 5 ราย รวมทั้งสิ้น 13 ราย เป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุอยู่ในช่วง 23-63 ปี ร้อยละ 69.23 ศึกษาาระดับปริญญาตรีทั้งหมด ทำงานในหน่วยงานปัจจุบันอยู่ในช่วง 0-2 ปี ร้อยละ 46.15 และร้อยละ 69.23 ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด และพยาบาลมีความคิดเห็นในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100



การอภิปรายผล

แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกนี้พัฒนาขึ้นเพื่อการดูแลผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะ คือ ก่อนระงับความรู้สึก ขณะระงับความรู้สึก และหลังระงับความรู้สึก สำหรับพยาบาลวิสัญญีและพยาบาลประจำหอผู้ป่วยซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เป็นกระบวนการที่ทำให้เห็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม รวมถึงมีการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างมีระบบและสกัดใช้งานวิจัยที่มีระดับความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับ 5 ร้อยละ 32.65 รองลงมาคือระดับ 2 ร้อยละ 26.53 มีระดับของข้อเสนอแนะส่วนใหญ่อยู่ในระดับ A ร้อยละ 97.96 แนวปฏิบัตินี้ได้รับการตรวจสอบคุณภาพมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา .97 และมีคะแนน AGREE II²³ อยู่ระหว่าง 87.50-93.33 ซึ่งถือว่าเป็นแนวปฏิบัติที่มีคุณภาพจากการทบทวนและสกัดหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างมีระบบมีความชัดเจนตรงตามวัตถุประสงค์และปฏิบัติได้จริง

เมื่อนำไปทดลองใช้พบว่าผู้ป่วยมีค่าคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวด้านการทำงานของลำไส้ของผู้ป่วยในระยะ 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง 72 ชั่วโมง หลังผ่าตัด คือ 10.70 (S.D.=2.36), 13.50 (S.D.=2.01) และ 14.80 (S.D.=1.87) ตามลำดับ ซึ่งบ่งบอกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัตินี้มีแนวโน้มของคะแนนรวมที่เพิ่มขึ้นในทุกระยะการพยาบาลตามระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นถึงการเคลื่อนไหวของลำไส้หลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติดีขึ้น การฟื้นตัวด้านการทำงานของลำไส้มีค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<.05$ ในทุกช่วงเวลา คือ 1) ระยะ 24 กับ 48 ชั่วโมง 2) ระยะ 24 กับ 72 ชั่วโมง และ 3) ระยะ 48 กับ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด อภิปรายได้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นนี้มีการเคลื่อนไหวของลำไส้หลังผ่าตัดเป็นไปตามปกติและดีขึ้น ไม่พบอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะลำไส้หยุดทำงานหลังผ่าตัดและไม่พบการเกิดการเคลื่อนไหวของลำไส้ล่าช้าหลังผ่าตัด เนื่องจากการพยาบาลตามแนวปฏิบัติมีการลดการใช้ยาและยาคมสลับที่ส่งผลในการเกิดการทำงานของลำไส้ล่าช้าตั้งแต่ในระยะก่อน ขณะ ต่อเนื่องมาถึงระยะหลังระงับความรู้สึก การกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายรวมถึงการบริหารกล้ามเนื้อช่องอกและหน้าท้องมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ ส่งผลผ่านการกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเทติก ซึ่งควบคุมการหดตัวของลำไส้ (Peristalsis) และช่วยเพิ่มแรงดันในช่องท้อง ส่งเสริมการทำงานของกล้ามเนื้อเรียบในทางเดินอาหาร นอกจากนี้ การเคลื่อนไหวยังเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปยังลำไส้ ลดภาวะลำไส้ไม่เคลื่อนไหวหลังผ่าตัด (Post-operative ileus) และลดอาการปวดผ่านการหลั่งสารเอ็นดอร์ฟิน^{25,26} ทำให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวลำไส้ที่ดีขึ้นเทียบกับการศึกษาของ เจษฎา เจริญศิริพิศาล และคณะ²⁷ Chapman และคณะ¹⁶ Hajjandeh และคณะ²⁸ Pravani และคณะ²⁹ และ Rao และคณะ³⁰ ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามหลักการส่งเสริมการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด (ERAS) เช่น การเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วหลังผ่าตัด กระตุ้นการให้อาหารโดยเร็ว การให้ยาระงับปวดแบบผสมผสาน การให้สารน้ำอย่างมีเป้าหมาย (Goal directed fluids therapy) การเคี้ยวหมากฝรั่ง เป็นต้น พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลมีการฟื้นตัวในการทำงานของลำไส้รวดเร็วกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการพยาบาล เช่นเดียวกันกับการศึกษาของสุนิสา เกยสันเทียะ และคณะ³¹ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วต่อการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้หลังผ่าตัด 72 ชั่วโมงแรกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบเปิดพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้หลังผ่าตัดวันที่ 1 วันที่ 2 วันที่ 3 มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($p<.05$) เช่นเดียวกันกับทิพวัลย์ รัตนพันธ์ และคณะ³² ที่ทำการศึกษาในเรื่องการพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวในผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้องพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติมีอาการท้องอืดในระดับเล็กน้อย และอาการท้องอืดจะลดลงในวันที่ 2-3 ของการผ่าตัด

ผลการวิจัยพบว่าความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในระดับสูงทุกคน คะแนนรายข้ออยู่ระหว่าง 76.92-100 ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ความเป็นไปได้ของการนำไปใช้มีคะแนนสูงกว่าการศึกษาที่ผ่านมาคือ 1) ทิพวัลย์ รัตนพันธ์ และคณะ³² ได้คะแนนร้อยละ 57.10 2) เกศกนก ศรีวิหะ และคณะ³³ ได้คะแนนร้อยละ 61.51 และ 3) ศิริรัตน์ จารุรัชกุล และคณะ³⁴ ได้คะแนนร้อยละ 70 ดังนั้นการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้จริงและมีประสิทธิภาพครอบคลุมในทุกระยะของการพยาบาล รวมถึงกิจกรรมการพยาบาลสามารถดูแลเชื่อมโยงทั้งในส่วนของการพยาบาลวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้



ข้อเสนอแนะ

1. สามารถนำแนวปฏิบัติไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดกลุ่มอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องโดยการส่องกล้อง ผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยที่ได้รับการนัดหมายล่วงหน้า รวมถึงควรมีการขยายระยะเวลาในการใช้แนวปฏิบัติจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน
2. ควรมีการศึกษาต่อเป็นรูปแบบการวิจัยเชิงทดลอง ที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง มีกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม เพื่อจัดความอคติและควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนได้ดียิ่งขึ้น และควรมีการศึกษาครบทั้ง 4 ระยะ ตามขั้นตอนของซุคัพ
3. ควรมีการอบรมและเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจแก่พยาบาลและทีมสุขภาพเกี่ยวกับแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น เพื่อให้การนำไปใช้จริงมีความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการบูรณาการเข้ากับกระบวนการพยาบาลตามบริบท

ข้อจำกัดการวิจัย

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดคือระยะเวลาการวิจัยน้อยและมีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในพื้นที่ที่ทำการศึกษาน้อยจึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น

References

1. Devolder BE. Gastrointestinal Surgery. In: Rothrock JC. Alexander's care of the patient in surgery. 17th ed. Philadelphia, PA: Elsevier-Health Sciences Division; 2022. P. 285-340.
2. Health Administration, Ministry of Public Health. Service Plan Reporting System for Surgery, Fiscal Year 2024. 2024. (in Thai)
3. Awuah WA, Adebusey F, Wellington J, Adebawale OT, Tenkorang PO, Abdul-Rahman T. It is time to revisit and re-evaluate Africa's sub-par emergency surgical delivery. International Journal of Surgery Global Health. 2023;6(4):e0177. doi:10.1097/GH9.0000000000000177.
4. Hatchimonji JS, Kaufman EJ, Vasquez CR, Shashaty MG, Martin ND, Holena DN. Obesity is associated with mortality and complications after trauma: a state-wide cohort study. Journal of Surgical Research. 2020;247(1):14-20. doi:10.1016/j.jss.2019.10.047.
5. Jiwanmall M, Jiwanmall SA, Williams A, Kamaski S, Sugirtharaj L, Poornima K, et al. Preoperative anxiety in adult patients undergoing day care surgery: prevalence and associated factors. Indian Journal of Psychological Medicine. 2020;42(1):87-92 doi:10.4103/IJPSYM.IJPSYM_180_19.
6. Kassahun WT, Mehdorn M, Wagner TC, Babel J, Danker H, Gockel I. The effect of preoperative patient-reported anxiety on morbidity and mortality outcomes in patients undergoing major general surgery. Scientific Reports. 2022;12(1):6312. doi:10.1038/s41598-022-10302-z.
7. Goldfarb CA, Bansal A, Brophy RH. Ambulatory surgical centers: a review of complications and adverse events. Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons. 2017;25(1):12-22. doi:10.5435/JAAOS-D-15-00632.
8. Venara A, Neunlist M, Slim K, Barbieux J, Colas PA, Hamy A, et al. Postoperative ileus: pathophysiology, incidence and prevention. Journal of Visceral Surgery. 2016;153(6):439-46. doi:10.1016/j.jvisc.2016.08.010.
9. Kusuwan W. The incidence of adverse events in patients undergoing surgery under Anesthesia at Jainad Narendra Hospital. Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office. 2020;4(8):133-47. (in Thai)



10. Duangpaeng S, Baramée J, Sangsaikaeaw A. Factors influencing postoperative symptom clusters among Persons Undergone Abdominal Surgery. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2016;19(6):119-30. (in Thai)
11. Pongam S, Chatchumni M. The study of post-surgical complications, pain levels, length of stay, and hospitalization costs of post-abdominal surgery patients, Singburi Hospital. Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province. 2020;3(3):49-63. (in Thai)
12. Stethen TW, Ghazi YA, Heidel RE, Daley BJ, Barnes L, Patterson D, et al. Walking to recovery: the effects of missed ambulation events on postsurgical recovery after bowel resection. Journal of Gastrointestinal Oncology. 2018;9(5):953-61. doi:10.21037/jgo.2017.11.05.
13. Chongsakul A, Yoosomboon N, Karuncharernpanit S. Development of comprehensive care model for one day surgery of Phaholpolpayuhasena Hospital, Thailand. Region 4-5 Medical Journal. 2020;39(1):109-25. (in Thai)
14. Haines KJ, Skinner EH, Berney S. Association of postoperative pulmonary complications with delayed mobilization following major abdominal surgery: an observational cohort study. Physiotherapy. 2013;99(1):119-25. doi:10.1016/j.physio.2012.05.013.
15. Cagir B. Postoperative ileus [Internet]. 2018 [cited 2021 Jan 21]. Available from: <https://emedine.medscape.com/article/2242141-overview>.
16. Chapman SJ, Thorpe G, Vallance AE, Harji DP, Lee MJ, Fearnhead NS. Systematic review of definitions and outcome measures for return of bowel function after gastrointestinal surgery. British Journal of Surgery Open. 2018;3(1):1-10. doi:10.1002/bjs5.102.
17. Thapsuwan A. The role of nurses in managing bloating in surgical patients undergoing abdominal surgery. Siriraj Medical Bulletin. 2019;9(3):189-93. (in Thai)
18. Thai Association of Nurse Anesthetists. Clinical practice guidelines for nurse anesthetists. Bangkok: Thai Association of Nurse Anesthetists; 2020. (in Thai)
19. Soukup SM. The center for advanced nursing practice evidence-based practice model: promoting the scholarship of practice. The Nursing Clinics of North America. 2000;35(2):301-9. doi:10.1016/S0029-6465(22)02468-9.
20. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2017.
21. Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Review's Manual 2014 Edition. Adelaide: JBI; 2014.
22. AGREE Collaboration. Appraisal of guidelines for research and evaluation. The AGREE Next Step Consortium [Internet]. 2013 [cited 2023 Jan 21]. Available from: https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/10/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument_2009_UPDATE_2013.pdf.
22. Wiwanpong C. Development of a nursing care model for preventing abdominal distention among patients with open appendectomy. Yasothorn Medical Journal. 2022;24(2):28-35. (in Thai)



23. Phamornpon S, Toskulkao T, Kimpee S, Iramaneerat C. Factor predicting bowel function recovery in patients after open colorectal resection surgery. *Journal of Thai Association of Radiation Oncology*. 2013;1:38-46. (in Thai)
24. Bragg D, El-Sharkawy AM, Psaltis E, Maxwell-Armstrong C, Lobo DN. Postoperative ileus: Recent developments in pathophysiology and management. *Clinical Nutrition*. 2015;34(3):367–76. doi:10.1016/j.clnu.2015.01.016.
25. Gustafsson UO, Scott MJ, Hubner M, Nygren J, Demartines N, Francis N, et al. Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations: 2018. *World Journal of Surgery*. 2019;43(3):659–95. doi:10.1007/s00268-018-4844-y.
26. Jaroensiripisarn J, Jinawong J, Prakob J, Samerchua W. The effects of a recovery program on postoperative recovery in postoperative exploratory laparotomy patients in the surgical ward at Chomthong Hospital, Chiangmai Province. *Journal of Nursing and Therapeutic Care* 2024;42(3):e271355. (in Thai)
27. Hajibandeh S, Hajibandeh S, Bill V, Satyadas T. Meta-analysis of enhanced recovery after surgery (ERAS) protocols in emergency abdominal surgery. *World Journal of Surgery*. 2020;44(5):1336-48. doi:10.1007/s00268-019-05357-5.
28. Pravani AR, Sureshkumar S, Mahalakshmy T, Kundra P, Kate V. Adapted ERAS pathway versus standard care in patients undergoing emergency surgery for perforation peritonitis – a randomized controlled trial. *Journal of Gastrointestinal Surgery*. 2022;26(1):39-49. doi:10.1007/s11605-021-05184-x.
29. Rao L, Liu X, Yu L, Xiao H. Effect of nursing intervention to guide early postoperative activities on rapid rehabilitation of patients undergoing abdominal surgery: a protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine*. 2021;100(12):1-5. doi:10.1097/MD.00000000000024776.
30. Koesanthia S, Wongkongkam K, Danaidutsadeekul S, Thawitsri T. Impact of early mobility program on open abdominal surgery patients' post-operative bowel function recovery during the first 72 hours. *Thai Journal of Nursing Council*. 2022;37(2):61-80. (in Thai)
31. Ruttanaphan T, Chinnawong T, Naka K. Development and evaluation of clinical nursing practice guidelines for promoting recovery in elderly patients after abdominal surgery. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2021;41(4):60-73. (in Thai)
32. Srivita K, Lorsomradee S, Suwanna K, Jareonrattanadaechakul N, Palasri P. Development of caring method for trauma patients undergoing emergency laparotomy surgery under a general anesthetic at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. *Thai Journal of Nursing Council*. 2016;21(4):76-90. (in Thai)
33. Jaruratchakul S, Chanthathip W, Chaibunjhongwat T, Saeoueng K. Development of a nursing model for injured emergency department patients who capital undergo urgent surgery at Sisaket Hospital. *Journal of Nursing and Therapeutic Care*. 2025;43(1):e275994. (in Thai)



สมรรถนะผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ภายใต้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยใช้เทคนิคเดลฟาย

อชิรญา ทองแก้ว พย.บ.¹

รุ่งทิพา บุญประคม พย.ด.²

(วันรับบทความ : 23 เมษายน พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ : 30 พฤษภาคม พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ : 9 มิถุนายน พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น (คพชอ.) ภายใต้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยใช้เทคนิคเดลฟาย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 19 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายการเปิดดำเนินการ คพชอ. ผู้ประกอบการ คพชอ. ภายใต้ สปสช. ผู้ประกอบการคลินิกชุมชนอบอุ่น ภายใต้ สปสช. และอาจารย์จากสถาบันการศึกษาที่เกี่ยวข้องด้านการกำหนดสมรรถนะและเวชปฏิบัติชุมชน เครื่องมือประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง มีค่าเท่ากับ 0.62 วิธีดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 รอบ ประกอบด้วย รอบที่ 1 การสัมภาษณ์เกี่ยวกับสมรรถนะผู้ประกอบการ คพชอ. ภายใต้ สปสช. รอบที่ 2 นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์เนื้อหาแล้วนำมาสร้างเป็นแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นถึงระดับความสำคัญข้อความรายข้อ และนำผลการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญทุกคน มาคำนวณค่ามัธยฐาน (Median: Md) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range: IR) และรอบที่ 3 นำข้อมูลให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมทั้ง 19 คน พิจารณาคำตอบของตนเปรียบเทียบกับของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด พร้อมผลการคำนวณค่า Md และค่า IR เพื่อยืนยันคำตอบ พร้อมสรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่าสมรรถนะผู้ประกอบการ คพชอ. ภายใต้ สปสช. มีสมรรถนะหลักทั้งหมด 3 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านความรู้ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ มีความรู้ด้านการพยาบาลและการตรวจรักษาโรคเบื้องต้น การบริหารจัดการธุรกิจ และกฎหมายและจริยธรรมวิชาชีพ 2) ด้านทักษะ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล การบริหารจัดการธุรกิจ การจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ และ 3) ด้านคุณลักษณะ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ มุ่งมั่น ไม่ยอมแพ้ต่ออุปสรรค ใฝ่เรียนรู้ มีใจรักบริการ ยึดมั่นคุณธรรม จริยธรรมในการปฏิบัติงาน และมีคุณลักษณะเชิงวิชาชีพที่ดี และปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญ ได้แก่ ระบบการทำงานที่สอดคล้องกับกฎเกณฑ์ของ สปสช. อุปกรณ์สำคัญที่ต้องใช้ในคลินิก และการจัดการระบบการเงิน พยาบาลสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาตนเอง เพื่อเปิดคลินิกให้มีคุณภาพและเติบโตได้

คำสำคัญ: คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ธุรกิจพยาบาล ผู้ประกอบการ สมรรถนะ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

¹นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก

²อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

²ผู้ประพันธ์บรรณกิจ E-mail: roongtivar@nu.ac.th Tel: 099-2399994



The Competencies for Nurse Entrepreneurs of “Warm” or Aob Aoon Community Nursing Clinics under the National Health Security Office: Delphi Technique

Achiraya Thongkaew B.N.S.¹

Roongtiva Boonpracom Ph.D.²

(Received Date: April 23, 2025, Revised Date: May 30, 2025, Accepted Date: June 9, 2025)

Abstract

This research aimed to study the competencies of nurse entrepreneurs of Aob Aoon or “warm” community nursing clinics (WCNC), which would roughly translate to “friendly local nursing clinics” in English, under the National Health Security Office (NHSO) via the Delphi technique. The sample group included 19 experts who were executives in charge of setting policies for opening WCNC, WCNC entrepreneurs under the NHSO, warm community clinic entrepreneurs under the NHSO, and instructors from educational institutions specializing in setting competency requirements, and community nurse practitioners. The research instrument was a structured interview guide which was checked for quality using the Index of Item-Objective Congruence (IOC), which received a score of 0.62. The research was conducted in three rounds. The first round dealt with expert interviews regarding the competencies required of a WCNC under the NHSO. The second round focused on the data obtained from the interviews, which were analyzed via content analysis. After completing the qualitative analysis of the interview data, the outcomes were employed to create a questionnaire, which the researcher asked experts to comment on the level of importance of each question in the questionnaire. Next, the researcher used the information obtained from the experts to calculate the Median (Md) and the Interquartile Range (IR) of the questionnaire. In the third round, the researcher had the same 19 experts consider their answers in comparison to the entire group of experts, including the results of the calculated the Md and the IR of the items to confirm their answers, along with generating a summary of the research’s results.

The findings revealed that the competencies consisted of the following three components: 1) knowledge which was comprised of three elements: knowledge of nursing and primary medical care, understanding of business management, and laws and professional ethics; 2) skill, which was comprised of four elements: nursing practice skills, business management skills, information technology management skills, and communication and relationship-building skills; and 3) characteristics, which was composed of five elements: being persistent, being eager to learn, being service-minded, having moral and work ethics, and having good professional manners. In addition, the vital supporting features included having a working system that complies with the NHSO regulations, crucial equipment in the clinics, and good financial system management. Nurses can use these results as a guideline for self-development to prepare themselves to open a high-quality clinic that is capable of growth.

Keywords: nursing clinics, nursing business, entrepreneurs, competencies, health insurance office

¹Student of Master of Nursing Science Program in Nursing Administration, Faculty of Nursing, Naresuan University, Phitsanulok province

²Instructor at faculty of Nursing, Naresuan University

²Corresponding Author, E-mail: roongtivab@nu.ac.th Tel: 099-2399994



บทนำ

ประเทศไทยเดินหน้าปฏิรูประบบสุขภาพ โดยปรับระบบหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนได้รับสิทธิและประโยชน์จากการบริหารจัดการและการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและสะดวกทัดเทียมกัน ประกอบกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580) มุ่งเน้นการลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข¹ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง ที่ต้องการให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ ลดระยะเวลารอคอย ลดค่าใช้จ่าย สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม² จึงได้ขับเคลื่อนโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น พบว่า ประชาชนที่เจ็บป่วยมักเลือกซื้อยากินเองมากกว่าไปโรงพยาบาล เนื่องจากการรอรับบริการนาน³ ผลลัพธ์ของโครงการ คือ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในความสะดวกและรวดเร็ว แต่ในด้านการลดความแออัดในโรงพยาบาลยังไม่ลดลงเท่าที่ควร⁴ นายกสการพยาบาล ในฐานะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในขณะนั้น จึงผลักดันให้คลินิกการพยาบาล และการผดุงครรภ์มากกว่า 5,000 แห่งทั่วประเทศเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นที่รู้จักโดยทั่วไป คือ “คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น”⁵ โดยมีเป้าหมายที่สำคัญที่จะช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ และประชาชนได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม และมีคุณภาพ⁶ คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น (คพชอ.) จะให้บริการในสิทธิบัตรทอง การเรียกเก็บค่าบริการสามารถเรียกเก็บจาก สปสช. ได้โดยตรง อัตราค่าบริการในแต่ละกิจกรรมเป็นไปตามที่ สปสช. กำหนด ซึ่งจะแตกต่างกับคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ทั่วไปที่ไม่ได้เข้าร่วมเป็นเครือข่ายหน่วยบริการร่วมให้บริการของ สปสช. จะสามารถเรียกเก็บค่าบริการจากประชาชนผู้มารับบริการได้โดยตรง และสามารถให้บริการได้ทุกสิทธิการรักษา

จากข้อมูลทางสถิติของ สปสช. ณ วันที่ 27 ตุลาคม พ.ศ. 2565 พบว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 ถึง พ.ศ. 2565 มีคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ที่ขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยร่วมบริการของ สปสช. เปิดให้บริการ จำนวน 101 แห่ง ปี พ.ศ. 2566 และ ปี พ.ศ. 2567 จำนวน 253 และ 1,257 แห่ง ตามลำดับ รวมเปิดให้บริการ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 ถึง พ.ศ. 2567 จำนวน 1,611 แห่ง⁷ ทางด้าน สปสช. ได้ชี้แนะว่า การเตรียมความพร้อมในการเป็นพยาบาลผู้ประกอบการ คพชอ. ภายใต สปสช. นั้น จะต้องมีการเตรียมความพร้อมในด้านต่าง ๆ เช่น สถานที่ อุปกรณ์ ยา เวชภัณฑ์ รูปแบบการให้บริการ ข้อมูลต่าง ๆ และการเบิกจ่ายตามเกณฑ์ของ สปสช. ส่วนด้านบุคลากรนั้นนับว่าสำคัญอย่างมาก ซึ่งในปัจจุบันสมรรถนะพื้นฐาน 8 ด้านของพยาบาลวิชาชีพ⁸ ประกอบด้วย 1) ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณ และกฎหมาย 2) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลและ การผดุงครรภ์ 3) ด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ 4) ด้านภาวะผู้นำ การจัดการ และการพัฒนาคุณภาพ 5) ด้านวิชาการและการวิจัย 6) ด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ 7) ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และ 8) ด้านสังคม อาจไม่ครอบคลุมตามบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป ตามลักษณะของสังคม เศรษฐกิจ และความก้าวหน้าทางด้านสาธารณสุขจากการขยายองค์ความรู้และการพัฒนาเทคโนโลยีต่าง ๆ ประกอบกับการศึกษาเดิมยังไม่พบว่ามีกำหนดสมรรถนะเฉพาะ ของพยาบาลผู้ประกอบการ คพชอ. อย่างเป็นระบบ ดังนั้น เพื่อเป็นการเพิ่มคุณภาพในการให้บริการ และสอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป พยาบาลผู้ประกอบการจึงต้องมีสมรรถนะทั้งด้านองค์ความรู้ ทักษะ และเจตคติที่ดี อีกทั้งต้องสร้างความมั่นใจให้กับผู้รับบริการและพัฒนาสถานพยาบาลให้มีคุณภาพมาตรฐาน ตามเกณฑ์ของสภาการพยาบาล และสปสช.

McClelland⁹ กล่าวว่า ผู้ที่มีสมรรถนะหรือผู้ที่ทำงานใด ๆ และมีความเป็นเลิศในตำแหน่งงานนั้น ต้องมีส่วนประกอบมาจากความรู้ ทักษะ และเจตคติ ที่จะทำงานนั้นให้สำเร็จ จากการศึกษา พบว่า สมรรถนะการเป็นผู้ประกอบการสำหรับนิสิตพยาบาลจะต้องมีทักษะในการปฏิสัมพันธ์กับบุคคล (Soft skills) คือ มีความคิดสร้างสรรค์ ขยัน อดทน มีภาวะผู้นำ มีทัศนคติเชิงบวก มีวิสัยทัศน์ และทักษะในการแก้ปัญหา และมีทักษะในการปฏิบัติงาน (Hard skills) คือ มีความรู้ ยอมรับความเสี่ยง มีทักษะการบริหารธุรกิจ และมีความสามารถใช้เทคโนโลยี¹⁰ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาอิทธิพลและประสพการณ์การเป็นพยาบาลผู้ประกอบการอิสระของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ผู้ประกอบการพยาบาลต้องมีความรู้ ทักษะที่จำเป็นในการดำเนินธุรกิจ และคุณลักษณะที่ บ่งบอกถึงความมุ่งมั่น เพื่อทำให้การดำเนินธุรกิจประสบผลสำเร็จ¹¹



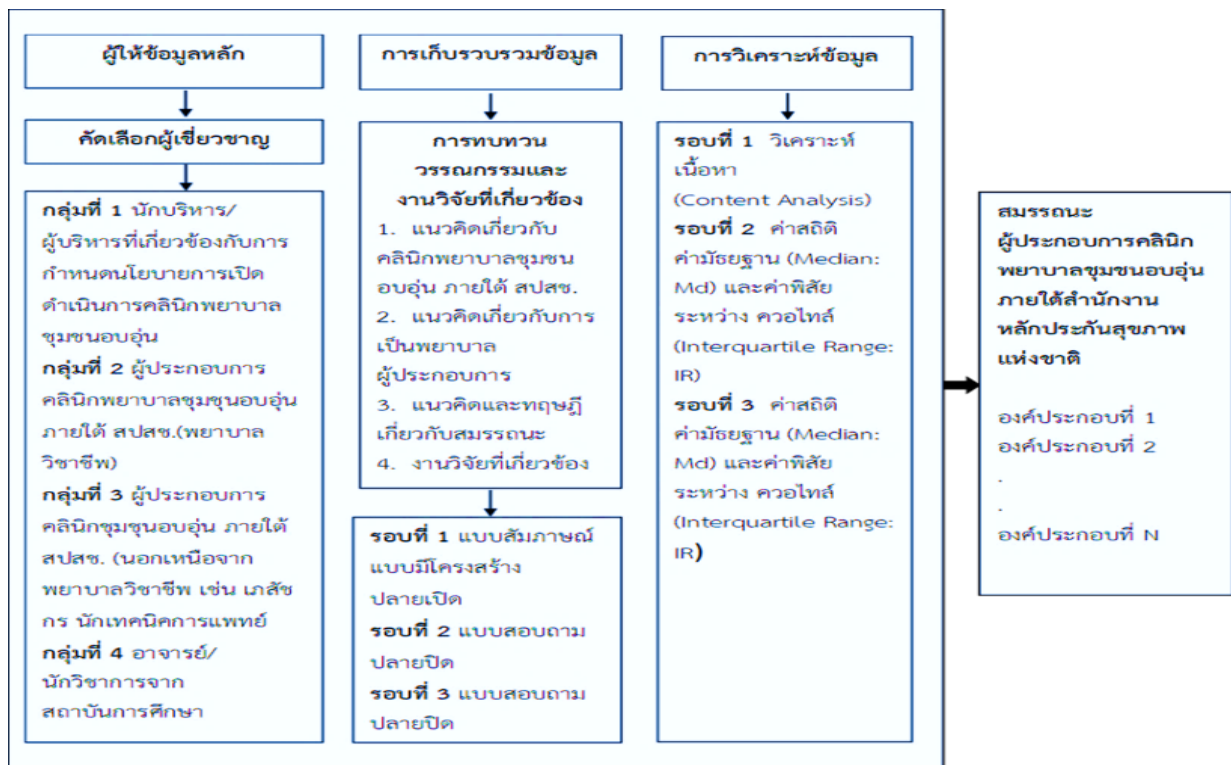
ในการประกอบกิจการของพยาบาลในปัจจุบันเป็นเส้นทางความก้าวหน้าอย่างหนึ่ง อันจะเป็นการส่งเสริมให้มียุคความรู้และมุมมองในเชิงธุรกิจ ประกอบกับการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การศึกษาที่ผ่านมามีพยาบาลวิชาชีพที่สนใจเปิด คพขอ. ซึ่งเริ่มดำเนินการเปิดเมื่อปี พ.ศ. 2562 และขยายเพิ่มขึ้นจนถึงปัจจุบัน ซึ่งแตกต่างจากรูปแบบคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์แบบเดิม ทั้งในด้านการบริหารจัดการและรูปแบบการให้บริการ จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการกำหนดสมรรถนะของพยาบาลผู้ประกอบการ คพขอ. ดังนั้นผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญที่จะศึกษาสมรรถนะผู้ประกอบการ คพขอ. ภายใต้ สปสช. ที่ยังไม่มีการศึกษามาก่อน ผู้วิจัยจึงใช้วิธีเทคนิคเดลฟายเพื่อสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ในการศึกษาครั้งนี้จะต้องค้ำความรู้อย่างไรที่จะช่วยเสริมสร้างสมรรถนะการให้บริการของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นผู้ดำเนินการคลินิกให้มีคุณภาพมาตรฐาน และอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานทางวิชาการ สามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการได้อย่างปลอดภัย อีกทั้ง ยังเป็นแนวทางและเอื้อให้พยาบาลวิชาชีพที่สนใจสามารถเปิด คพขอ. ได้เพิ่มมากขึ้น และสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนเส้นทางวิชาชีพมาเป็นพยาบาลผู้ประกอบการ คพขอ. ภายใต้ สปสช. ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสมรรถนะที่สำคัญของพยาบาล และสิ่งสนับสนุนที่จำเป็นในการดำเนินงานของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ภายใต้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั่วประเทศไทย

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำ 1) แนวคิดเกี่ยวกับ คพขอ. ภายใต้ สปสช. 2) แนวคิดเกี่ยวกับการเป็นพยาบาลผู้ประกอบการ และ 3) แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับสมรรถนะของ McClelland^๑ มากำหนดเป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างเพื่อนำไปสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ และให้ผู้เชี่ยวชาญได้ให้ข้อคิดเห็นโดยอิสระเกี่ยวกับสมรรถนะผู้ประกอบการ คพขอ. ภายใต้ สปสช. จำนวนทั้งหมด 3 รอบ โดยรอบที่ 1 เป็นการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง นำข้อมูลมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และจัดทำเป็นแบบสอบถามเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยัน และหาฉันทามติในรอบที่ 2 และ 3 นำข้อสรุปมาพัฒนาเป็นกรอบสมรรถนะผู้ประกอบการ คพขอ. ภายใต้ สปสช. ดังแสดงตามแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) ซึ่งเป็นกระบวนการเก็บข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของ คพขอ. ภายใต สปสข. จำนวน 19 คน โดยผู้เชี่ยวชาญตั้งแต่ 17 คนขึ้นไป ถือเป็นค่าที่ยอมรับได้ ซึ่งอัตราการลดลงของความคลาดเคลื่อนจะมีน้อยมากและจะเริ่มคงที่¹² กลุ่มเป้าหมายแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายการเปิดและดำเนินการ คพขอ. จำนวน 3 คน
2. กลุ่มผู้ประกอบการ คพขอ. ภายใต สปสข. จำนวน 12 คน
3. กลุ่มผู้ประกอบการคลินิกชุมชนอบอุ่น ภายใต สปสข. จำนวน 2 คน
4. กลุ่มอาจารย์จากสถาบันการศึกษาที่เกี่ยวข้องชาวด้านการกำหนดสมรรถนะและเวชปฏิบัติชุมชน จำนวน 2 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ แบบกึ่งโครงสร้างชนิดปลายเปิด ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ สร้างขึ้นจากแนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับสมรรถนะของ McClelland⁸ สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ การเป็นผู้ประกอบการ การให้บริการคลินิกสุขภาพ โดยใช้สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญแบบตัวต่อตัว จำนวน 19 คน เพื่อรวบรวมข้อมูลเชิงลึก

ชุดที่ 2 แบบสอบถามรอบที่ 1 จัดทำขึ้นจากข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) จากการสัมภาษณ์รอบแรก และจัดทำแบบสอบถาม รอบที่ 1 ประกอบด้วย องค์ประกอบหลัก 3 องค์ประกอบ รายการย่อย 169 รายการ และปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญ 3 องค์ประกอบ และรายการย่อย 36 รายการ โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินความสำคัญของสมรรถนะแต่ละรายการ ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิม จำนวน 19 คน

ชุดที่ 3 แบบสอบถามรอบที่ 2 นำข้อคำถามจากแบบสอบถามรอบที่ 1 ประกอบด้วย องค์ประกอบหลัก 3 องค์ประกอบ จาก 169 รายการย่อย มีการปรับลดจำนวน 9 รายการย่อย คงเหลือ 160 รายการย่อย และปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญ 3 องค์ประกอบ รายการย่อย 36 รายการ มาให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินระดับความเห็นพ้องต้องกัน และยืนยันคำตอบของตนเอง ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิม จำนวน 19 คน โดยพิจารณาความเห็นของตนเองกับความคิดเห็นของกลุ่ม ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และวิเคราะห์ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ของแต่ละข้อคำถาม คำถามที่มีความเห็นพ้องสูงหรือสอดคล้องกัน จะถูกนำมาสรุปเป็นสมรรถนะพยาบาลผู้ประกอบการ คพขอ. ภายใต สปสข.

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของข้อคำถามในการสัมภาษณ์ โดยนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.62 โดยค่า IOC ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 0.50 ถือว่ายอมรับได้¹³ และดำเนินการทดสอบข้อคำถามในการสัมภาษณ์กับผู้เชี่ยวชาญ 19 คนเพื่อตรวจสอบความคงที่ของผลลัพธ์ ซึ่งทำให้ข้อคำถามในการสัมภาษณ์ได้ถูกตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาควบคู่ไปกับการตอบขณะสัมภาษณ์ไปด้วยและหากคำตอบของผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่คงเดิมไม่เปลี่ยนแปลง แสดงว่ามีความเที่ยงสูง ซึ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบที่ 3 ผู้เชี่ยวชาญมีการเปลี่ยนแปลงคำตอบ คิดเป็นร้อยละ 10.71 ซึ่งน้อยกว่าร้อยละ 15 อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้¹⁴ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงยุติการเก็บข้อมูลในรอบถัดไป

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (หมายเลขโครงการ: P2-0238/2566 วันที่รับรอง 10 สิงหาคม พ.ศ. 2566 งานวิจัยนี้ยึดหลักจริยธรรมสากลพื้นฐานที่ใช้ในการคุ้มครองสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย¹⁵ ได้แก่ หลักการตระหนักถึงความเป็นอิสระเป็นตัวเองของบุคคล (Autonomy) ผู้เข้าร่วมมีสิทธิ์ตัดสินใจเข้าร่วมและถอนตัวจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบ หลักของความซื่อสัตย์ (Fidelity) ข้อมูลที่ได้รับจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ หลักของการกระทำในสิ่งที่ดีและมีประโยชน์ (Beneficence) การวิจัยมุ่งเน้นให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อวิชาชีพพยาบาล และหลักความยุติธรรม (Justice)



ข้อมูลที่ได้รับจะถูกนำไปใช้เพื่อพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลโดยไม่มีอคติหรือการเลือกปฏิบัติ ผู้วิจัยได้จัดทำเอกสาร ชี้แจง เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการ และสิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย ก่อนให้ความยินยอม นอกจากนี้ ผู้เข้าร่วมสามารถเลือกปฏิเสธการตอบคำถาม หรือถอนตัวจากการศึกษาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลที่ถูกรวบรวมจะถูกเก็บเป็นความลับ และไม่สามารถระบุตัวบุคคลได้ โดยแบบบันทึกเสียงและข้อความในการสัมภาษณ์ทั้งหมดจะถูกทำลายหลังสิ้นสุดการศึกษา เพื่อป้องกันการละเมิดสิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยนี้ ดำเนินการทั้งหมด 3 รอบ โดยใช้การสัมภาษณ์ และแบบสอบถาม ดังนี้

- 1) คัดเลือกผู้เชี่ยวชาญ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของ คพขอ. ภายใต้ สปสช. ทั่วประเทศ จำนวน 19 คน ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) และเลือกแบบวิธีการบอกต่อ (Snowball technique) ติดต่อผู้เชี่ยวชาญทางโทรศัพท์ เพื่อขอสัมภาษณ์
- 2) การเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 1 ดำเนินการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ 19 คน ผ่านโปรแกรม Zoom meeting
- 3) การเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 2 พัฒนาแบบสอบถามมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ตามข้อมูลที่ได้จากรอบที่ 1 ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิม จำนวน 19 คน ตอบแบบสอบถาม โดยผ่านทาง Google form วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่า Md และค่า IR เป็นรายข้อคำถาม
- 4) การเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 3 นำข้อสรุปจากรอบที่ 2 กลับไปให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันและเปรียบเทียบความคิดเห็นของตนกับกลุ่มทั้งหมด ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมโดยแสดงข้อมูลว่ารอบที่ผ่านมาเลือกระดับใดและแสดงข้อมูลเฉลี่ยของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่า Md และค่า IR เพื่อสรุปผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

รอบที่ 1 นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ 19 คน มาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ร่วมกับกรอบแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม จากนั้นนำมาจัดกลุ่ม (Category) เพื่อให้ได้ผลความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 1

รอบที่ 2 นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม รอบที่ 1 มาคำนวณหาค่า Md และค่า IR ในแต่ละข้อคำถาม โดยใช้ค่า IR ไม่เกิน 1.50^{14} เป็นข้อความที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน

รอบที่ 3 นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม รอบที่ 2 มาคำนวณหาค่า Md และค่า IR ในแต่ละข้อคำถามอีกครั้ง โดยในรอบที่ 3 นี้ ผู้เชี่ยวชาญมีการเปลี่ยนแปลงคำตอบ คิดเป็นร้อยละ 10.71 ซึ่งน้อยกว่าร้อยละ 15 อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้¹⁴ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงยุติการเก็บข้อมูลในรอบถัดไป

ผลการวิจัย

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 57.90 อยู่ในช่วงอายุ 40-49 ปี จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 47.40 การศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 42.10 และระดับปริญญาโท จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 42.10 ประสบการณ์ในตำแหน่งปัจจุบัน พบว่ามีประสบการณ์ระหว่าง 6-10 ปี จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 31.60 ส่วนตำแหน่งงานเป็นผู้ประกอบการ คพขอ. (พยาบาลวิชาชีพ) จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 63.20 และในกลุ่มผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น (พยาบาลวิชาชีพ) พบว่า เป็นพยาบาลเกษียณ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 25 พยาบาลที่หารายได้เสริมนอกเหนือจากงานประจำ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 50 และพยาบาลที่ลาออกจากงานประจำ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 25



ตารางที่ 1 แสดงสรุปผลของการวิเคราะห์สมรรถนะผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ภายใต้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรอบที่ 1 รอบที่ 2 และรอบที่ 3

องค์ประกอบ	จำนวนรายการ ในรอบที่ 1	จำนวนรายการ ในรอบที่ 2	จำนวนรายการ ในรอบที่ 3
1. ด้านความรู้	46	38	38
1.1 มีความรู้ด้านการพยาบาลและการตรวจรักษาโรคเบื้องต้น	23	17	17
1.2 มีความรู้ในการบริหารจัดการธุรกิจ	8	8	8
1.3 มีความรู้ด้านกฎหมายและจริยธรรมวิชาชีพ	15	13	13
2. ด้านทักษะ	62	61	61
2.1 ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลและการตรวจรักษา	28	27	27
2.2 ทักษะการบริหารจัดการธุรกิจ	11	11	11
2.3 ทักษะการจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ	9	9	9
2.4 ทักษะการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ	14	14	14
3. ด้านคุณลักษณะ	61	61	61
3.1 มุ่งมั่น ไม่ยอมแพ้ต่ออุปสรรค	10	10	10
3.2 ใฝ่เรียนรู้	6	6	6
3.3 มีใจรักบริการ	7	7	7
3.4 ยึดมั่นคุณธรรม จริยธรรมในการปฏิบัติงาน	10	10	10
3.5 มีคุณลักษณะเชิงวิชาชีพที่ดี	28	28	28
4. ปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญ	36	36	36
4.1 ระบบการทำงานที่สอดคล้องกับกฎเกณฑ์ของ สปสช.	30	30	30
4.2 อุปกรณ์สำคัญที่ต้องใช้ในคลินิก	3	3	3
4.3 การจัดการระบบการเงินของคลินิก	3	3	3

จากตารางที่ 1 ผลการวิจัยจากการสัมภาษณ์ ในรอบที่ 1 ได้ข้อรายการในด้านความรู้ จำนวน 46 ข้อ ด้านทักษะ 62 ข้อ ด้านคุณลักษณะ 61 ข้อ รวม 169 รายการย่อย และปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญ 36 ข้อ ในรอบที่ 2 ได้รับการตอบกลับจากผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมครบทุกคน จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 100 มีการปรับลดจำนวนลง 9 รายการย่อย ในด้านความรู้ 8 ข้อ และด้านทักษะ 1 ข้อ คงเหลือ 160 รายการ คิดเป็นร้อยละ 94.67 และปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญ 36 รายการเท่าเดิม และรอบที่ 3 เพื่อหาฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญ ได้รับการตอบกลับจากผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมครบทุกคน จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ได้องค์ประกอบหลักองค์ประกอบย่อย และปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญ จำนวนเท่าเดิมกับรอบที่ 2 โดยในรอบที่ 3 นี้ ผู้เชี่ยวชาญมีการเปลี่ยนแปลงคำตอบ คิดเป็นร้อยละ 10.71 ซึ่งน้อยกว่าร้อยละ 15 อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้¹⁴ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงยุติการเก็บข้อมูลในรอบถัดไป



ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยมัธยฐาน (Md) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) และระดับความสำคัญขององค์ประกอบสมรรถนะ ด้านความรู้ ด้านทักษะ ด้านคุณลักษณะหรือเจตคติ และปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญ แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 และรอบที่ 3 (n=19)

องค์ประกอบสมรรถนะ	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
	ค่าเฉลี่ย Md	ค่าเฉลี่ย IR	ระดับ	ค่าเฉลี่ย Md	ค่าเฉลี่ย IR	ระดับ
1. ด้านความรู้						
1.1 มีความรู้ด้านการพยาบาลและการตรวจรักษา	5.00	0.82	มากที่สุด	4.94	0.64	มากที่สุด
1.2 มีความรู้ในการบริหารจัดการธุรกิจ						
1.3 มีความรู้ด้านกฎหมายและจริยธรรมวิชาชีพ	4.87	0.25	มากที่สุด	5.00	0.25	มากที่สุด
	5.00	0.07	มากที่สุด	5.00	0.07	มากที่สุด
2. ด้านทักษะ						
2.1 ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลและการตรวจรักษา	5.00	0.29	มากที่สุด	5.00	0.22	มากที่สุด
2.2 ทักษะการบริหารจัดการธุรกิจ	5.00	0.81	มากที่สุด	5.00	0.27	มากที่สุด
2.3 ทักษะการจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ	5.00	0.44	มากที่สุด	5.00	0.22	มากที่สุด
2.4 ทักษะการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ	5.00	0.42	มากที่สุด	5.00	0.14	มากที่สุด
3. ด้านคุณลักษณะหรือเจตคติ						
3.1 มุ่งมั่น ไม่ยอมแพ้ต่ออุปสรรค	5.00	0.30	มากที่สุด	5.00	0.10	มากที่สุด
3.2 ใฝ่เรียนรู้	5.00	0.50	มากที่สุด	5.00	0.00	มากที่สุด
3.3 มีใจรักบริการ	5.00	0.71	มากที่สุด	5.00	0.42	มากที่สุด
3.4 ยึดมั่นคุณธรรม จริยธรรมในการปฏิบัติงาน	5.00	0.40	มากที่สุด	5.00	0.20	มากที่สุด
3.5 มีคุณลักษณะเชิงวิชาชีพที่ดี	5.00	0.17	มากที่สุด	5.00	0.17	มากที่สุด
4. ปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญ						
4.1 ระบบการทำงานที่สอดคล้องกับกฎเกณฑ์ของ สปสช.	5.00	0.53	มากที่สุด	5.00	0.56	มากที่สุด
4.2 อุปกรณ์สำคัญที่ต้องใช้ในคลินิก	5.00	0.33	มากที่สุด	5.00	0.33	มากที่สุด
4.3 การจัดการระบบการเงินของคลินิก	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	0.66	มากที่สุด

จากตารางที่ 2 การเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 2 และรอบที่ 3 สมรรถนะผู้ประกอบการ คพขอ. ภายใต้ สปสช. ทุกข้อรายการมีค่าเฉลี่ยมัธยฐานมากกว่า 4.50 แสดงถึงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญกับสมรรถนะย่อย ในระดับมากที่สุด และทุกข้อรายการมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ไม่เกิน 1.50 แสดงว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญ มีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ดังนั้น สมรรถนะของพยาบาลผู้ประกอบการ คพขอ. ภายใต้ สปสช. จึงประกอบด้วยสมรรถนะหลัก 3 ด้าน คือ 1) สมรรถนะด้านความรู้ ประกอบด้วย มีความรู้ด้านการพยาบาลและการตรวจรักษา การบริหารจัดการธุรกิจ ด้านกฎหมายและจริยธรรมวิชาชีพ 2) สมรรถนะด้านทักษะ ประกอบด้วย ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล การบริหารจัดการธุรกิจ การจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ 3) สมรรถนะด้านคุณลักษณะ ประกอบด้วย มุ่งมั่น ไม่ยอมแพ้ต่ออุปสรรค ใฝ่เรียนรู้ มีใจรักบริการ ยึดมั่นคุณธรรม จริยธรรมในการปฏิบัติงาน และมีคุณลักษณะเชิงวิชาชีพที่ดี และ 4) ปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญ ประกอบด้วย ระบบการทำงานที่สอดคล้องกับกฎเกณฑ์ของ สปสช. อุปกรณ์สำคัญที่ต้องใช้ในคลินิก และการจัดการระบบการเงินของคลินิก



จะเห็นได้ว่า สมรรถนะของพยาบาลผู้ประกอบการ คพขอ. ภายใต้ สปสช. ทั้ง 3 ด้าน มีความครอบคลุมทั้งในด้านการให้บริการทางการแพทย์ตามขอบเขตวิชาชีพพยาบาล และด้านการบริหารจัดการธุรกิจ ซึ่งต้องอาศัยทั้งความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะเชิงวิชาชีพที่ดี ซึ่งสมรรถนะกลางที่สภาการพยาบาลกำหนดอาจยังไม่ครอบคลุมถึงองค์ประกอบทางด้านความรู้ และทักษะในการบริหารจัดการธุรกิจ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบธุรกิจ การใช้เทคโนโลยีที่จำเป็นในการเบิกจ่าย และการมีคุณลักษณะบางประการที่แสดงถึงความมุ่งมั่น ไม่ยอมแพ้ รวมถึงปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญอันจะส่งผลทำให้ธุรกิจเติบโตได้

การอภิปรายผล

การวิจัยนี้ได้กำหนดกรอบสมรรถนะของพยาบาลผู้ประกอบการ คพขอ. ภายใต้ สปสช. โดยเน้นที่ 4 ประเด็นสำคัญ ดังนี้

1. องค์ประกอบด้านความรู้ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) มีความรู้ด้านการพยาบาลและการตรวจรักษา อธิบายได้ว่า การเป็นพยาบาลผู้ประกอบการในสถานพยาบาลที่ให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชนนั้น การจัดการบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน พยาบาลผู้ประกอบการจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการใช้จ่ายตามขอบเขตที่กำหนด⁸ ดังนั้น สมรรถนะด้านนี้ จึงเป็นความสามารถพื้นฐานที่พยาบาลวิชาชีพทุกคนพึงมี 2) มีความรู้ในการบริหารจัดการธุรกิจ อธิบายได้ว่า สมรรถนะความรู้ในการบริหารจัดการธุรกิจของผู้ประกอบการ คพขอ. ภายใต้ สปสช. นั้น สอดคล้องกับ สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์⁸ และรองลงมา ด้านการปฏิบัติการและเทคโนโลยี ด้านการตลาด และด้านการเงิน¹⁶ ตามลำดับ ทั้งนี้ สปสช. ได้จัดทำระบบบันทึกชดเชยค่าบริการให้กับบริการ ใน คพขอ. เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ และ 3) มีความรู้ด้านกฎหมายและจริยธรรมวิชาชีพ อธิบายได้ว่า การประกอบธุรกิจสุขภาพทุกประเภทจะมีการควบคุมด้วยกฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยผู้ประกอบการ ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ และจำเป็นต้องมีความรู้ด้านกฎหมายและจริยธรรม โดยสมรรถนะนี้สอดคล้องกับสภาการพยาบาลที่กำหนดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ⁸ และจากการศึกษาสมรรถนะที่พึงประสงค์ของพยาบาลวิชาชีพในยุคชีวิตวิถีใหม่ พบว่า สมรรถนะด้านคุณธรรมจริยธรรมเป็นหนึ่งในสมรรถนะที่พึงประสงค์ของพยาบาลวิชาชีพ¹⁷ ทั้งนี้ การเปิดให้บริการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับชีวิตมนุษย์ หากมีความผิดพลาดเกิดขึ้นอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตของผู้ที่มารับบริการ และอาจทำให้มีการร้องเรียนเกิดขึ้น อีกทั้งยุคสมัยที่เปลี่ยนไปประชาชนเข้าถึงความรู้จากเทคโนโลยีได้สะดวกรวดเร็วมากขึ้น ดังนั้น กฎหมายจึงเป็นสิ่งที่จะควบคุมการให้บริการด้วยความระมัดระวัง และรอบคอบมากยิ่งขึ้น รวมถึงการตัดสินใจและการแก้ปัญหาทางจริยธรรมซึ่งจะเกี่ยวข้องกับคุณค่า และความเชื่อของบุคคล โดยจะเน้นประโยชน์ของผู้รับบริการเป็นหลัก¹⁸

2. องค์ประกอบด้านทักษะ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลและการตรวจรักษา อธิบายได้ว่า พยาบาลผู้ประกอบการต้องมีทักษะด้านการพยาบาลและการตรวจรักษาโรคเบื้องต้น รวมถึงการทำหัตถการต่าง ๆ ที่อยู่ในขอบเขตของวิชาชีพพยาบาล และมีบทบาทในการให้บริการรักษาโรคเบื้องต้นควบคู่ไปกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยสมรรถนะด้านการรักษาโรคเบื้องต้น เป็นการปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานตามแนวทางที่กำหนดตามมาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรม เพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมและปลอดภัย¹⁹ 2) ทักษะการบริหารจัดการธุรกิจ อธิบายได้ว่า พยาบาลผู้ประกอบการต้องพัฒนากลยุทธ์เพื่อให้ธุรกิจอยู่รอด โดยสามารถออกแบบบริการ ให้ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ¹⁸ การจัดการข้อมูลเข้าระบบของ สปสช. ได้อย่างครบถ้วน จะทำให้ธุรกิจประสบความสำเร็จได้ และมีทักษะการวางแผนในการจัดบริการภายในคลินิกและการเยี่ยมบ้าน มีการให้บริการที่รวดเร็วและแม่นยำ โดยปัจจัยด้านการจัดการที่มีความสำคัญสูงเป็นอันดับหนึ่ง ได้แก่ การวางแผนในการดำเนินงานอย่างเป็นขั้นเป็นตอนชัดเจนในทุกกระบวนการดูแล²⁰ 3) ทักษะการจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ อธิบายได้ว่า การให้บริการของ สปสช. จะเชื่อมต่อโดยผ่านเครือข่ายทางอินเทอร์เน็ต การบันทึกข้อมูลของ สปสช. ให้มีความสมบูรณ์และเบิกชดเชยค่าบริการของ สปสช. ได้ตามช่วงเวลาที่กำหนด จะเพิ่มความรวดเร็วในการตรวจสอบส่งผลให้ธุรกิจมีความคล่องตัว จากการศึกษาคพบว่า ความรอบรู้ด้านดิจิทัลมีความสำคัญสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่จะนำไปใช้พัฒนางานให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดทั้งในด้านการให้บริการและการบริหารจัดการทางการแพทย์²¹ อีกทั้ง การนำความรู้ความสามารถในการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีอินเทอร์เน็ต เช่น เฟซบุ๊ก ไลน์ ยูทูบ หรืออื่น ๆ สามารถนำมาใช้เป็นสื่อการสอนด้านสุขภาพได้



และสามารถใช้เทคโนโลยีและสารสนเทศทางยาเสพติดมาพัฒนาหน่วยบริการ เพื่อขยายองค์ความรู้ให้กับชุมชนได้^{22,23} และ 4) ทักษะการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ อธิบายได้ว่า การตรวจผู้ป่วยหรือการให้บริการในคลินิกนั้น ต้องใช้การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งนับว่าเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างมาก เป็นการแบ่งปันข้อมูลระหว่างบุคคล ทำความเข้าใจร่วมกัน การรับรู้และเข้าถึงจิตใจผู้อื่น²⁴ จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพกับผู้ป่วย อยู่ในระดับมาก²⁵ และพบว่าผู้ที่สร้างความไว้วางใจ มีการสื่อสารที่ดี มีประสิทธิภาพ จะสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลได้ดี จะช่วยยกระดับในการให้บริการ²⁶ ดังนั้นพยาบาลผู้ประกอบการจึงต้องมีทักษะดังที่กล่าวมาข้างต้น ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญที่ทำให้ธุรกิจบริการสุขภาพมีความน่าเชื่อถือและปลอดภัย สามารถบริหารจัดการธุรกิจให้เติบโตและอยู่รอดได้ในระยะยาว อย่างมีประสิทธิภาพ เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้กว้างขึ้น และสร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ

3. องค์ประกอบด้านคุณลักษณะ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) มีความมุ่งมั่น ไม่ยอมแพ้ต่ออุปสรรค การมีความรับผิดชอบ มีวินัยในตนเอง สามารถเผชิญความล้มเหลวได้และพร้อมเริ่มต้นใหม่เสมอ และการเป็นตัวของตัวเอง ส่งผลต่อความสำเร็จในการเป็นผู้ประกอบการ²⁷ และคุณลักษณะเชิงวิชาชีพที่สำคัญของพยาบาล จำเป็นต้องมีความอดทนอดกลั้นในการปฏิบัติงานสูง ไม่ย่อท้อ โดยความมุ่งมั่น จะเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ความเชื่อที่จะช่วยสนับสนุนในองค์การบรรลุเป้าหมาย²⁸ คุณลักษณะที่มีผลต่อความสำเร็จในการดำเนินธุรกิจ ได้แก่ มีความตั้งใจมีเป้าหมาย เชื้อมั่น มีใจรัก มองเห็นคุณค่าในตัวเอง มีความมานะ พยายาม อดทน นั่นคือ คพขอ. ที่ดำเนินการภายใต้ สปสช. นั้น พยาบาลจะต้องมีความมุ่งมั่น ไม่ยอมแพ้ต่ออุปสรรค เชื้อมั่นกับนโยบายของ สปสช. ทำความเข้าใจร่วมกันระหว่าง สปสช.กับหน่วยบริการต่าง ๆ 2) ใฝ่เรียนรู้ อธิบายได้ว่า พยาบาลผู้ประกอบการควรมีทักษะการคิดแบบผู้เชี่ยวชาญหรือทักษะขั้นสูง ซึ่งเครื่องจักรหรือหุ่นยนต์ไม่สามารถทำแทนได้ ดังนั้น การใฝ่เรียนรู้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากช่วยให้พัฒนาตนเองและธุรกิจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้สามารถพัฒนาธุรกิจได้อย่างยั่งยืน²⁹ 3) มีใจรักการบริการ มีพฤติกรรมบริการด้วยความเต็มใจ มีเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพ และศรัทธาในวิชาชีพ³⁰ ดังนั้น ผู้ให้บริการที่พร้อมจะเป็นผู้ให้ จะทำให้ผู้รับบริการเกิดความไว้วางใจที่จะมารับบริการ 4) การยึดมั่นคุณธรรม จริยธรรมในการปฏิบัติงาน อธิบายได้ว่า การให้บริการพยาบาลใน คพขอ. นั้น ผู้ประกอบการต้องปฏิบัติหน้าที่ด้วยความซื่อสัตย์สุจริต และให้บริการตามมาตรฐานที่กำหนดภายใต้ขอบเขตวิชาชีพพยาบาล โดยแสดงออกถึงการเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ปฏิบัติการพยาบาลด้วยความเมตตา กรุณา คำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้รับบริการ³¹ และพบว่า พยาบาลผู้ประกอบการต้องสามารถตัดสินใจเชิงจริยธรรมได้ ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับคุณค่า ความเชื่อของบุคคล¹⁸ ดังนั้น การยึดหลักของจริยธรรมจรรยาบรรณ และมาตรฐานวิชาชีพพยาบาล จะเป็นมาตรการในการควบคุมพฤติกรรมบริการ และเป็นการประกันคุณภาพบริการในสถานพยาบาลได้เป็นอย่างดี และ 5) การมีคุณลักษณะเชิงวิชาชีพที่ดี สมาคมพยาบาลกล่าวว่า สมรรถนะด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพต้องมีบุคลิกภาพที่น่าเชื่อถือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี รับฟังคำวิพากษ์ มีทัศนคติที่ดี ศรัทธาในวิชาชีพ³² ดังนั้น พยาบาลผู้ประกอบการต้องมีการสื่อสารกับทุกคนแบบกัลยาณมิตร โดยเฉพาะการทำงานในชุมชน จะต้องอาศัยความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย สมรรถนะทางด้านนี้จึงมีความสำคัญที่จะทำให้ธุรกิจดำเนินต่อไปได้ โดยผ่านเครือข่ายต่าง ๆ (Net Working) และการเป็นคนที่น่าเชื่อถือ และไว้วางใจได้ หรือมีลักษณะเป็นผู้นำ ถือเป็นองค์ประกอบสมรรถนะด้านคุณลักษณะที่สำคัญ³⁰

4. ปัจจัยสนับสนุนด้านอื่น ๆ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ระบบการทำงานที่สอดคล้องกับกฎเกณฑ์ของ สปสช. อธิบายได้ว่า การติดตามหลักเกณฑ์ระบบต่าง ๆ ของ สปสช. และพัฒนาไปพร้อม ๆ กับการดำเนินการของคลินิก การติดตามประกาศที่เกี่ยวข้องในการจัดบริการให้กับผู้ป่วย หากมีความชัดเจน จะทำให้มีแนวปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน 2) อุปกรณ์สำคัญที่ต้องใช้ในคลินิก อธิบายได้ว่า คพขอ. มีความจำเป็นที่ต้องใช้สัญญาณอินเทอร์เน็ต และเครื่องอ่านข้อมูลจากบัตรประชาชน (Smart card reader) เพื่อยืนยันและพิสูจน์ตัวตนของผู้รับบริการทุกครั้งที่มีการเข้ารับบริการ³¹ และ 3) การจัดการระบบการเงินของคลินิก อธิบายได้ว่า ผู้ประกอบการพยาบาลต้องจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านคน เงิน เครื่องมือเครื่องใช้ โดยเฉพาะการจัดการเรื่องการเงิน โดยทำบัญชีแยกกับเงินส่วนตัวให้ชัดเจน และทำบัญชีรายรับ-รายจ่าย ซึ่งจะช่วยให้มองเห็นรูรั่วของเงินได้มากขึ้น ถือเป็นตรวจสอบการใช้จ่ายและรายรับของเงิน ที่นำมาวางแผนทางการเงินต่อไปได้ เพิ่มโอกาสที่จะรับรู้ความผิดพลาดได้รวดเร็วยิ่งขึ้น



สรุป สมรรถนะผู้ประกอบการ คพขอ. ภายใต้ สปสช. เป็นการต่อยอดและเพิ่มเติมสมรรถนะพื้นฐานของพยาบาลที่กำหนดโดยสภาการพยาบาล โดยมุ่งเน้นไปที่ มิติของการเป็นผู้ประกอบการธุรกิจด้านสุขภาพ ที่ต้องมีความรู้และทักษะในการบริหารจัดการ การเงิน และการทำงานร่วมกับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในขณะที่สมรรถนะ 8 ด้านของสภาการพยาบาลเป็นแกนหลักที่พยาบาลทุกคนควรมี เพื่อการปฏิบัติงานในทุกบทบาท ซึ่งพยาบาลผู้ประกอบการก็จำเป็นต้องมีสมรรถนะ 8 ด้านนี้เป็นพื้นฐานเช่นกัน และเสริมด้วยสมรรถนะที่เกี่ยวกับการบริหารธุรกิจและคุณลักษณะเฉพาะของผู้ประกอบการเพื่อให้ประสบความสำเร็จในบทบาทใหม่นี้

ข้อจำกัดของการวิจัย

- 1) การศึกษานี้ทำการศึกษาในช่วงเริ่มต้นของการกำหนดนโยบาย ดังนั้น ปัจจัยด้านสิ่งสนับสนุนหรืออุปสรรคอาจเปลี่ยนไป เมื่อบริบทด้านเวลาหรือนโยบายเปลี่ยนแปลงไป
- 2) การศึกษาในครั้งนี้ใช้โปรแกรม Zoom ในการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ อาจส่งผลต่อความลึกซึ้งของข้อมูลหรือปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้สัมภาษณ์
- 3) การศึกษานี้ใช้เทคนิคเดลฟายในการสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ เนื่องจากขณะทำการศึกษามีจำนวนของพยาบาลที่เปิดคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นไม่ถึง 200 คน หากจำนวนพยาบาลที่เปิดคลินิกมีจำนวนมากพอ คือ 300-500 คนขึ้นไป อาจใช้ระเบียบวิธีวิจัยการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นสมรรถนะที่ยืนยันโดยพยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่เปิดคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นทุกคน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลผู้ประกอบการที่สนใจ สามารถนำผลการวิจัยมาเตรียมความพร้อมทั้ง 3 ด้าน ทั้งด้านความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะหรือเจตคติ
2. พยาบาลวิชาชีพที่สนใจสามารถนำข้อมูลมาเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนเส้นทางวิชาชีพมาเป็นพยาบาลผู้ประกอบการ คพขอ. ภายใต้ สปสช.
3. สามารถนำไปจัดทำเป็นคู่มือแนวทางประกอบการดำเนินธุรกิจ คพขอ. ได้
4. ด้านสถาบันการศึกษา
 - 4.1 ใช้เป็นข้อมูลในการสอนแนวคิดการเป็นผู้ประกอบการพยาบาลให้กับนิสิตพยาบาล
 - 4.2 เพื่อเป็นข้อมูลประกอบรายวิชาการเป็นผู้ประกอบการในหลักสูตรเฉพาะทาง
5. สภาวิชาชีพสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดสมรรถนะของพยาบาลผู้ประกอบการ คพขอ. ภายใต้ สปสช. ได้

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเพิ่มเติมสำหรับพยาบาลผู้ประกอบการธุรกิจ คพขอ. ที่ประสบความสำเร็จ และไม่ประสบความสำเร็จ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการดำเนินธุรกิจ
2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมสำหรับผู้ประกอบการธุรกิจคลินิกชุมชนอบอุ่นที่ไม่ใช่พยาบาลวิชาชีพ โดยศึกษาให้ครอบคลุมทุกเขตสุขภาพ เพื่อให้ทราบถึงภาพรวมของการดำเนินกิจการธุรกิจคลินิกชุมชนอบอุ่นภายใต้ สปสช.
3. สร้างเครื่องมือเพื่อวัดสมรรถนะของพยาบาลที่จะเปิด คพขอ. ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis)



กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย กลุ่มนักบริหาร/ผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายการเปิดดำเนินการ คพชอ. กลุ่มผู้ประกอบการ คพชอ. ภายใต้ สปสช.(พยาบาลวิชาชีพ) กลุ่มผู้ประกอบการคลินิกชุมชนอบอุ่น ภายใต้ สปสช. ได้แก่ เกษัชกร และกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เป็นอาจารย์/นักวิชาการจากสถาบันการศึกษาที่ช่วยเหลือในการสัมภาษณ์ ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะผู้ประกอบการ คพชอ. ภายใต้ สปสช. ที่ทำให้การสร้างเครื่องมือ ในงานวิจัยฉบับนี้มีข้อมูลครบถ้วน สมบูรณ์ สามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้สำเร็จตามเป้าหมายและรวดเร็ว และได้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพภายในระยะเวลาที่กำหนด

References

1. Ministry of Public Health. 20-year national strategic plan for public health. Nonthaburi: Ministry of Public Health, Thailand; 2018. (in Thai)
2. Ministry of Public Health. Primary Health Care System Plan. Nonthaburi: Ministry of Public Health, Thailand; 2021. (in Thai)
3. Leethanakun W. NHSO invites drug stores in Bangkok to apply for "Warm Community Drug Stores" to be more than just drug stores, joining in public health services [Internet]. 2019 [cited 2024 Dec 28]. Available from: <https://www.thecoverage.info/news/content/541> (in Thai)
4. Khamfang R, Tantivess S, Leelahavarong P, Yanpiboon A, Ponragdee K, Yangtisan A, et al. An evaluation of the pilot program on drug-dispensing services in pharmacies to reduce hospital congestion phase 2 [Internet]. 2021 [cited 2023 Dec 8]. Available from: <https://www.hitap.net/documents/183333> (in Thai)
5. Nursing Council. Nursing Council supports the establishment of "Warm Community Nursing Clinics" to increase access to primary health care services [Internet]. 2019 [cited 2025 Jan 20]. Available from: <https://www.tnc.or.th/news/137> (in Thai)
6. Kanchanawatana S. Warm community nursing clinic [Internet]. 2020 [cited 2024 Sep 20], Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=vtFZ3dliuHs> (in Thai)
7. National Health Security Office. National health security system [Internet]. 2021 [cited 2024 Jan 20]. Available from: <https://www.nhso.go.th/page/175> (in Thai)
8. Nursing Council. Competency of professional nurses, nursing and midwifery. Nonthaburi: Nursing Council; 2018. (in Thai)
9. McClelland DC. Testing for competence rather than intelligence. The American Psychologist. 1973;28(1):1-14. doi:10.1037/h0034092.
10. Udomrat S, Nunthachai B, Ruengrangsappaisan N, Yoliya E. Entrepreneurial competencies and teaching-learning strategies to promote entrepreneurial competencies among nursing Students. Journal of Nurses Association of Thailand Northern Office. 2021;27(1):92-100. (in Thai)



11. Wilson A, Averis A, Walsh K. The influences on and experiences of becoming nurse entrepreneurs: A Delphi study. *International Journal of Nursing Practice*. 2003;9:236-45. doi:10.1046/j.1440-172x.2003.00426.x.
12. Macmillan TT. The Delphi technique. Paper presented at the annual meeting of the California Junior Colleges Associations Committee on Research and Development. California: Monterey; 1971.
13. Rovinelli RJ, Hambleton RK. On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. [Internet]. 1997 [cited 2024 Jan 20]. Available from: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED121845.pdf>
14. Linstone HA, Turoff M. The Delphi method. Reading, MA: Addison-Wesley; 1975.
15. Nursing Council. Professional ethics for nursing. Bangkok: Nursing Council; 2021. (in Thai)
16. Rueakarn T, Thipsri N, Techaphanrattanakun N, Sriwichai M. The influence of business factors on the growth of SMEs in Chiang Rai Province. *Journal of Marketing and Management*. 2023;10(2):74-94. (in Thai)
17. Fakfai S. Desirable competencies of professional nurses in the new way of life era, public health service units under the Ministry of Public Health, Health Region 2 [thesis]. Phitsanulok: Naresuan University; 2023. (in Thai)
18. Saenprasit N. A study of competency of nurses who operate a warm community nursing clinic [thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2021. (in Thai)
19. Chailertkongthanakun N, Angsuroj Y. Competency of professional nurses in workplaces. *Police Nursing Journal*. 2019;11(1):24-34. (in Thai)
20. Wises N. Factors in business operations of small and medium-sized enterprises (SMEs) in Nonthaburi Province. *Panyapiwat Journal*. 2017;9(1):13-24. (in Thai)
21. Deelertpaiboon S, Mamuangbon C, Tangkunpitphon S, Kunkunnadech K, Thanakornpornasawat A, Wanwichit J, et al. Study of nurses' satisfaction with the work system. *Journal of Nursing*. 2024;37(2):85-93. (in Thai)
22. Phakotkhom B, Worathongchai K. Competency of professional nurses in Thailand 4.0 in community hospitals at F1-F3 level. *Journal of Nursing and Health Care*. 2020;38(3):110-8. (in Thai)
23. Singhto T. Competency of drug specialist nurses in the next decade (2010-2019). *Journal of Nurse Association of Thailand, North-Eastern Division*. 2013;31(1):122-30. (in Thai)
24. College of Nursing, Thai Red Cross Society (TH). Communication and interpersonal relationship. In: *Fundamental nursing I*. Bangkok: College of Nursing, Thai Red Cross Society (TH); 2015. (in Thai)
25. Sriwichai P, Limprasert K. Communication behavior of professional nurses in general hospitals in Phayao Province. *Journal of Nursing and Health Care*. 2021;37(1):138-47. (in Thai)
26. American Organization of Nurse Executives. AONE Guiding principles: Trust, care, advocacy. Chicago: American Organization of Nurse Executives; 2005.



27. Chokprommonan W, Chetdalak W. Characteristics of entrepreneurs affecting the success of business operations of shop owners in Don Wai Floating Market, Nakhon Pathom Province. *Journal of Humanities, Social Sciences and Arts*. 2015;8(2):967-88. (in Thai)
28. Attalakupt A. A study of core competencies of small and medium-sized enterprises in Bangkok to support the ASEAN Community [thesis]. Bangkok: Rajamangala University of Technology Rattanakosin; 2016. (in Thai)
29. Phongsathonwibun K. Lifelong learning and nursing profession. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2016;17(3):1-9. (in Thai)
30. Khwanthong-in P. Characteristics and competencies of entrepreneurs affecting stakeholder relationship management of event organizing businesses [Doctoral dissertation]. Phitsanulok: Naresuan University; 2019. (in Thai)
31. National Health Security Office, Region 7, Khon Kaen. Manual for using the new UC rights verification program for service units in the National Health Security System, Region 7, Khon Kaen [Internet]. 2023 [cited 2024 Jan 20]. Available from: <https://kkn.nhso.go.th/files/11161> (in Thai)



ความชุกของพฤติกรรมโรคสมาธิสั้น และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้น ตามการรับรู้ของผู้ปกครองในเด็กอายุ 6-15 ปี จังหวัดร้อยเอ็ด

วิภาพร จันทนาม พย.ม.¹ ขวัญจิรา อินกว้าง พย.ม.^{1,2}

สุจิตตา ฤทธิมนตรี ปร.ด.¹ จำรัสลักษณ์ เจริญแสน พย.ม.¹

อรทัย พงษ์แก้ว พย.ม.¹ รักษ์สุดา ชูศรีทอง พย.ม.¹

วาริรัตน์ วรรณโพธิ์ พย.ม.¹

(วันรับบทความ : 26 เมษายน พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ : 15 มิถุนายน พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ : 23 มิถุนายน พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

โรคสมาธิสั้นเป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชที่เกิดขึ้นในเด็ก ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมอารมณ์ การเรียน การเข้าสังคม รวมถึงการใช้ชีวิตประจำวันของเด็กและผู้ที่เกี่ยวข้อง ปัจจุบันพบความชุกในประชากรเด็กทั่วโลกแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น การวิจัยนี้จึงเป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ความเข้าใจของผู้ปกครอง เพื่ออธิบายความชุกของพฤติกรรมโรคสมาธิสั้นและเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-15 ปี ในตำบลแห่งหนึ่งของจังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองจำนวน 107 คน โดยใช้เครื่องมือวิจัยเป็นแบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง และแบบประเมินพฤติกรรมโรคสมาธิสั้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติอนุมานในการประมาณค่าและหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Chi-square กรณีตัวแปรต้นเป็นตัวแปรแจกแจง Independent t-test กรณีตัวแปรต้นเป็นตัวแปรต่อเนื่อง โดยกำหนดนัยสำคัญที่ .05

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจต่อการเกิดโรคสมาธิสั้นอยู่ในระดับดีร้อยละ 63.55 ตามเกณฑ์ของ Bloom และความชุกของพฤติกรรมโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-15 ปีที่พบมากที่สุด ได้แก่ อาการขาดสมาธิร้อยละ 34.58 (95% CI: 24.79-43.42) และอาการคือต่อต้าน อาการไม่อยู่นิ่ง หุนหันพลันแล่น รองลงมาตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง ได้แก่ เพศของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับอาการคือต่อต้านของเด็ก ความพอเพียงของรายได้ของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับอาการขาดสมาธิของเด็ก และระดับการศึกษาของเด็กมีความสัมพันธ์กับอาการไม่อยู่นิ่ง หุนหันพลันแล่นของเด็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้จึงเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาบทบาทของพยาบาลให้สามารถป้องกัน คัดกรอง และให้การสนับสนุนแก่ครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยส่งเสริมสุขภาพที่ดีของเด็กวัย 6-15 ปีในระยะยาว

คำสำคัญ: โรคสมาธิสั้น ความชุก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

¹อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

²ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: khwanchira.thesis@gmail.com Tel: 085-0114849



Prevalence of ADHD-Related Behaviors and Associated Factors as Perceived by Parents among Children Aged 6–15 Years in Roi Et Province

Wipaporn Jantanam M.N.S¹ Khwanchira Inkwarg M.N.S^{1,2}

Sujitta Ritmontree Ph.D.¹ Jumrusluk Charoensaen M.N.S¹

Orathai Pongkaew M.N.S¹ Ruksuda Choosrithong M.N.S¹

Wareerat Wannapoe M.N.S¹

(Received Date: April 26, 2025, Revised Date: June 15, 2025, Accepted Date: June 23, 2025)

Abstract

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is a chronic psychiatric condition in children that affects the behavior, emotion regulation, learning, social interaction, and daily functioning of both the child and those involved in their care. The global prevalence of ADHD among children is on the rise. This cross-sectional analytical research study was conducted to assess parents' knowledge and understanding of ADHD, to describe the prevalence of ADHD-related behaviors, and to examine the factors associated with ADHD-related behaviors among children aged 6–15 years in a subdistrict of Roi Et Province, Thailand. A total of 107 parents participated in the study. The research instruments included a questionnaire on the parents' knowledge and understanding of ADHD and an ADHD behavior assessment tool. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics, including Chi-square tests for categorical variables and independent t-tests for continuous variables, with a significance level set at .05.

The results showed that 63.55% of parents had a good level of knowledge and understanding of ADHD based on Bloom's criteria. The most prevalent ADHD-related behavior reported among children aged 6–15 years was inattention (34.58%; 95% CI: 24.79–43.42), followed by oppositional behavior, hyperactivity, and impulsivity, respectively. Factors significantly associated with ADHD-related behaviors as perceived by parents included: parent's gender, which was associated with oppositional behavior in children; adequacy of family income, which was associated with children's inattention; and children's education level, which was associated with hyperactivity and impulsivity. These findings provide essential insights for developing the professional role of nurses in prevention, early screening, and family support, contributing to the promotion of long-term well-being among children aged 6–15 years.

Keywords: attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), prevalence, associated factors

¹Instructor, Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University

²Corresponding author, Email: khwanchira.thesis@gmail.com Tel: 085-0114849



บทนำ

โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorders: ADHD) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นตั้งแต่ในวัยเด็กก่อนอายุ 12 ปี ที่เกิดจากความผิดปกติของสมอง และเป็นอีกกลุ่มอาการของโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อยในเด็กเช่นกัน โดยพฤติกรรมสมาธิสั้น หมายถึง พฤติกรรมที่เด็กแสดงออก เป็นลักษณะอาการเฉพาะที่บ่งบอกว่าเด็กมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมาธิสั้น โดยอาการหลัก ๆ คือ อาการซุกซนอยู่ไม่นิ่ง อาการหุนหันพลันแล่น และ อาการไม่มีสมาธิ¹ อาการเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม อารมณ์ สัมพันธภาพกับเพื่อน บุคคลทั่วไป หรือการเข้าสังคม การเรียน การทำงาน รวมไปถึงการดำเนินชีวิตประจำวันของเด็กและผู้ปกครอง² หากเด็กโรคสมาธิสั้นไม่ได้รับการรักษา มักจะประสบปัญหาด้านปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน ด้านการเรียน และมีภาพพจน์ต่อตนเองที่ไม่ดี และเข้าสู่วัยรุ่นหรือผู้ใหญ่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงอันตราย ใช้สารเสพติด อุบัติเหตุ ความล้มเหลวในการประกอบอาชีพและปัญหาทางจิตเวชอื่น ๆ³

ในปัจจุบันสถานการณ์ของโรคสมาธิสั้นทุกประเทศทั่วโลก สหพันธ์สมาคม ADHD โลก (World Federation of ADHD) พบว่าอัตราความชุกของโรคสมาธิสั้นอยู่ในช่วงระหว่างร้อยละ 5.90-14 ในเด็กและวัยรุ่น⁴ มีการศึกษาแบบ Meta-Analysis พบว่าความชุกทั่วโลกของโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นอยู่ที่ร้อยละ 8 โดยพบว่าเด็กผู้ชายมีอัตราความชุกของโรค ADHD สูงกว่าเด็กผู้หญิงถึงสองเท่า โดยพบมากที่สุดคืออาการขาดสมาธิ รองลงมาคืออาการอยู่ไม่นิ่ง⁵ อีกทั้งยังมีรายงานการสำรวจสุขภาพเด็กประเทศสหรัฐอเมริกา⁶ พบว่าเด็กอายุ 3-17 ปี มีความชุกของโรคสมาธิสั้นร้อยละ 9.60 - 9.80 ในประเทศไทย⁷สามารถประมาณการได้ว่าจะมีเด็กช่วงวัยเรียนป่วยด้วยโรคสมาธิสั้นถึง 1 ล้านคน และมักพบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิงในอัตราส่วน 3:1 สอดคล้องกับผลการสำรวจในประเทศไทยโดยกรมสุขภาพจิต⁷ พบว่าอัตราความชุกของโรคสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-5 พบร้อยละ 8.10 โดยแยกเป็นเพศชาย ร้อยละ 12 และเพศหญิง ร้อยละ 4.20 ซึ่งจะเห็นได้ว่าโรคสมาธิสั้นสามารถพบได้ทั้งกับเด็กที่เป็นวัยเรียนและวัยรุ่น โดยลักษณะของเด็กวัยเรียนเมื่อมีอาการขาดสมาธิ จะสมาธิสั้นวอกแวกง่าย ไม่สามารถทำงานเสร็จรวดเร็ว การควบคุมตนเองไม่ดี อาจมีก้าวร้าวหงุดหงิดง่าย ทนต่อความคับข้องใจไม่ได้ ระบายความเครียด ไม่ร่วมมือในการทำตามกฎ เข้ากับเพื่อนไม่ได้ สำหรับเด็กที่เป็นวัยรุ่นเมื่อมีอาการขาดสมาธิ จะพบว่าอาการไม่นิ่งลดลงแต่ไม่มีสมาธิมากขึ้น ชอบความท้าทาย เบื่อง่าย เกิดพฤติกรรมเกราะ ไม่มีความมั่นใจ⁸

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โรคสมาธิสั้นเป็นปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ยังไม่สามารถระบุสาเหตุที่แน่ชัดได้ แต่เชื่อว่าจะสามารถเกิดขึ้นได้จากหลาย ๆ ปัจจัยรวมกัน ซึ่งแต่ละปัจจัยมีความสำคัญที่ส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมของเด็กแตกต่างกันออกไป มีการศึกษาที่พบว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคสมาธิสั้นแบ่งเป็น 2 ด้าน ด้านปัจจัยที่เกิดจากตัวเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ ประวัติการอยู่อาศัย ประวัติการเรียน ด้านปัจจัยที่เกิดจากครอบครัว ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจ รูปแบบครอบครัว ความรักความอบอุ่น การอบรมเลี้ยงดู การดูแลสุขภาพ และการจัดสรรรายได้ของครอบครัว^{2,9,10} สอดคล้องกับการศึกษาของต่างประเทศในประเทยกันดาและสหรัฐอเมริกาที่พบว่าเพศชายมีแนวโน้มที่จะสมาธิสั้นมากกว่าเพศหญิง^{11,12} และมีการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในนักเรียนชั้นประถมศึกษา ผลการศึกษาพบว่า เด็กเพศชายมีเสี่ยงเป็น 3.70 เท่าของเพศหญิง เด็กที่อาศัยอยู่กับญาติเสี่ยง 1.60 เท่าของเด็กที่อยู่กับพ่อแม่ เด็กที่เคยมีประวัติเรียนซ้ำชั้นหรือเคยถูกลงโทษเสี่ยงเป็น 1.90 และ 2.80 เท่าของเด็กที่ไม่เคย ครอบครัวที่มีสถานภาพสมรสหย่าร้างหรือแยกกันอยู่หรือเป็นหม้ายเสี่ยงเป็น 1.70 เท่าของครอบครัวที่อยู่ร่วมกันปกติ พ่อที่การศึกษาจบมัธยมศึกษาหรือต่ำกว่าเสี่ยงเป็น 1.60 เท่า ครอบครัวที่มีรายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สินเสี่ยงเป็น 1.40 เท่า และผู้ปกครองที่ไม่มีความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้นเสี่ยงเป็น 2.30 เท่า¹³ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคสมาธิสั้น การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและการรักษา^{14,15} มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในการศึกษาต่างประเทศพบว่า ปัจจัยด้านการเลี้ยงดู ได้แก่ ปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว การกระทำรุนแรงต่อเด็ก สถานภาพความสัมพันธ์ของพ่อแม่ การที่พ่อแม่ถูกจำคุก การให้เด็กได้รับสื่อเป็นเวลานาน มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคสมาธิสั้น โดยเฉพาะในกลุ่มอาการขาดสมาธิและสมาธิสั้น/หุนหันพลันแล่น¹⁶



ผลการสำรวจสถานการณ์โรคสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียนอายุ 6-15 ปีในจังหวัดร้อยเอ็ด¹⁷ ปี พ.ศ. 2565 มีจำนวน 3,646 คน อัตราการเข้าถึงบริการ ร้อยละ 46.65 ยอดผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในเด็กสะสม พ.ศ. 2566 มีจำนวน 3,046 คน อัตราการเข้าถึงบริการ ร้อยละ 49.30 ผลการสำรวจในเขตพื้นที่อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด สถานการณ์โรคสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียน อายุ 6-15 ปี ในปี พ.ศ. 2565 มีจำนวน 341 คน อัตราการเข้าถึงบริการ ร้อยละ 46.65 ยอดผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในเด็กสะสม พ.ศ. 2566 มีจำนวน 337 คน อัตราการเข้าถึงบริการ ร้อยละ 49.55 จะเห็นได้ว่าภาวะโรคสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียนในจังหวัดร้อยเอ็ดยังคงมี ยอดผู้ป่วยสะสมจำนวนมากและอัตราการเข้าถึงบริการไม่ถึงร้อยละ 50 และเมื่อทำการศึกษานำร่องในตำบลแห่งหนึ่งของ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลากจากจำนวนผู้ปกครองที่ดูแลเด็กอายุ 6-15 ปีทั้งหมด ได้จำนวน 15 คน และใช้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ได้แก่ แบบประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ปกครองเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น พบว่าระดับความรู้ในระดับร้อยละ 33.33 ซึ่งไม่ถึงร้อยละ 50

ปัจจุบันผู้ปกครองและครูประจำชั้นสามารถตรวจคัดกรองโรคสมาธิสั้นได้ด้วยตนเองโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรม โรคสมาธิสั้น SNAP-IV ซึ่งเป็นแบบประเมินมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่ประกอบไปด้วยการประเมิน พฤติกรรมที่บ่งบอกถึงอาการซุกซน อยู่ไม่นิ่ง อาการหุนหันพลันแล่น และ อาการไม่มีสมาธิ ซึ่งในการคัดกรองนี้จะมีเกณฑ์ในการให้ คะแนนที่แตกต่างกันระหว่างผู้ปกครองและครูประจำชั้น และเมื่อเด็กได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคสมาธิสั้น ผู้ปกครองหรือครูประจำชั้นจะต้องพาเด็กไปพบบุคลากรทางการแพทย์เพื่อเข้ารับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น ในบทบาทของ พยาบาลวิชาชีพจะเป็นผู้คัดกรองโรคสมาธิสั้นพร้อมให้ความรู้ คำแนะนำและส่งต่อเด็กให้ได้เข้ารับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ เพื่อให้เด็กได้รับการรักษาอย่างทันที่และมีอัตราการเข้ารับบริการที่เพิ่มสูงขึ้น

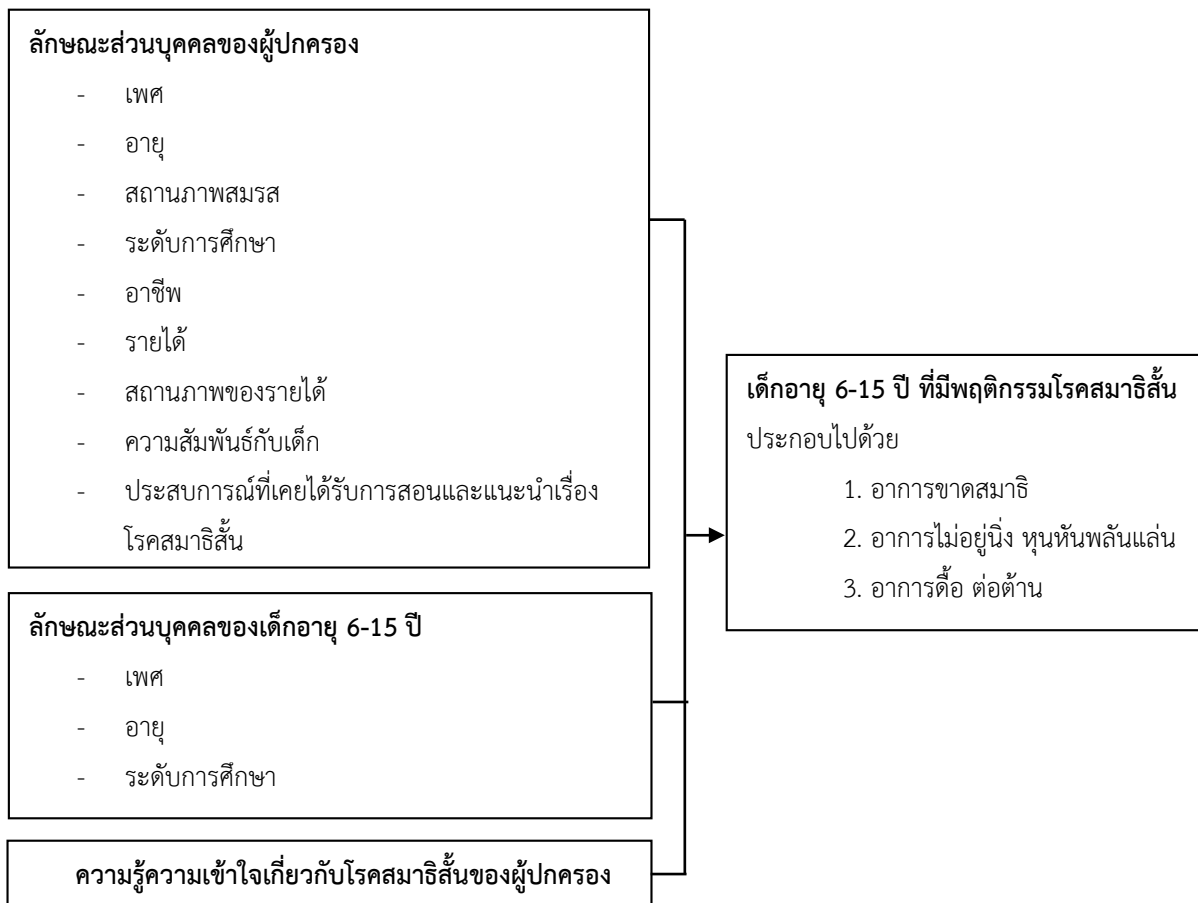
จากผลการศึกษา นำร่อง และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ยังไม่พบงานวิจัยที่ทำการศึกษเกี่ยวกับเรื่องความซุกและ ปักจี้ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ปกครองในเด็กอายุ 6-15 ปีในตำบลแห่งหนึ่งของจังหวัดร้อยเอ็ด จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาความรู้ความเข้าใจต่อโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง และความซุกของพฤติกรรมโรคสมาธิสั้น รวมไปถึงการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ปกครองในเด็กอายุ 6-15 ปี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ความเข้าใจของผู้ปกครองต่อโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-15 ปี
2. เพื่ออธิบายความซุกของพฤติกรรมโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-15 ปี
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-15 ปี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพระหว่างบุคคล เป็นทฤษฎีที่ให้ความสำคัญทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยภายนอกตัวบุคคลรวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการกระทำและพฤติกรรมของบุคคล ให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพจากการได้รับการกระตุ้น คำแนะนำจากบุคคลในครอบครัว บุคลากรทางสุขภาพ เป็นต้น¹⁸ จากการทบทวน วรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยหลายด้านที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมโรคสมาธิสั้น ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกปัจจัยที่สามารถนำมาเป็น ข้อมูลในการหาความสัมพันธ์ดังกล่าวทั้งหมด 3 ด้าน ดังนี้ ด้านผู้ปกครอง ประกอบไปด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพของรายได้ ความสัมพันธ์กับเด็ก ประสบการณ์ที่เคยได้รับการสอนและแนะนำ เรื่องโรคสมาธิสั้น ด้านเด็ก ประกอบไปด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา และด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของ ผู้ปกครอง ดังกรอบแนวคิดตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ใช้การวิจัยแบบ Analytical cross-section study เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบตอบเองในช่วงเดือนกรกฎาคม – กันยายน พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ปกครองเด็กอายุ 6-15 ปี ที่อาศัยอยู่ในตำบลแห่งหนึ่งของจังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งก่อนทำการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการสำรวจพื้นที่ที่ทำการการศึกษา 11 หมู่บ้าน และได้ทำการสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีการจับฉลากได้ 3 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 1 หมู่ที่ 5 และ หมู่ที่ 10 ซึ่งทั้ง 3 หมู่บ้านมีจำนวนประชากรประมาณ 250 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนกรณีไม่ทราบประชากร

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 P(1 - P)}{dZ^2}$$

โดยที่ P คือ ความชุกของคะแนนความรู้ระดับดีจากการศึกษานำร่อง มีค่าเท่ากับ ร้อยละ 33.33 ($P = 0.33$)

$Z_{1-\alpha/2}$ คือ ความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 ระดับ 0.05 มีค่าเท่ากับ 1.96

d คือ ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ มีค่าเท่ากับ ร้อยละ 10 ดังนั้น $d = 0.1$



แทนค่าในสูตรได้กลุ่มตัวอย่าง 85 คน เพื่อป้องกันการสูญหายหรือความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถาม จึงทำการเก็บข้อมูลเพิ่มร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 102 คน แต่ในการศึกษานี้มีผู้ตอบแบบสอบถาม 107 คน เพื่อความเป็นตัวแทนที่ดีจึงนำเข้ามาเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยมีคุณสมบัติในการเข้ามาเป็นกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า คือเป็นผู้ดูแลหลักที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไปทั้งเพศหญิงและเพศชาย สามารถสื่อสารภาษาไทยได้รู้เรื่อง และมีความยินดี สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย โดยต้องเป็นผู้ที่รับผิดชอบดูแลเด็กอายุ 6-15 ปี ในเขตพื้นที่ตำบลแห่งหนึ่งของจังหวัดร้อยเอ็ด

เกณฑ์คัดออก คือ มีโรคทางกายและโรคทางจิตรุนแรงไม่สามารถให้ข้อมูลได้

เกณฑ์การยุติเข้าร่วมโครงการ คือ เจ็บป่วย ร้ายแรง ฉุกเฉิน ที่ส่งผลต่อการทำงานของอวัยวะสำคัญ หัวใจ สมอง ปอด ตับ ไต ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน เช่น โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรคมะเร็งระยะลุกลาม ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย หรือเสียชีวิต ระหว่างการดำเนินการวิจัย ย้ายที่อยู่และหรือไม่สามารถเข้าร่วมได้ครบและขอลอนตัวออกจากการวิจัย ระหว่างการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ประกอบไปด้วย 2 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพรายได้ของครอบครัวในปัจจุบัน ความสัมพันธ์กับเด็ก ประสบการณ์ที่เคยได้รับการสอน/แนะนำเรื่องโรคสมาธิสั้น

ตอนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของเด็กอายุ 6-15 ปี ประกอบด้วย เพศ อายุ และระดับการศึกษาของเด็ก

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง เป็นแบบวัดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและประยุกต์จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาสมาธิสั้นในเด็ก ของ บังฉิมมา หลอมประโคน¹⁴ จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเลือกตอบ ใช่กับไม่ใช่ ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดให้ 0 คะแนน โดยการแปลผลระดับความรู้แบ่งเป็น 2 ระดับ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ร้อยละ 60 เป็นจุดตัด ซึ่งดัดแปลงมาจากแนวทางของ Bloom¹⁹ โดยคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 6 คะแนน หมายถึง มีความรู้ความเข้าใจระดับดี คะแนนรวมน้อยกว่า 6 คะแนน หมายถึง ความรู้ความเข้าใจระดับไม่ดี

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมโรคสมาธิสั้น (Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale : SNAP-IV) เป็นแบบประเมินมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่นำมาใช้ในการคัดกรองโรคสมาธิสั้นในเด็กที่มีการใช้อย่างแพร่หลาย ซึ่งในแบบประเมินมีข้อคำถามจำนวน 26 ข้อแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) อาการขาดสมาธิ 9 ข้อ 2) อาการซน/หุนหันพลันแล่น 9 ข้อ 3) อาการดื้อ/ต่อต้าน 8 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อจะให้คะแนน 0-3 คะแนน โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่พบพฤติกรรมดังกล่าว 1 คะแนน หมายถึง พบพฤติกรรมดังกล่าวเล็กน้อย 2 คะแนน หมายถึง พบพฤติกรรมดังกล่าวค่อนข้างมากและ 3 คะแนน หมายถึง พบพฤติกรรมดังกล่าวมาก ผลรวมคะแนนของอาการขาดสมาธิและอาการซน หุนหันพลันแล่น ประเมินได้ว่ามีความเสี่ยงตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไป ส่วนอาการภาวะดื้อ ต่อต้าน ประเมินได้ว่ามีความเสี่ยงตั้งแต่ 9 คะแนนขึ้นไป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยดังนี้

1. แบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง เป็นแบบวัดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและประยุกต์จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาสมาธิสั้นในเด็ก ของ บังฉิมมา หลอมประโคน¹⁴ โดยได้นำไปปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ปกครองเด็กอายุ 6-15 ปี จำนวน 15 คน ในพื้นที่ไม่ใช้พื้นที่วิจัย ช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2567 จากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89

2. แบบประเมินพฤติกรรมโรคสมาธิสั้น (SNAP-IV) ซึ่งเป็นแบบประเมินมาตรฐานที่พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และมีการใช้กันอย่างแพร่หลายในประเทศไทย โดย ภัทรธร พิทยรัตน์เสถียร และคณะ²⁰ ได้ทำการศึกษาและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือพบว่ามีความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.93



วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น โดยได้ผ่านการฝึกการใช้แบบประเมินพฤติกรรมโรคสมาธิสั้น และเคยปฏิบัติงานคลินิกสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น จึงได้จัดประชุมเพื่อชี้แจงและอธิบายวิธีการใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูลให้กับทีมผู้วิจัยก่อนดำเนินการวิจัยนี้
2. ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ดถึงกำนันและผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่ 1 หมู่ที่ 5 และ หมู่ที่ 10 ตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายกลุ่มในการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถาม และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชุมชน แล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเป็นรายบุคคล โดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองและเด็กอายุ 6-15 ปี แบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง และแบบประเมินพฤติกรรมโรคสมาธิสั้น (SNAP-IV) ใช้ระยะเวลาประมาณ 30 นาที สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่อ่านหนังสือไม่ได้แต่สมัครใจเป็นอาสาสมัคร ผู้วิจัยจะเป็นผู้อธิบายและอ่านข้อคำถามในแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบ
4. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามแล้ววิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติพรรณนาในการอธิบายลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและระดับของความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง กรณีข้อมูลแจกแจงนับนำเสนอด้วย การแจกแจงความถี่และร้อยละ กรณีข้อมูลต่อเนื่อง ที่มีการแจกแจงปกติ นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) กรณีแจกแจงไม่ปกติ นำเสนอด้วยค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด : สูงสุด)
2. ใช้สถิติอนุมาน ในการประมาณความชุกของพฤติกรรมโรคสมาธิสั้น ได้แก่ อาการขาดสมาธิ อาการไม่อยู่นิ่ง หุนหันพลันแล่น และอาการดื้อ ต่อต้าน ของเด็กอายุ 6-15 ปี นำเสนอด้วยค่าความชุกโดยการใช้ร้อยละร่วมกับ 95% Confidence Interval และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตาม ได้แก่ อาการไม่อยู่นิ่ง หุนหันพลันแล่น และอาการดื้อ ต่อต้าน กับตัวแปรต้น กรณีตัวแปรต้นเป็นตัวแปรแจกแจงนับใช้การทดสอบ Chi-square กรณีตัวแปรต้นเป็นข้อมูลต่อเนื่องกับตัวแปรตามที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ และมีการทดสอบการแจกแจงปกติ ใช้การทดสอบ Independent t-test นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ยความต่าง (Mean difference) โดยกำหนดนัยสำคัญที่ .05

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้อธิบาย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจโดยอิสระ ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิโดยชี้แจงกับกลุ่มตัวอย่างว่าข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับและรักษาข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อใช้ประโยชน์กับการวิจัยเท่านั้น โดยไม่มีผลต่อการมารับบริการของกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีการบันทึกชื่อ นามสกุล และเลขที่บ้านในแบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างไม่พร้อมหรือไม่เต็มใจสามารถเลิกการให้ข้อมูลได้ในทุกขั้นตอนของการวิจัยโดยไม่เกิดผลเสียใด ๆ ต่อการมารับบริการของกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด เลขที่ 019/2567 ลงวันที่ 22 มกราคม พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

การศึกษานี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครอง 107 คน ในตำบลแห่งหนึ่งของจังหวัดร้อยเอ็ด มีผลการวิจัยดังนี้

1. **ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง** ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 74.77 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 78.50 โดยมีอายุเฉลี่ย 50.10 ปี สถานภาพสมรสแต่งงานอยู่ด้วยกันร้อยละ 65.42 ระดับการศึกษามัธยมศึกษาขึ้นไปร้อยละ 67.29 ส่วนใหญ่ทำอาชีพเกษตรกรร้อยละ 57.01 และมีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 75.70 รายได้พอเพียงแต่ไม่มีเงินเหลือเก็บร้อยละ 42.06 ความสัมพันธ์กับเด็กส่วนใหญ่เป็นบิดามารดาร้อยละ 57 และไม่เคยมีประสบการณ์ได้รับการสอนและแนะนำเรื่องโรคสมาธิสั้นร้อยละ 66.36



ข้อมูลทั่วไปของเด็กอายุ 6-15 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 61.68 โดยเฉลี่ยมีอายุ 12.07 ปี ระดับการศึกษามัธยมต้น ร้อยละ 66.36 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็กและเด็ก (n = 107)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง			
เพศ	ชาย	27	25.23
	หญิง	80	74.77
อายุ (ปี)	น้อยกว่า 60 ปี	23	21.50
	60 ปีขึ้นไป	84	78.50
	Mean = 50.10, S.D. = 10.15, Min = 28, Max = 73		
สถานภาพสมรส	แต่งงานอยู่ด้วยกัน	70	65.42
	หย่า แยก เลิกร้าง หม้าย	37	34.58
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	35	32.71
	มัธยมศึกษาขึ้นไป	72	67.29
อาชีพ	เกษตรกรกรรม	61	57.01
	ค้าขาย/อาชีพอิสระ/รับจ้าง (เอกชน)	36	33.64
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	8	7.48
	ไม่มีอาชีพ/ไม่มีรายได้/อยู่บ้าน	2	1.87
รายได้	ต่ำกว่า 10,000 บาท	81	75.70
	10,001 บาทขึ้นไป	26	24.30
ความพอเพียงของรายได้ผู้ปกครอง	พอเพียงและมีเงินเหลือเก็บพอสมควร	25	23.36
	พอเพียงแต่ไม่มีเงินเหลือเก็บ	45	42.06
	ไม่พอเพียงและมีภาระหนี้สินอยู่บ้าง	32	29.91
	ไม่พอเพียงและมีปัญหาหนี้สินอยู่มาก	5	4.67
ความสัมพันธ์กับเด็ก	บิดา/มารดา	61	57.00
	ปู่/ย่า , ตา/ยาย , น้ำ/อา, ลุง/ป้า	46	43.00
ประสบการณ์ที่เคยได้รับ	ไม่เคย	71	66.36
การสอน/แนะนำเรื่องโรค	เคย	36	33.64
ข้อมูลทั่วไปของเด็ก			
เพศของเด็ก	ชาย	66	61.68
	หญิง	41	38.32
อายุ (ปี)	Mean = 12.07, S.D.=2.66, Min = 6, Max = 15		
ระดับการศึกษาของเด็ก	ประถมศึกษา	36	33.64
	มัธยมต้น	71	66.36



2. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง ผลการศึกษาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครองพบว่า ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจระดับดี ร้อยละ 63.55 เมื่อจัดลำดับรวมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นรายข้อแล้วพบว่า ข้อคำถามที่ผู้ปกครองตอบได้ถูกต้องมากที่สุด ได้แก่ เด็กสมาธิสั้นมักไม่อยู่นิ่ง นั่งไม่ติดที่ พุดแทรก ทำงานไม่เป็นระเบียบ และยาที่ใช้รักษาโรคสมาธิสั้นจะช่วยให้เด็กสมาธิสั้นมีอาการดีขึ้น คะแนนความถูกต้องร้อยละ 72.89 รองลงมา คือ โรคสมาธิสั้น เกิดจากการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมของพ่อแม่ ร้อยละ 69.16 และอันดับสามคือ เด็กสมาธิสั้น มักขาดความยับยั้งชั่งใจ คะแนนความถูกต้องร้อยละ 68.22 สำหรับข้อคำถามที่ผู้ปกครองตอบไม่ถูกต้องมากที่สุด ได้แก่ เด็กสามารถนั่งดูโทรทัศน์หรือเล่นเกมติดต่อกันได้เป็นเวลานาน ไม่ได้เป็นโรคสมาธิสั้นอย่างแน่นอน คะแนนความถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 41.12 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลระดับของความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง (n=107)

ข้อคำถามความรู้ความเข้าใจ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. โรคสมาธิสั้น เกิดจากการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมของพ่อแม่	74	69.16
2. เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น มักมาจากครอบครัวที่ไม่เป็นระเบียบ สับสนวุ่นวาย	59	55.14
3. เด็กสมาธิสั้น มักไม่อยู่นิ่ง นั่งไม่ติดที่ พุดแทรก ทำงานไม่เป็นระเบียบ	78	72.89
4. เด็กสามารถนั่งดูโทรทัศน์หรือเล่นเกมติดต่อกันได้เป็นเวลานาน ไม่ได้เป็นโรคสมาธิสั้นอย่างแน่นอน	44	41.12
5. เด็กสมาธิสั้น มักขาดความยับยั้งชั่งใจ	73	68.22
6. เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น เมื่อโตเป็นวัยรุ่นมีความเสี่ยงสูงที่จะกลายเป็นเด็กเกเร	56	52.34
7. เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น ส่วนใหญ่หายจากโรคนี้ได้เอง	69	64.49
8. เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น เมื่อโตเป็นวัยรุ่นมีความเสี่ยงสูงที่จะติดสารเสพติด	55	51.40
9. ยาที่ใช้รักษาโรคสมาธิสั้น จะช่วยให้เด็กสมาธิสั้นมีอาการดีขึ้น	78	72.89
10. การจัดสิ่งแวดล้อม เช่น ให้ทำงานที่มึนเจียบบงจะช่วยเด็กสมาธิสั้นได้มาก	63	58.88
ระดับความรู้ความเข้าใจ		
ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจระดับไม่ดี (< 6 คะแนน)	39	36.45
ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจระดับดี (≥ 6 คะแนน)	68	63.55
Mean = 6.94, S.D. = 1.69		

3. การประมาณค่าความชุกของพฤติกรรมโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-15 ปี ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของพฤติกรรมโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-15 ปี อันดับแรก ได้แก่ อาการขาดสมาธิจำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 34.58 (95% CI: 24.79-43.42) อันดับที่สอง ได้แก่ อาการดื้อต่อต้าน จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 28.97 (95% CI: 13.36 -29.46) และอันดับที่สาม ได้แก่ อาการไม่อยู่นิ่ง หุนหันพลันแล่น จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 9.35 (95% CI = 8.69 - 9.73) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลการประเมินพฤติกรรมโรคสมาธิสั้นด้วย SNAP-IV (Short Form) (n=107)

SNAP-IV	จำนวน (คน)	ร้อยละ	95%CI
การประเมินอาการขาดสมาธิ			
มีความเสี่ยง (คะแนน ≥ 13 คะแนน)	37	34.58	24.79 - 43.42
Mean = 9.09, S.D. = 7.36, Min = 0, Max = 23			
การประเมินอาการขุ่น ไม่อยู่นิ่ง หุนหันพลันแล่น			
มีความเสี่ยง (คะแนน ≥ 13 คะแนน)	10	9.35	8.69 - 9.73
Mean = 5.38, S.D. = 5.07, Min = 0, Max = 22			
การประเมินอาการดื้อ ต่อต้าน			
มีความเสี่ยง (คะแนน ≥ 9 คะแนน)	31	28.97	13.36 - 29.46
Mean = 6.54, S.D. = 6, Min = 0, Max = 23			



4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-15 ปี ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-15 ปี ได้แก่ เพศของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับอาการดื้อต่อต้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .023$) โดยผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 74.77 ความพอเพียงของรายได้ผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับอาการขาดสมาธิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และระดับการศึกษาของเด็กมีความสัมพันธ์กับอาการไม่อยู่นิ่ง หุนหันพลันแล่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .021$) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-15 ปี

ปัจจัย	อาการขาดสมาธิ		อาการไม่อยู่นิ่ง หุนหันพลันแล่น		อาการดื้อ ต่อต้าน	
	X^2 /Mean diff	p-value	X^2 /Mean diff	p-value	X^2 Mean diff	p-value
ด้านผู้ปกครอง						
เพศผู้ปกครอง	0.76	.385	0.13	.716	4.82	.023*
อายุผู้ปกครอง	3.12	.077	2.24	.135	0.06	.814
สถานภาพสมรส	1.58	.209	3.15	.076	0.08	.777
ระดับการศึกษา	2.37	.306	1.56	.459	3.83	.147
อาชีพ	1.96	.580	1.18	.758	5.84	.120
รายได้	0.06	.808	0.20	.659	0.42	.518
ความพอเพียงของรายได้	13.62	<.001*	1.01	.315	0.02	.876
ความสัมพันธ์กับเด็ก	0.66	.416	1.30	.254	0.84	.361
ประสบการณ์ที่เคยได้รับการสอน/คำแนะนำ	0.11	.735	3.43	.064	0.00	.966
ด้านเด็ก						
เพศเด็ก	0.36	.550	0.32	.570	0.02	.966
อายุเด็ก	Mean diff -0.40	.468	Mean diff 1.10	.211	Mean diff 1.11	.211
ระดับการศึกษา	4.00	.262	9.69	.021*	1.53	.676
ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง						
ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง	Mean diff -0.21	.547	Mean diff -0.39	.485	Mean diff -0.26	.471

การอภิปรายผล

อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1. ศึกษาความรู้ความเข้าใจต่อโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครองเด็กอายุ 6-15 ปี จากผลการศึกษาพบว่าผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นอยู่ในระดับดี ร้อยละ 63.55 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 74.77 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาขึ้นไปร้อยละ 67.29 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วันรวี พิมพรัตน์²¹ อาจเนื่องมาจากในปัจจุบันการเรียนรู้และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารมีมากมายหลากหลายช่องทาง จึงส่งผลทำให้ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจในระดับดี แต่ถึงอย่างไรก็ตามยังมียุคของผู้ปกครองที่มีระดับความรู้ความเข้าใจไม่ดีร้อยละ 36.45 ซึ่งมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ปกครองที่มีความรู้ความเข้าใจในระดับดี ทำให้สังเกตเห็นได้ว่า



ถึงแม้ผู้ปกครองจะมีระดับการศึกษามัธยมศึกษาขึ้นไป ได้รับข้อมูลจากหลากหลายช่องทาง ก็อาจมีความรู้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องในเรื่องโรคสมาธิสั้นได้ สะท้อนถึงข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้อง หรืออาจเกิดจากความเชื่อผิด ๆ ที่ยังคงมีอยู่ สังเกตจากการตอบคำถามที่ไม่ถูกต้องมากที่สุด ได้แก่ เด็กสามารถนั่งดูโทรทัศน์หรือเล่นเกมติดต่อกันได้เป็นเวลานาน ไม่ได้เป็นโรคสมาธิสั้นอย่างแน่นอน สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคสมาธิสั้น การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและการรักษา^{14,15} การให้ความรู้เชิงรุกแก่ผู้ปกครองโดยพยาบาลหรือทีมสุขภาพจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อแก้ไขความเข้าใจผิดในระดับชุมชน และเป็นส่วนสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพจิตในระยะยาว

2. อธิบายความชุกของพฤติกรรมโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-15 ปี ที่ประกอบไปด้วยพฤติกรรมแสดงออก 3 อาการ ได้แก่ อาการขาดสมาธิ อาการต่อต้าน และอาการไม่อยู่นิ่ง หนูหันพละนเล่น จากผลการศึกษานี้พบความชุกของ อาการขาดสมาธิมากที่สุด ร้อยละ 34.58 (95% CI: 24.79-43.42) เป็นกลุ่มอาการที่มักพบว่าเด็กจะมีปัญหาการทำงานของสมองส่วนการตัดสินใจ มีภาวะบกพร่องทางโภชนาการ สอดคล้องกับการศึกษาของ ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน และคณะ⁷ ที่พบว่า เด็กนักเรียนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความชุกของกลุ่มขาดสมาธิมากที่สุด ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังพบว่ามีปัญหาเด็กขาดสารอาหารสูงที่สุด และเป็นภาคที่มีเด็กกลุ่มที่มีสติปัญญาการเรียนรู้บกพร่องสูงที่สุดเมื่อ เปรียบเทียบกับภาคอื่น ๆ โดยพบว่าความชุกกลุ่มชน ใจร้อน ซึ่งเป็นกลุ่มที่มักมีปัญหาเรื่องอารมณ์รุนแรง มีพฤติกรรมรุนแรงที่มัก นำไปสู่ภาวะต่อต้าน ก้าวร้าว ในลำดับต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษารุ่นนี้ที่พบว่า ความชุกของ อาการต่อต้าน มีมากเป็นอันดับที่สองที่ร้อยละ 28.97 (95% CI: 13.36 -29.46) ส่วนใหญ่เป็นเด็กเพศชาย ร้อยละ 61.68 ด้วยลักษณะของเพศชายที่มีความแตกต่างจากเพศหญิง ในด้านของการขาดความละเอียดรอบคอบ วอกแวกได้ง่าย บกพร่องในการควบคุมพฤติกรรม ยับยั้งตนเองไม่ค่อยได้ และไม่มีสมาธิในการเรียนรู้และมีความชุกชน ลักษณะเหล่านี้ส่งผลต่อการเกิดภาวะสมาธิสั้น สอดคล้องกับความชุกของโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นทั่วโลกและในประเทศไทย^{5,6} พบว่าเด็กผู้ชายมีอัตราความชุกของโรคสมาธิสั้นสูงกว่าเด็กผู้หญิงถึงสองเท่า โดยพบมากที่สุดคืออาการขาดสมาธิ

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-15 ปี อภิปรายผลตามกรอบแนวคิดการวิจัยทั้งหมด 3 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ด้านข้อมูลทั่วไปของเด็ก และด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง ดังนี้

3.1 ปัจจัยด้านข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง จากผลการศึกษาพบว่า เพศของผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอาการต่อต้าน ต่อต้านของเด็ก และ สถานภาพของรายได้ของผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์กับอาการขาดสมาธิของเด็ก สามารถอธิบายความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของแต่ละตัวแปรดังนี้ เพศของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับอาการต่อต้าน ต่อต้านของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .023$) จากการศึกษาครั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างของผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.77 และเด็กที่พบอาการต่อต้าน ต่อต้านส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 61.68 ตามแนวคิดของ Eagly²² อธิบายว่าความแตกต่างด้านบทบาททางเพศที่ถูกกำหนดโดยสังคมส่งผลต่อพฤติกรรมและการรับรู้ โดยเฉพาะในบริบทของครอบครัว เพศหญิงที่มีบทบาทในฐานะมารดา ถูกคาดหวังให้ทำหน้าที่ในการดูแลและเลี้ยงดูบุตร ส่งผลให้มีลักษณะนิสัยที่เอาใจใส่ ละเอียดรอบคอบ และให้ความสำคัญกับการควบคุมพฤติกรรมของเด็ก เมื่อพิจารณาควบคู่กับลักษณะเฉพาะของเด็กเพศชายที่มักมีความชุกขาดความละเอียดรอบคอบ ไม่มีสมาธิในการเรียนรู้^{2,9} ในความแตกต่างนี้จึงนำไปสู่อาการต่อต้าน ต่อต้าน ที่เป็นหนึ่งในพฤติกรรมของโรคสมาธิสั้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธา บุญสินชัย¹⁵ ที่ผู้ปกครองส่วนใหญ่ก็เป็นเพศหญิง และเมื่อประเมินพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมาธิสั้นพบความเสี่ยงของอาการต่อต้าน ต่อต้านในเด็กร้อยละ 28.97 (95% CI: 13.36 – 29.46)

ความพอเพียงของรายได้ผู้ปกครองที่มีความสัมพันธ์กับอาการขาดสมาธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จากการศึกษาครั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ปกครองโดยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 57.00 สอดคล้องกับรายได้ที่อยู่ในช่วงต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 75.70 ด้วยวิถีชีวิตแบบชนบทเข้ากันค่า จึงทำให้รายได้ที่ได้ในแต่ละเดือนมีความพอเพียงต่อการดำเนินชีวิต แต่อาจไม่มีเหลือเก็บพอเพียงต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยภายในครอบครัวไทยที่ส่งเสริมสุขภาพจิตสมาชิกในครอบครัว²³ พบว่า เศรษฐกิจเป็นตัวกำหนดความสุขของครอบครัว และมีผลต่อสุขภาพจิตของครอบครัว



เนื่องจากเด็กต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างดีในการป้องกันและคัดกรองรวมไปถึงการรักษาเมื่อเป็นโรคสมาธิสั้น หากมีปัญหาเศรษฐกิจ รายได้พอเพียงแต่ไม่เหลือเก็บไว้ใช้ในภาวะฉุกเฉิน อาจส่งผลกระทบต่อการศึกษาและการส่งเสริมในด้านต่างๆของเด็ก ซึ่งทำให้เกิดความเครียดในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อโรคสมาธิสั้นที่ผ่านมา^{9,10} ที่พบว่า ครอบครัวที่มีการรับรู้ความพอเพียงของรายได้ที่สูง จะพบปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ความพอเพียงของรายได้ระดับต่ำ และการศึกษาของ พิศมัย พงศาธิรัตน์ และ พรทิพย์ วชิรดิกล¹³ ยังพบว่า เศรษฐฐานะไม่ได้มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น 2.40 เท่า ซึ่งอาการขาดสมาธิก็เป็นหนึ่งในอาการที่บ่งบอกถึงโรคสมาธิสั้น

3.2 ปัจจัยด้านข้อมูลทั่วไปของเด็ก ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับการศึกษาของเด็กที่มีความสัมพันธ์กับอาการไม่อยู่นิ่งหุนหันพลันแล่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .021$) โดยเด็กส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 66.36 ซึ่งเป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยจะมีอารมณ์ค่อนข้างรุนแรงพฤติกรรมแปรปรวน อ่อนไหวง่าย ไม่มั่นคง ชอบแสดงอารมณ์ตรงไปตรงมา ควบคุมอารมณ์ได้น้อย มีความเป็นตัวของตัวเอง อายากรู้ อยากทดลอง ชอบแสวงหาความรู้และทดลองสิ่งแปลก ๆ ใหม่ ๆ ต้องการความเป็นอิสระ²⁴ ด้วยสาเหตุนี้จึงอาจส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมของโรคสมาธิสั้นจากการไม่อยู่นิ่งหุนหันพลันแล่นได้ สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นโดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น⁷ ที่พบว่าความชุกของโรคสมาธิสั้นสูงสุดในช่วงชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 11.80 และสอดคล้องกับการศึกษาของ พิรณัฐ พันธุ์ภักดี⁹ ในเรื่องของการศึกษาและการเรียนของเด็กมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคสมาธิสั้น แต่แตกต่างกันในเรื่องระดับการศึกษาของเด็กเนื่องจาก พิรณัฐ พันธุ์ภักดี⁹ ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างระดับประถมศึกษาที่ 1-5 แต่ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาในช่วงตั้งแต่ระดับประถมศึกษาถึงระดับมัธยมศึกษาตอนต้น

3.3 ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจของผู้ปกครอง ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความรู้ความเข้าใจของผู้ปกครองในระดับดี ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อการเกิดโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-15 ปี สามารถอธิบายได้ว่า ในปัจจุบันการรับรู้ข่าวสารและข้อมูลต่าง ๆ ผ่านทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์มากขึ้น การเข้าถึงข้อมูลทำได้ง่าย ทำให้ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจในโรคสมาธิสั้น โดยที่ไม่เคยได้รับคำแนะนำจากทีมสุขภาพ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ปกครองไม่เคยได้รับการสอนและแนะนำเรื่องโรคสมาธิสั้น ร้อยละ 66.36 ส่งผลให้ผู้ปกครองเกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อน หรือไม่สามรถแยกแยะพฤติกรรมเด็กที่มีอาการสมาธิสั้นออกจากพฤติกรรมปกติในวัยเดียวกันได้อย่างชัดเจนและไม่ได้เกิดความตระหนักในการดูแลเด็กในช่วงวัยนี้ ก็สามารถส่งผลให้เด็กมีโอกาสเป็นโรคสมาธิสั้นได้ ผลของการศึกษานี้จึงมีความแตกต่าง เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคสมาธิสั้นในหลายการศึกษาที่ผ่านมา แต่ก็มีผลสอดคล้องกับการศึกษาของ วันรวี พิมพันธ์²¹ พบว่า ความรู้และทัศนคติของผู้ปกครองแล้วแต่ไม่ได้มีความสัมพันธ์ต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของโรคสมาธิสั้น และการศึกษาของ บุรฉัตร ศักดิ์ศรีทวี และคณะ²⁵ ที่ศึกษาเชิงวิเคราะห์ตามขวางของปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อโรคสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียน พบว่า กลุ่มเด็กที่ไม่เป็นโรคสมาธิสั้นส่วนใหญ่ผู้ปกครองไม่มีความรู้ความเข้าใจร้อยละ 83.90 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ความรู้ความเข้าใจของผู้ปกครองไม่ได้มีความสัมพันธ์ต่อการเป็นโรคสมาธิสั้นเช่นกัน ในการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า บทบาทของพยาบาลในการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคสมาธิสั้นในเด็กมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากช่วยให้สามารถคัดกรองเด็กที่มีพฤติกรรมเสี่ยงได้อย่างรวดเร็ว ส่งเสริมให้เด็กได้รับการวินิจฉัยและเข้ารับการรักษาอย่างทันท่วงที อีกทั้งข้อมูลจากการศึกษานี้ยังเป็นประโยชน์ต่อการให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองในการดูแลเด็กอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ พยาบาลยังมีบทบาทในการสนับสนุนให้เด็กในครอบครัวสามารถรับมือกับผลกระทบจากโรคสมาธิสั้นทั้งในด้านอารมณ์ จิตใจ และเศรษฐกิจ โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีรายได้น้อยซึ่งอาจเผชิญกับความเครียดในการดูแลสุขภาพ

ดังนั้น ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นฐานในการวางแผนเชิงระบบ เพื่อพัฒนาบทบาทของพยาบาลในการป้องกัน คัดกรอง และสนับสนุนครอบครัว ซึ่งส่งผลกระทบต่อเสริมสร้างสุขภาวะของเด็กในอนาคต



สรุปการวิจัย

การศึกษานี้พบว่า ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจระดับดีเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น แต่ยังมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องที่ต้องให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองเพราะผู้ปกครองยังขาดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมสมาธิสั้น เช่น เข้าใจผิดว่าเป็นความซนธรรมดา ไม่สามารถแยกแยะความแตกต่างระหว่างสมาธิสั้นกับพฤติกรรมดื้อ ต่อต้านได้ เป็นต้น ความชุกของพฤติกรรมโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-15 ปี มากที่สุดคือ อาการขาดสมาธิ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ เพศของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับอาการดื้อ ต่อต้าน ความพอเพียงของรายได้ผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับอาการขาดสมาธิ ระดับการศึกษาของเด็กมีความสัมพันธ์กับอาการไม่อยู่นิ่ง หุนหันพลันแล่น ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการส่งเสริมความรู้และการคัดกรองในระดับครอบครัวและโรงเรียน เพื่อพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมในการป้องกันการเกิดโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-15 ปี

ข้อจำกัดการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional) ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูล ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง ทำให้ไม่สามารถระบุเหตุและผลได้อย่างชัดเจน อีกทั้งการให้ผู้ปกครองเป็นผู้ประเมินพฤติกรรมของบุตร อาจมีอคติจากการรับรู้ของผู้ปกครอง โดยเฉพาะในด้านพฤติกรรม เช่น ดื้อ ต่อต้าน ที่อาจแปรผันตามความคาดหวังของแต่ละครอบครัว และการเก็บข้อมูลในช่วงเปิดภาคเรียนอาจมีผลต่อการรับรู้ของผู้ปกครองต่อพฤติกรรมเด็ก เนื่องจากเด็กอาจเผชิญกับแรงกดดันด้านการเรียน การปรับตัว หรือปฏิสัมพันธ์กับครูและเพื่อนซึ่งอาจทำให้เด็กมีพฤติกรรมที่คล้ายกับสมาธิสั้น ส่งผลให้ค่าความชุกที่ได้อาจสูงกว่าความเป็นจริงในช่วงเวลาอื่น นอกจากนี้ แบบประเมินนี้ใช้ประเมินในเด็กอายุ 6-15 ปี ซึ่งเป็นทั้งวัยเรียนและวัยรุ่น ด้วยพัฒนาการตามวัยที่แตกต่างกัน อาจทำให้การแปลผลพฤติกรรมมีความคลาดเคลื่อน เพราะธรรมชาติของเด็กวัยเรียนมักแสดงพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งหรือวอกแวกตามวัย ขณะที่วัยรุ่นอาจมีพฤติกรรมต่อต้านหรือแยกตัวตามพัฒนาการทางอารมณ์ ซึ่งอาจถูกตีความคลาดเคลื่อนว่าเป็นอาการของสมาธิสั้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในเชิงปฏิบัติ
 - 1.1 ควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นให้แก่ผู้ปกครอง ครู และผู้ดูแล เพื่อให้สามารถเฝ้าระวัง ตระหนัก และดูแลเด็กที่มีความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม
 - 1.2 ควรมีการคัดกรองในโรงเรียนอย่างเป็นระบบ ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างครอบครัว โรงเรียน และหน่วยงานสาธารณสุข
2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยในอนาคต
 - 2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นในลักษณะของการวิจัยเชิงคุณภาพ เน้นการศึกษาข้อมูลเชิงลึก เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ปกครองเพื่อให้เกิดความเข้าใจปัญหาที่แท้จริงในเด็กสมาธิสั้นและได้เห็นมุมมองที่มากกว่าระดับความรู้
 - 2.2 ควรแยกกลุ่มตามช่วงวัยอย่างชัดเจน (วัยเรียน วัยรุ่น) เนื่องจากมีความแตกต่างด้านพัฒนาการและพฤติกรรมซึ่งส่งผลต่อความชุกและการประเมินพฤติกรรม
 - 2.3 ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยของเด็กในด้านอื่น ๆ เพิ่มเติม ทั้งด้านการเรียนของเด็ก ด้านพฤติกรรม การติดต่อเทคโนโลยี ที่ส่งผลต่อการเกิดโรคสมาธิสั้น เพื่อให้ทราบถึงปัญหาที่แท้จริงและสามารถแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองและเด็กได้อย่างเหมาะสม



References

1. Somyuen N. Development of a remote service system for screening for attention deficit hyperactivity disorder in 2nd grade students during the COVID-19 pandemic. *Sisaket Journal of Research and Health Development*. 2023;2(1):23–38. (in Thai)
2. Teepapal T, Saetew P, Rueangsawat S, Naknit T, Khamaurai N. Attention deficit hyperactivity disorders and factors related to behavioral problems in school-aged children: A literature review. *Journal of Health Research and Innovation*. 2022;5(2):28–41. (in Thai)
3. Boon-yasidhi V. Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand*. 2012;57(4):373–86. (in Thai)
4. Faraone SV, Asherson P, Banaschewski T, Biederman J, Buitelaar JK, Ramos-Quiroga JA, et al. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience Biobehavioral Reviews*. 2021;128:789–818. doi: 10.1016/j.neubiorev.2021.01.022
5. Ayano G, Demelash S, Gizachew Y, Tsegay L, Alati R. The global prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: An umbrella review of meta-analyses. *Journal of Affective Disorders*. 2023;339:860–6. doi:10.1016/j.jad.2023.07.071
6. Gu Q, Liu J, Zhang X, Huang A, Yu X, Wu K, et al. Association between heavy metals exposure and risk of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children: A systematic review and meta-analysis. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2024;921–41. doi:10.1007/s00787-024-02546-z
7. Visanuyothin T, Wachiradilok P, Buranasuksakul T, Pavasuthipaisit C, Arunruang P. The prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder in Thailand. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2013;21(2):66–75. (in Thai)
8. Sakrinkul C. Understanding ADHD and the role of parents in caring for children with attention deficit hyperactivity disorder. In: Sirithongthawon S, editor. *A guide for screening and behavioral adjustment of children with ADHD: for parents*. 1st ed. Chiang Mai: Siam Pimnana; 2017. p. 1–32. (in Thai)
9. Punpukdee P, Tipwareerom W, Thojampa S. Predictive factors for attention deficit hyperactivity disorder among primary school students according to parent's perception. *Journal of Nursing and Health Sciences*. 2021;15(3):38–51. (in Thai)
10. Ngamkum D, Yunibhan J. Relationships between family factors and behavioral problems in children with attention-deficit hyperactivity disorder, Eastern region. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 2013;27(1):16–28. (in Thai)
11. Wamulugwa J, Kakooza A, Kitaka SB, Nalugya J, Kaddumukasa M, Moore S, et al. Prevalence and associated factors of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) among Ugandan children: A cross-sectional study. *Child and Adolescent and Psychiatry and Mental Health*. 2017;11:1–7. doi: 10.1186/s13034-017-0155-6
12. Lingineni RK, Biswas S, Ahmad N, Jackson BE, Bae S, Singh KP. Factors associated with attention deficit/hyperactivity disorder among US children: Results from a national survey. *BMC Pediatrics*. 2012;50(12):1-10. doi: 10.1186/1471-2431-12-50



13. Phongsathirat P, Wachiradilok P. Factors associated with attention deficit/hyperactivity disorders in school-age children. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 2013;27(1):108–20. (in Thai)
14. Lompra-kon P. Factors associated with treatment outcomes of ADHD in children (2020–2021). *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals*. 2022;37(2):381–90. (in Thai)
15. Boonsinchai S. Factors affecting access to health services for attention deficit hyperactivity disorder in Phochai District, Roi-Et Province. *Journal of Environment Health and Community Health*. 2024;9(2):58–63. (in Thai)
16. Claussen AH, Holbrook JR, Hutchins HJ, Robinson LR, Bloomfield J, Meng L, et al. All in the family? A systematic review and meta-analysis of parenting and family environment as risk factors for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in children. *Prevention Science*. 2024;25(Suppl 2):249–71. doi:10.1007/s11121-022-01358-4
17. Mental Health Division, Roi Et Provincial Public Health Office. Report on child and adolescent mental health services [Internet]. 2024 [cited 2024 Dec 05]. Available from: <https://www.shorturl.asia/e0o4h> (in Thai)
18. Thongchan S. Analysis and design of health education for cancer patients. *Journal of Siriraj Radiology*. 2020;7(2):48–60. (in Thai)
19. Bloom BS. Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. Handbook I: Cognitive domain. New York: David McKay; 1956.
20. Phitayaratsethian N, Buranasuksakul T, Jungsirakulwit D, Benyakorn S. Properties of the Thai versions of Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale (SNAP-IV) and Strengths and Difficulties Questionnaire – Hyperactivity/Inattention subscale (SDQ-ADHD). *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand*. 2014;59(2):97–110. (in Thai)
21. Pimratana W. Associations between caretakers’ attitude, caretakers’ knowledge of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and child patients’ compliance to take methylphenidate (MPH). *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand*. 2016;61(1):15–26. (in Thai)
22. Eagly AH. The psychology of gender roles: Social role theory. In: Ferree MM, Lorber J, Hess BB, editors. *Revisioning gender*. Thousand Oaks: Sage; 1999. p.123–44.
23. Rungreungklakij S. Isan family characteristics and mental health promotion. [internet]. 2003 [cited 2025 Apr 12], Available from: <https://suicide.dmh.go.th/abstract/details.asp?id=380> (in Thai)
24. Srivichai C, Chaimongkol N, Pongjaturawit Y. Factors affecting health behavior in early adolescents with game addiction. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2015;16(3):114–21. (in Thai)
25. Saksritavee B, Chanwanpen E, Phenwan T. Factors associated with attention deficit/hyperactivity disorders in school-aged children of Sichon Hospital: a cross-sectional study. *Region 11 Medical Journal*. 2019;33(2):327–38. (in Thai)



ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานแบบออนไลน์ต่อความรู้ และความพึงพอใจในการเรียนวิชาการพยาบาลเด็กของนักศึกษาพยาบาล

ทัชมาศ ไทยเล็ก พย.ม.^{1,3} จุฑารัตน์ คงเพชร พย.ม.¹
พิสมัย วัฒนสิทธิ์ ปร.ด.² ปิ่นสุตา สังฆะโน พย.ม.¹
อำไพพร ก่อตระกูล พย.ม.¹ วาสนา โชติสัมพันธ์เจริญ พย.ม.¹

(วันรับบทความ :30 เมษายน พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ :17 มิถุนายน พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ :23 มิถุนายน พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในการจัดรูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ การจัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานเพื่อพัฒนาประสบการณ์การเรียนรู้ของผู้เรียนผ่านการอภิปราย การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นได้อย่างมีอิสระ ทำให้เกิดมุมมองที่หลากหลาย และมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นมากขึ้น จากกระบวนการทำงานเป็นทีม การวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานแบบออนไลน์ต่อความรู้และความพึงพอใจในการเรียนวิชาการพยาบาลเด็กของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 จำนวน 189 คน หัวข้อการพยาบาลเด็กที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและการไหลเวียน และระบบประสาท เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดความรู้รายบุคคลก่อนและหลังการทดลอง และ 3) แบบสอบถามความพึงพอใจตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ผู้วิจัยนำมาปรับแก้ตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามแต่ละวัตถุประสงค์ แบบทดสอบวัดความรู้รายบุคคลก่อนเรียน เรื่อง การพยาบาลเด็กที่มีความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและการไหลเวียน และระบบประสาท เท่ากับ 0.95, 0.90 และ 0.96 ตามลำดับ และแบบทดสอบวัดความรู้รายบุคคลหลังเรียน เท่ากับ 0.94, 0.92 และ 0.98 ตามลำดับ และแบบสอบถามความพึงพอใจในการเรียนวิชาการพยาบาลเด็กของนักศึกษาพยาบาล ตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย ค่าเฉลี่ยความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และความพึงพอใจในการเรียนวิชาการพยาบาลเด็กของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับมาก ดังนั้นสามารถนำการจัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานมาใช้ในการเรียนวิชาการพยาบาลเด็กและรายวิชาอื่น ๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ของผู้เรียน

คำสำคัญ: การจัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานแบบออนไลน์ ความรู้ ความพึงพอใจ นักศึกษาพยาบาล

¹อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

³ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: tutchamat.t@psu.ac.th Tel: 081-0888084



Effects of Online Team-Based Learning on Knowledge and Learning Satisfaction among Nursing Students in a Pediatric Nursing Course

Tutchamat Thailek M.N.S.^{1,3} Jutarat Kongpet M.N.S.¹

Pissamai Wattanasit Ph.D.² Pinsuda Sangkano M.N.S.¹

Ampaiporn Kautrakool M.N.S.¹ Wassana Chotsamphancharoen M.N.S.¹

(Received Date: April 30, 2025, Revised Date: June 17, 2025, Accepted Date: June 23, 2025)

Abstract

The outbreak of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) led to changes in the format of online teaching and learning management. Team-based learning (TBL) was implemented to enhance students' learning experiences through open discussion and the free exchange of ideas, resulting in diverse perspectives and increased participation in expressing opinions, all fostered by the collaborative team process. This quasi-experimental research with a one-group pretest-posttest design aimed to examine the effects of online team-based learning on knowledge and learning satisfaction among 189 third-year nursing students in a pediatric nursing course. The topics included pediatric nursing care for children with disorders of the respiratory, cardiovascular, and nervous systems. The research instruments consisted of 1) a personal information questionnaire, 2) pre- and post-test knowledge assessments, and 3) a satisfaction questionnaire. Instrument quality was verified by three experts. The item-objective congruence (IOC) indices for the pre-instruction tests on pediatric nursing care for children with disorders of the respiratory, cardiovascular, and nervous systems were 0.95, 0.90, and 0.96, respectively. The IOC indices for the post-instruction tests were 0.94, 0.92, and 0.98, respectively. The satisfaction questionnaire demonstrated excellent reliability, with a Cronbach's alpha coefficient of 0.90. Data were analyzed using frequency distributions, percentages, means, standard deviations, and paired t-tests.

The results revealed that the mean post-test knowledge scores were significantly higher than the pre-test scores ($p < .05$). Students' satisfaction with the online team-based learning in the pediatric nursing course was at a high level. Therefore, team-based learning can be effectively applied to pediatric nursing courses and other subjects to enhance students' learning outcomes.

Keywords: online team-based learning, knowledge, satisfaction, nursing students

¹Lecturer, Department of Pediatrics, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla province

²Assistant Professor, Department of Pediatrics, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla province

³Corresponding Author, Email: tutchamat.t@psu.ac.th Tel: 081-0888084



บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบต่อการศึกษาทั่วโลก ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการจัดการเรียนรู้ในระดับอุดมศึกษา ทางมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ได้ประกาศให้ทุกรายวิชาจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสาน (Hybride learning) ซึ่งเป็นวิธีการจัดการเรียนรู้แบบเผชิญหน้าในชั้นเรียน (Face-to-face) ร่วมกับการเรียนผ่านระบบออนไลน์ (Online learning) และมีการเว้นระยะห่างทางสังคม¹ ซึ่งการเรียนการสอนในปัจจุบันโลกมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและสารสนเทศเข้ามามีบทบาทมากขึ้น ผู้เรียนสามารถค้นคว้าศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเองได้ตลอดเวลาจากแหล่งข้อมูลที่มีอยู่มากมาย สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่ายและรวดเร็ว การจัดการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับลักษณะผู้เรียนในปัจจุบัน จึงเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ผู้เรียนสามารถพัฒนาตนตามธรรมชาติ เติบโตตามศักยภาพ และตอบโจทย์ความต้องการของสังคมในศตวรรษที่ 21 ดังนั้น เพื่อให้ผู้เรียนได้ลงมือปฏิบัติมากขึ้น (Active learning) ผู้สอนจึงต้องเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้อำนวยความสะดวกการเรียนรู้ให้ผู้เรียน^{2,3}

การจัดการเรียนการสอนในปัจจุบันที่เน้นให้ผู้เรียนได้ลงมือทำด้วยตนเองมากขึ้น เช่น การเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐาน (Team-based learning: TBL)⁴ การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน (Problem-based learning)⁵ การเรียนรู้โดยการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเป็นฐาน (Stimulation based learning)⁶ ใช้เกมส์เป็นฐาน (Game-based learning)⁷ การเรียนรู้แบบวิจัยเป็นฐาน (Research – based learning) และการเรียนรู้แบบโครงการเป็นฐาน (Project-based learning) เป็นต้น โดยเฉพาะการจัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐาน เป็นการจัดการเรียนรู้โดยอาศัยความร่วมมือกันของสมาชิกในกลุ่มย่อยในการคิดและแก้ไขปัญหา ผู้สอนมีบทบาทในฐานะผู้อำนวยความสะดวกในการเรียนรู้ โดยทำหน้าที่กระตุ้น ส่งเสริม และสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการอภิปรายอย่างราบรื่นและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ทางการเรียนรู้ ทั้งนี้ ผู้สอนและผู้เรียนล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนกระบวนการจัดการเรียนการสอนให้มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุด ประกอบ 3 ขั้นตอน คือ การเตรียมตัวก่อนเข้าชั้นเรียน (Pre-class preparation) การประเมินการเข้าใจเนื้อหาของนักศึกษา (Readiness assurance) และการประยุกต์ใช้ความรู้ (Application of course concepts)⁸ จากกระบวนการจัดการเรียนรู้ดังกล่าวนี้ นักศึกษาสามารถที่จะพัฒนาประสิทธิภาพการเรียนรู้ของตนเองผ่านการอภิปราย การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นได้อย่างมีอิสระ ทำให้เกิดมุมมองที่หลากหลาย และมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นมากขึ้นจากกระบวนการทำงานเป็นทีม โดยมีผู้สอนกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ การมีส่วนร่วมและสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ให้ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการจัดการเรียนการสอนด้วยวิธีนี้จะทำให้เพิ่มความสามารถและดึงศักยภาพของผู้เรียนเป็นสำคัญและเกิดการพัฒนาการเรียนรู้ขั้นสูงตามมาอีกด้วย^{4,5}

จากการทบทวนวรรณกรรมมีการนำการจัดการเรียนรู้แบบทีมเป็นฐานมาใช้นักศึกษาพยาบาลมากขึ้น เช่น 1) การศึกษาความรู้และการรับรู้ผลการเรียนรู้เรื่องการพยาบาลมารดาและครอบครัวในระยะตั้งครรภ์⁹ 2) ศึกษาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และผลลัพธ์การเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาและการชี้นำตนเองในการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่^{10,11} 3) ศึกษาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน การคิดอย่างมีวิจารณญาณ ทักษะการทำงานเป็นทีม และความพร้อมในการเรียนรู้แบบนำตนเอง¹² 4) ศึกษาความรู้และการทำงานเป็นทีม¹³ และจากการทบทวนวรรณกรรมการจัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานแบบออนไลน์ในช่วงของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ 1) ศึกษาการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาในการพยาบาลเด็กโรคหัวใจ¹⁴ 2) ศึกษาความพร้อมในการเรียน ผลลัพธ์การเรียนรู้ และความพึงพอใจ¹⁵ จากผลการวิจัยการจัดการเรียนรู้แบบทีมเป็นฐาน พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ผลการเรียนรู้⁹ มีผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้เพิ่มขึ้น¹⁰ ผลลัพธ์ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาในด้าน 1) ด้านคุณธรรมจริยธรรม 2) ด้านความรู้ 3) ด้านทักษะทางปัญญา 4) ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ และ 5) ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ สูงขึ้น^{10,13} มีความสามารถในการแก้ปัญหา มีทักษะการคิดเชิงวิพากษ์¹² มีภาวะผู้นำ (Leadership) สูงขึ้น¹² มีความรับผิดชอบ¹⁰ และนักศึกษามีความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนอยู่ในระดับสูงอีกด้วย^{12,15} แม้ว่าการจัดการเรียนรู้แบบทีมเป็นฐานเป็นแนวทางการจัดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้เรียน การพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ รวมถึงทักษะการทำงาน



ร่วมกันเป็นทีม แต่อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่างานวิจัยส่วนใหญ่ยังคงมุ่งเน้นการประยุกต์ใช้ TBL ในบริบทของการเรียนการสอนแบบเผชิญหน้า (Face to face) เป็นหลัก ภายใต้บริบทของประเทศไทยโดยเฉพาะในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ทำให้การจัดการเรียนการสอนจำเป็นต้องเปลี่ยนผ่านสู่รูปแบบออนไลน์อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวก่อให้เกิดความจำเป็นในการศึกษาว่าการนำ TBL ไปประยุกต์ใช้ในรูปแบบออนไลน์

นอกจากนี้ผลการวิจัยการเรียนรู้ในขั้นตอนย่อยของการจัดการเรียนรู้แบบใช้ทีมเป็นฐาน พบว่า คะแนนเฉลี่ยการทำแบบทดสอบเตรียมความพร้อมแบบรายกลุ่ม เพิ่มขึ้นมากกว่าคะแนนเฉลี่ยการทำแบบทดสอบความพร้อมรายบุคคล¹⁶ นักศึกษามีการเรียนรู้ด้วยตนเอง มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล เกิดมุมมองที่หลากหลาย รู้สึกเรียนสนุก ไม่น่าเบื่ออยากเรียนรู้อีกมากขึ้น การเรียนเป็นทีมช่วยให้มีความเข้าใจและจดจำเนื้อหาวิชาได้มากขึ้น¹³ สมาชิกทีมได้ระดมสมองอภิปรายหาเหตุผลเพื่อหาคำตอบร่วมกัน และได้รับประสบการณ์ที่ดีกับการเรียนรู้ในการทำงานแบบทีม สำหรับบริบทของประเทศไทย พบว่ามีงานวิจัยที่ศึกษาการจัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานในรูปแบบออนไลน์ในรายวิชาการพยาบาลเด็กเพียงเล็กน้อย โดยมีเพียงหนึ่งการศึกษาเท่านั้นที่นำรูปแบบดังกล่าวไปใช้ในการเรียนการสอนหัวข้อการพยาบาลเด็กที่มีปัญหาระบบหัวใจ¹⁴ รวมถึงอีกหนึ่งการศึกษาที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลอนามัยชุมชน โดยเน้นเนื้อหาเกี่ยวกับการพยาบาลอนามัยครอบครัว¹⁵ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่จัดการเรียนรู้หัวข้อการพยาบาลเด็กที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจในรายวิชาการพยาบาลเด็กเช่นกัน¹⁷ แต่ใช้รูปแบบการเรียนการสอนแบบเผชิญหน้าภายในชั้นเรียนซึ่งไม่ใช่ในรูปแบบออนไลน์ อีกทั้งยังมีการนำไปใช้สำหรับนักศึกษาพยาบาลทั้งในรายวิชาทฤษฎีในรายวิชาจิตเวช¹⁸ และรายวิชาปฏิบัติ ได้แก่ รายวิชาจิตเวช¹⁹ สำหรับการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่²⁰ เป็นต้น

การจัดการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลเด็กในการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้เรียนได้รับการเรียนการสอนเน้นการบรรยายเป็นส่วนใหญ่ และเนื้อหาขาดต่อการทำความเข้าใจ มีเวลาที่จำกัดในการเรียน ในส่วนของการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลเด็กของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ในปีการศึกษาที่ผ่านมาได้มีการจัดการเรียนโดยใช้ทีมเป็นฐานในหัวข้อการพยาบาลเด็กที่มีความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจเพียงหัวข้อเดียว¹⁷ ผู้วิจัยได้ปรับรูปแบบการเรียนรู้ดังกล่าวมาต่อยอดโดยนำการเรียนรู้แบบทีมเป็นฐานในรูปแบบออนไลน์ และเพิ่มหัวข้อการเรียนรู้ ประกอบด้วย การพยาบาลเด็กที่มีความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและการไหลเวียน และระบบประสาท โครงสร้าง เพื่อส่งเสริมและพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้ของผู้เรียน เนื่องจากรูปแบบดังกล่าวไม่มีข้อจำกัดด้านเวลาในการเรียน^{14,15} มีการยืดหยุ่นด้านเวลาและสถานที่ โดยผู้เรียนสามารถเข้าถึงสื่อการเรียนรู้และทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้จากทุกที่ ไม่จำเป็นต้องอยู่ในห้องเรียน อีกทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เรียนมีเวลาคิดและเตรียมตัวมากขึ้นในการทำกิจกรรมกลุ่ม ผู้เรียนสามารถใช้เวลาศึกษาล่วงหน้า ทบทวนเนื้อหา และเตรียมข้อมูลก่อนเข้าร่วมกิจกรรมได้ดีกว่าการเรียนในชั้นเรียนที่จำกัดเวลา นอกจากนี้ยังมีการใช้เทคโนโลยีอย่างหลากหลาย เช่น แพลตฟอร์ม Zoom, Google Meet, Microsoft Teams, หรือระบบ LMS ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการทำงานกลุ่ม ส่งงาน ติดตามผล และประเมินผลได้อย่างมีระบบ และยังส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้เรียนทุกคน ผู้เรียนที่มักไม่กล้าแสดงความคิดเห็นในห้องเรียน¹⁴ อาจกล้าสื่อสารมากขึ้นเมื่ออยู่ในพื้นที่ออนไลน์ เช่น การพิมพ์ตอบในแชต หรือแสดงความคิดเห็นในกระดานสนทนาออนไลน์¹⁵ ทั้งยังให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงสู่ยุคความปกติใหม่จากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เอื้อต่อการเรียนรู้ร่วมกันผ่านการทำงานเป็นทีม

การจัดการเรียนรู้เน้นการอภิปรายในกลุ่มย่อย จะกระตุ้นการคิดวิเคราะห์และการมีส่วนร่วม ผู้เรียนมีโอกาสนในการศึกษาค้นคว้าและหาคำตอบด้วยตนเอง รวมถึงแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกับสมาชิกในกลุ่ม ส่งผลให้เกิดการแบ่งปันองค์ความรู้ทางวิชาการ และขยายขอบเขตการเรียนรู้ได้กว้างขึ้น อีกทั้งกระบวนการดังกล่าวช่วยส่งเสริมทักษะการคิดเชิงวิพากษ์ การแก้ปัญหาการทำงานร่วมกันเป็นทีม และการเปิดรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นซึ่งเป็นทักษะสำคัญในการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21¹⁴⁻¹⁷



ดังนั้นทีมผู้วิจัยจึงสนใจนำรูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานแบบออนไลน์ในหัวข้อการพยาบาลเด็กที่มีความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและการไหลเวียน และระบบประสาท โครงสร้าง เพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้นผ่านกระบวนการเรียนรู้ที่หลากหลาย ซึ่งครอบคลุมทั้งการเตรียมตัวรายบุคคล การทำงานร่วมกันเป็นทีม การได้รับผลตอบรับแบบทันที และการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง โดยเริ่มตั้งแต่ขั้นเตรียมการ ผู้เรียนศึกษาสื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองที่ผู้สอนแขวนไว้ใน E-Learning Management System (LMS2) จากนั้นเป็นขั้นรับรองความพร้อม (Readiness assurance) ประเมินความเข้าใจของผู้เรียนผ่านแบบทดสอบทั้งรายบุคคล (Individual Readiness-Assurance Test: iRAT) และแบบทีม (Group Readiness-Assurance Test: GRAT) เพื่อเสริมการเรียนรู้แบบร่วมมือกัน และในขั้นประยุกต์ใช้ (Application of course concepts) ผู้เรียนประยุกต์ใช้ความรู้เพื่อวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาจากกรณีวิเคราะห์โจทย์ปัญหาทางคลินิก โดยทุกทีมได้รับโจทย์เดียวกัน เพื่อส่งเสริมการคิดวิเคราะห์ การแก้ปัญหา และการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยโครงสร้างที่ชัดเจนและเป็นระบบ TBL ว่าเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาทักษะการสื่อสาร การสังเคราะห์ข้อมูล และการเรียนรู้เชิงรุก อย่างไรก็ตามการประยุกต์ใช้ในบริบทออนไลน์ โดยเฉพาะในรายวิชาการพยาบาลเด็กในประเทศไทย ยังคงมีจำนวนการศึกษาที่จำกัด ในช่วงสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นข้อมูลที่สำคัญเพื่อนำไปพัฒนาการจัดการเรียนสอนที่มีประสิทธิภาพ และใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาขีดความสามารถ ตามศักยภาพของนักศึกษาพยาบาล และเสริมทักษะการเรียนรู้ตลอดชีวิตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

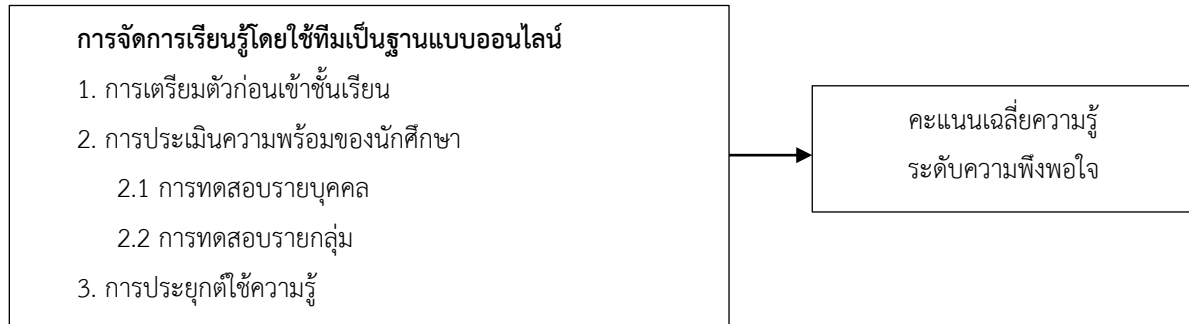
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอนแบบใช้ทีมเป็นฐานแบบออนไลน์ในการเรียนเรื่องการพยาบาลเด็กที่มีความผิดปกติของระบบหายใจ ระบบหัวใจและการไหลเวียน และระบบประสาท
2. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจในการเรียนวิชาการพยาบาลเด็กของนักศึกษาพยาบาลต่อการจัดการเรียนการสอนแบบใช้ทีมเป็นฐานแบบออนไลน์

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการจัดการเรียนการสอนแบบใช้ทีมเป็นฐานแบบออนไลน์ในการเรียนเรื่องการพยาบาลเด็กที่มีความผิดปกติของระบบหายใจ ระบบหัวใจและการไหลเวียน และระบบประสาท สูงกว่าก่อนการจัดการเรียนการสอนแบบใช้ทีมเป็นฐานแบบออนไลน์
2. ความพึงพอใจในการเรียนวิชาการพยาบาลเด็กของนักศึกษาพยาบาลต่อการจัดการเรียนการสอนแบบใช้ทีมเป็นฐานแบบออนไลน์ในการเรียนอยู่ในระดับมาก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดการจัดการเรียนรู้แบบใช้ทีมเป็นฐานแบบออนไลน์^{8,21,22} ประกอบด้วย การจัดการเรียนรู้ 3 ระยะด้วยกัน คือ 1) การเตรียมตัวก่อนเข้าชั้นเรียน (Pre-class preparation) เป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนต้องเตรียมตัวก่อนเข้าชั้นเรียนด้วยตนเองโดยศึกษาจากสื่อประกอบการสอน 2) การประเมินการเข้าใจเนื้อหาของนักศึกษา (Readiness assurance) ขั้นตอนนี้ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนย่อย คือ การทดสอบรายบุคคล (Individual Readiness-Assurance Test: iRAT) เป็นขั้นตอนที่ผู้สอนให้ผู้เรียนทำแบบทดสอบรายบุคคล และการทดสอบรายกลุ่ม (Group Readiness-Assurance Test: GRAT) เป็นกิจกรรมที่ผู้เรียนในแต่ละกลุ่มร่วมกันหาคำตอบที่ถูกต้องที่สุดจากแบบสอบถามชุดเดิม ช่วยให้ผู้เรียนในแต่ละกลุ่มร่วมกันอภิปรายร่วมกันเพื่อหาคำตอบและเกิดบรรยากาศการเรียนรู้ที่ดีร่วมกัน 3) การประยุกต์ใช้ความรู้ (Application of course concepts) เป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนร่วมกันวิเคราะห์โจทย์ปัญหาทางคลินิก ซึ่งนำความรู้จาก 2 ขั้นตอนแรกมาประยุกต์ใช้ในการตอบคำถามผ่านวิธีการจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบหนึ่งกลุ่ม วัดผลก่อนและหลัง (One group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปีการศึกษา 2566 จำนวน 205 คน
กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ลงทะเบียนเรียน
วิชาการพยาบาลเด็ก ในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2566

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม Statistics calculators version 4.0²³ จากงานวิจัยที่ใกล้เคียง²⁴ ได้ขนาดอิทธิพล (Effect size) = 1.76 โดยแทนค่าอำนาจการทดสอบ .80 ค่าความเชื่อมั่น .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 10 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กทำให้การกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ และเกิด Type II error ได้ จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นอย่างน้อย 30 คน เพื่อให้ผ่านของตกลงเบื้องต้นของสถิติ แต่ประชากรในการศึกษาครั้งนี้มี จำนวน 205 คน และการจัดการเรียนการสอนในครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวัดและการประเมินผลการเรียนในรายวิชาการพยาบาลเด็กของคะแนนสอบกลางภาค สอบปลายภาค และใช้ในการให้ระดับชั้น และหากนักศึกษาไม่ยินดีเข้าร่วมการศึกษาค้นคว้า คณะสอนของนักศึกษาจะไม่ถูกนำมาวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูล

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ในการวิจัยครั้งนี้ คือ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนการสอนครบทุกกิจกรรมย่อย เข้าเรียนออนไลน์อย่างน้อย ร้อยละ 80 ของเวลาเรียนทั้งหมด และยินดีเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมกระบวนการจัดการสอนได้ครบทุกกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย สื่อการสอนที่ใช้ในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐานแบบออนไลน์ซึ่งทีมผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมและพัฒนาขึ้นตามเนื้อหาของรายวิชาการพยาบาลเด็ก โดยประกอบด้วยวัตถุประสงค์ของการเรียนรู้ และเนื้อหา ในหัวข้อการพยาบาลเด็กที่มีความผิดปกติของระบบหายใจ ระบบหัวใจ และการไหลเวียน และระบบประสาท ได้แก่ 1) สื่อพาวเวอร์พอยท์ (PowerPoints) ซึ่งเป็นคลิปวิดีโอพร้อมเสียงอธิบายภาษาไทย 2) เอกสารประกอบการเรียน ได้แก่ แนวคิดและหลักการ ความหมาย สาเหตุ ชนิด พยาธิสรีรภาพ อาการและการแสดง การวินิจฉัยโรค และหลักการพยาบาลในแต่ละโรค และ 3) โจทย์สถานการณ์ทางคลินิกเพื่อให้วิเคราะห์เกี่ยวกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยผู้สอนแขวนไว้ใน LMS2



ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

แบบสอบถามส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ประสบการณ์เรียนแบบใช้ทีมเป็นฐาน

แบบทดสอบวัดความรู้รายบุคคลก่อนการทดลอง เป็นแบบทดสอบเพื่อวัดความรู้ของผู้เรียนเรื่องการพยาบาลเด็กที่มีความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและการไหลเวียน ระบบประสาท ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (20 ข้อ) เป็นลักษณะข้อคำถามที่มีคำตอบ 4 ตัวเลือก และมีคำตอบที่ถูกเพียงคำตอบเดียว การให้คะแนนหากผู้เรียนตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน ตอบไม่ถูกต้องได้ 0 คะแนน ซึ่งมีคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน และคะแนนสูงสุด 20 คะแนน

แบบทดสอบวัดความรู้รายบุคคลหลังการทดลอง เป็นแบบทดสอบเพื่อวัดความรู้ของผู้เรียนเรื่องการพยาบาลเด็กที่มีความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและการไหลเวียน ระบบประสาท หลังเข้าร่วมกิจกรรม (20 ข้อ) ซึ่งเป็นแบบทดสอบวัดความรู้คู่ขนานกับแบบทดสอบวัดความรู้รายบุคคลก่อนการทดลอง เป็นลักษณะข้อคำถามที่มีคำตอบ 4 ตัวเลือก และมีคำตอบที่ถูกเพียงคำตอบเดียว การให้คะแนนหากผู้เรียนตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน ตอบไม่ถูกต้องได้ 0 คะแนน ซึ่งมีคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน และคะแนนสูงสุด 20 คะแนน

แบบสอบถามความพึงพอใจในการเรียนวิชาการพยาบาลเด็กต่อการจัดการเรียนการสอนแบบรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานแบบออนไลน์ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ พอใจมากที่สุด = 5 พอใจมาก = 4 พอใจปานกลาง = 3 พอใจน้อย = 2 และพอใจน้อยที่สุดแปลผลโดยแบ่งเป็น 5 ระดับ²⁵ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00	หมายถึง พอใจมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50	หมายถึง พอใจมาก
คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50	หมายถึง พอใจปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50	หมายถึง พอใจน้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50	หมายถึง พอใจน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ประกอบด้วย แบบสอบถามส่วนบุคคล แบบทดสอบวัดความรู้รายบุคคลก่อนการทดลองและหลังการทดลอง แบบสอบถามความพึงพอใจในการเรียนวิชาการพยาบาลเด็ก โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็ก การวิจัย และด้านการเรียนการสอน จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความถูกต้องของข้อคำถามและคำตอบ ความสอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่กำหนด รวมทั้งพิจารณาความเหมาะสมของการใช้ภาษา และผู้วิจัยนำมาปรับแก้ตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามแต่ละวัตถุประสงค์ แบบทดสอบวัดความรู้รายบุคคลก่อนเรียน เรื่อง การพยาบาลเด็กที่มีความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและการไหลเวียน และระบบประสาท เท่ากับ 0.95, 0.90 และ 0.96 ตามลำดับ และแบบทดสอบวัดความรู้รายบุคคลหลังเรียน เรื่อง การพยาบาลเด็กที่มีความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและการไหลเวียน และระบบประสาท เรื่องการพยาบาลเด็กที่มีความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและการไหลเวียน ระบบประสาท เท่ากับ 0.94, 0.92 และ 0.98 ตามลำดับ

การตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามความพึงพอใจในการเรียนวิชาการพยาบาลเด็กของนักศึกษาพยาบาล ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.90 และแบบทดสอบวัดความรู้รายบุคคลก่อนและหลังการทดลอง ผู้วิจัยไม่นำเครื่องมือนี้ไปตรวจสอบความเที่ยงเพราะป้องกันการรั่วไหลของข้อสอบ เนื่องจากการจัดการเรียนการสอนในครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวัดและการประเมินผลการเรียนในรายวิชาการพยาบาลเด็กของคะแนนสอบกลางภาค สอบปลายภาค และใช้ในการให้ระดับชั้น ภายหลังได้มีการจัดสอบแล้วผู้วิจัยได้วิเคราะห์ค่าความยากง่ายของข้อสอบอยู่ในช่วง 0.26-0.67 และอำนาจจำแนกอยู่ในช่วง 0.29-0.65



การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการดังนี้

1. ส่งโครงร่างเพื่อขอรับทุนอุดหนุนการวิจัยและรับการพิจารณาจริยธรรมด้านการวิจัยในมนุษย์และปรับแก้โครงร่างวิจัยตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิชี้แนะ

2. ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือและรูปแบบการจัดการเรียนการสอน และข้อสอบตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

3. แบ่งกลุ่มนักศึกษา ออกเป็นกลุ่มละ 6-7 คน จำนวน 32 กลุ่ม โดยให้สมาชิกในกลุ่มมีเกรดเฉลี่ย (Grade Point Average: GPA) ที่หลากหลายและคล้ายคลึงกันในแต่ละกลุ่มมากที่สุด ซึ่งการจัดกลุ่มให้นักศึกษาที่มีระดับความสามารถแตกต่างกันอยู่ร่วมกันในแต่ละกลุ่ม มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างเพื่อน และอาจารย์ผู้ประสานงานรายวิชาชี้แจงแนวทางการเรียนรู้ในหัวข้อดังกล่าว

4. เจ้าหน้าที่งานหลักสูตรปริญญาตรีของคณะพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ที่ผ่านการอบรมด้านจริยธรรมซึ่งเป็นผู้ช่วยวิจัย ได้นัดหมายเข้าพบนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชาการพยาบาลเด็ก เพื่อเชิญชวนเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาขั้นตอนการดำเนินวิจัย

ขั้นตอนการวิจัย ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนดำเนินการจัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานแบบออนไลน์ โดยในการศึกษารั้วนี้จะจัดการเรียนการสอนเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐาน คือ การพยาบาลเด็กที่มีความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ การพยาบาลเด็กปวยที่มีความผิดปกติของหัวใจและการไหลเวียน และการพยาบาลเด็กที่มีความผิดปกติของระบบประสาท ซึ่งแต่ละหัวข้อได้รับการจัดการเรียนการสอนแยกตามรายสัปดาห์ โดยอิงตามลำดับเนื้อหาที่กำหนดไว้ในแผนหน่วยการเรียนรู้และตารางเรียน ทั้งนี้แม้ว่าหัวข้อจะมีความแตกต่างกัน แต่รูปแบบการจัดการเรียนรู้อย่างคงใช้แนวทางเดียวกัน คือ การเรียนรู้แบบทีมเป็นฐาน สำหรับหัวข้อการพยาบาลเด็กปวยที่มีความผิดปกติของหัวใจและการไหลเวียน จัดการเรียนการสอนในสัปดาห์ที่ 4 หัวข้อการพยาบาลเด็กที่มีความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจจัดในสัปดาห์ที่ 6 และหัวข้อการพยาบาลเด็กที่มีความผิดปกติของระบบประสาทจัดในสัปดาห์ที่ 8 ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมตัวก่อนเข้าชั้นเรียน ผู้สอนเข้าพบผู้เรียนก่อนถึงสัปดาห์วันเรียน 1 สัปดาห์ เพื่อแจ้งให้ผู้เรียนศึกษาในหัวข้อที่กำหนดด้วยตนเอง รวมทั้งศึกษารายละเอียดการทำกิจกรรมและเนื้อหาการเรียนรู้ โดยศึกษาจากสื่อและเอกสารที่ผู้สอนแนวนไว้ใน e-Learning Management System (LMS2)

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินความเข้าใจเนื้อหาของผู้เรียน ดังนี้

2.1 การทดสอบความรู้รายบุคคลก่อนเรียนพร้อมกันทุกคน เพื่อเป็นการประเมินความรู้ของผู้เรียนที่ได้จากการเตรียมตัวก่อนเข้าห้องเรียน โดยให้ผู้เรียนทำแบบทดสอบ จำนวน 20 ข้อ ให้ระยะเวลา 20 นาที เป็นลักษณะข้อคำถามที่มีคำตอบ 4 ตัวเลือก และมีคำตอบที่ถูกเพียงคำตอบเดียว ผ่านลิงค์ในระบบ e-Testing โดยหัวข้อการพยาบาลเด็กปวยที่มีความผิดปกติของหัวใจและการไหลเวียน สอนในสัปดาห์ที่ 4 หัวข้อการพยาบาลเด็กที่มีความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจจัดสอนสัปดาห์ที่ 6 และหัวข้อการพยาบาลเด็กที่มีความผิดปกติของระบบประสาท จัดสอนในสัปดาห์ที่ 8

2.2 ภายหลังจากการทดสอบความรู้รายบุคคลก่อนเรียนแล้ว จากนั้นให้ผู้เรียนเข้าห้องเรียนออนไลน์ตามกลุ่มที่ได้รับมอบหมาย จำนวน 32 กลุ่ม พร้อมกันทุกกลุ่ม

2.3 การทดสอบรายกลุ่ม ใช้ข้อคำถามชุดเดิมกับการทดสอบรายบุคคล โดยสมาชิกในกลุ่มจะต้องอภิปรายร่วมกันผ่านระบบออนไลน์พร้อมกัน เพื่อให้ผู้เรียนร่วมกันอภิปรายร่วมกันในการหาคำตอบในกระดานคำตอบ หากสมาชิกกลุ่มเจอสัญลักษณ์รูปดาวตั้งแต่การชุดคำตอบครั้งแรก จะได้รับคะแนน 4 คะแนน หากตอบผิดและต้องชุดหาคำตอบใหม่ ในแต่ละครั้งที่ชุดคำตอบใหม่จะต้องลบบอกครั้งละ 1 คะแนน ดังนั้นในขั้นตอนนี้จะใช้เวลาทั้งสิ้น 65 นาที



ขั้นตอนที่ 3 การประยุกต์ใช้ความรู้ ดังนี้

3.1 ผู้สอนจะกำหนดโจทย์เป็นสถานการณ์ทางคลินิกเพื่อให้วิเคราะห์เกี่ยวกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแบบอัตนัยจำนวน 5 ข้อ ผู้เรียนในกลุ่มร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ และตอบคำถามแต่ละข้อ ผ่านทางห้องเรียนออนไลน์ย่อยในระยนี้ให้เวลาในการทำแบบทดสอบ 20 นาที หลังจากนั้นให้ผู้เรียนเข้าห้องเรียนออนไลน์ในห้องใหญ่ เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับสมาชิกกลุ่มอื่น ๆ

3.2 ผู้เรียนและผู้สอนร่วมกันวิเคราะห์และอภิปรายคำตอบในแต่ละข้อ ในขั้นตอนนี้ใช้เวลา 15 นาที ดังนั้นในขั้นตอนนี้จะใช้เวลาทั้งสิ้น 35 นาทีผ่านทางห้องเรียนออนไลน์

ขั้นตอนที่ 4 การทำแบบทดสอบหลังเรียนรายบุคคล ผู้เรียนจะได้รับแบบทดสอบจำนวน 20 ข้อ ซึ่งเป็นแบบทดสอบคู่ขนานเพื่อประเมินคะแนนความรู้ที่ได้จากการจัดการเรียนการสอนแบบรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานแบบออนไลน์

ขั้นตอนที่ 5 ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจในการเรียนวิชาการพยาบาลเด็กต่อการจัดการเรียนการสอนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานแบบออนไลน์ ระยนี้ใช้เวลา 30 นาที ภายหลังจากสิ้นสุดการจัดการเรียนการสอนทั้ง 3 หัวข้อ ซึ่งเก็บข้อมูลแบบออนไลน์โดยเจ้าหน้าที่งานหลักสูตรปริญญาตรีของคณะพยาบาลศาสตร์ที่ผ่านการอบรมด้านจริยธรรมซึ่งเป็นผู้ช่วยวิจัยในการเก็บข้อมูลดังภาพที่ 2

การจัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานแบบออนไลน์	
1. การเตรียมตัวก่อนเข้าชั้นเรียน	1. แจ้งผู้เรียนศึกษาหัวข้อที่กำหนดด้วยตนเองตามเอกสารที่อัปโหลดใน LMS 2. ชี้แจงรายละเอียดการจัดการเรียนการสอนและการวัดประเมินผล
2. การประเมินความพร้อมของนักศึกษา	1. การทดสอบรายบุคคล: ข้อสอบ 4 ตัวเลือก 20 ข้อ ใช้เวลา 20 นาที
3. การประยุกต์ใช้ความรู้	2. การทดสอบรายกลุ่ม: ข้อสอบชุดเดิม ใช้เวลาเวลา 45 นาที และอภิปราย 20 นาที รวมระยะเวลา 65 นาที กิจกรรมกลุ่ม: ข้อสอบอัตนัย 5 ข้อ ใช้ระยะเวลา 20 นาที และบรรยายสรุปเนื้อหาสำคัญ 15 นาที รวมระยะเวลา 35 นาที
4. ทำแบบทดสอบหลังเรียน	การทดสอบรายบุคคล: ข้อสอบ 4 ตัวเลือก 20 ข้อ ใช้ระยะเวลา 30 นาที

ภาพที่ 2 แสดงการดำเนินการวิจัย



การวิเคราะห์ข้อมูล

1. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอนแบบใช้ทีมเป็นฐานแบบออนไลน์ในการเรียนเรื่องการพยาบาลเด็กที่มีความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและการไหลเวียน ระบบประสาท โครงสร้างด้วยสถิติ Paired t-test

2. วิเคราะห์ระดับความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการจัดการเรียนการสอนแบบใช้ทีมเป็นฐานแบบออนไลน์ในการเรียนด้วยสถิติบรรยาย โดยนำเสนอค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้นคว้านี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่ PSU IRB 2021-LL-Nur 048 (Internal) ตั้งแต่วันที่ 25 มกราคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 25 มกราคม พ.ศ. 2567 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัย ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยได้อย่างอิสระ โดยไม่มีผลกระทบในทางบวกหรือทางลบต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด ซึ่งการจัดการเรียนการสอนในครั้งนี้หากกลุ่มตัวอย่างไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลต่อการให้ระดับชั้นของการเรียนในรายวิชาการพยาบาลเด็ก หากผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและจะไม่ได้รับผลเสียใด ๆ กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนการสอนได้ตามปกติ หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลจะถูกปิดเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุล โดยนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น คะแนนที่ได้จากการทำแบบทดสอบวัดความรู้ก่อนและหลังการทดลองจะเปิดเผยกับผู้เรียนเป็นรายบุคคล ทีมวิจัย และผู้ประสานงานรายวิชาเท่านั้น ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาค้นคว้านี้จะถูกเก็บรักษาในลิ้นชัก และจะถูกทำลายทันทีหลัง 2 ปี หลังจากผลการศึกษาได้รับการเผยแพร่

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง มีอายุระหว่าง 21-23 ปี (Mean = 21.78, S.D.= 0.54) โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 170 ราย (ร้อยละ 89.91) และเพศชายจำนวน 19 ราย (ร้อยละ 10.09) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 74.02) และศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 25.98) กลุ่มตัวอย่างยังไม่มีเคยมีประสบการณ์การเรียนแบบใช้ทีมเป็นฐาน

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ (Mean = 21.78, S.D.= 0.54)		
หญิง	170	89.91
ชาย	19	10.09
ศาสนา		
พุทธ	140	74.02
อิสลาม	49	25.98
ยังไม่มีเคยมีประสบการณ์การเรียนแบบใช้ทีมเป็นฐาน	189	100.00



2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอนแบบใช้ทีมเป็นฐานแบบออนไลน์ในการเรียนเรื่องการพยาบาลเด็กที่มีความผิดปกติของระบบหายใจ ระบบหัวใจและการไหลเวียน และระบบประสาท พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอนแบบใช้ทีมเป็นฐานแบบออนไลน์ (N=189)

หัวข้อ	ก่อนเรียน	หลังเรียน	t	p
	Mean $\pm$ S.D.	Mean $\pm$ S.D.		
การพยาบาลเด็กที่มีความผิดปกติของระบบหายใจ	11.20 $\pm$ 3.12	11.85 $\pm$ 2.45	2.24	.026*
การพยาบาลเด็กที่มีความผิดปกติของระบบหัวใจและการไหลเวียน	11.68 $\pm$ 2.64	15.84 $\pm$ 1.52	16.56	.000**
การพยาบาลเด็กที่มีความผิดปกติของระบบประสาท	9.33 $\pm$ 2.54	11.32 $\pm$ 2.61	9.86	.000**
คะแนนเฉลี่ยรวม	10.47 $\pm$ 2.77	13.00 $\pm$ 2.19	12.89	.000**

* $p < .05$, ** $p < .001$

3. ความพึงพอใจในการเรียนวิชาการพยาบาลเด็กของนักศึกษาพยาบาลต่อการจัดการเรียนการสอนแบบใช้ทีมเป็นฐานแบบออนไลน์ ระดับความพึงพอใจการจัดการเรียนการสอนแบบใช้ทีมเป็นฐานแบบออนไลน์ พบว่าระดับความพึงพอใจการจัดการเรียนการสอนส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กันภายในกลุ่มมากที่สุด (Mean = 4.26, S.D. = 0.57) รองลงมาคือ การจัดการเรียนการสอนกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Mean = 4.22, S.D. = 0.22) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจในการเรียนวิชาการพยาบาลเด็กของนักศึกษาพยาบาลต่อการจัดการเรียนการสอนแบบใช้ทีมเป็นฐานแบบออนไลน์

การจัดการเรียนการสอนแบบใช้ทีมเป็นฐานแบบออนไลน์	Mean	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
การจัดการเรียนการสอนกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง	4.22	0.22	มาก
การจัดการเรียนการสอนส่งเสริมกระบวนการคิด วิเคราะห์ แก้ปัญหาที่ซับซ้อน	4.06	0.63	มาก
การจัดการเรียนการสอนส่งเสริมกระบวนการทำงานเป็นทีม	4.16	0.65	มาก
การจัดการเรียนการสอนส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กันภายในกลุ่ม	4.26	0.57	มาก
การจัดการเรียนการสอนส่งเสริมความรับผิดชอบต่อตนเองและกลุ่ม	4.08	0.62	มาก
การจัดการเรียนการสอนส่งเสริมให้ผู้เรียนลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง	4.08	0.59	มาก
การจัดการเรียนการสอนส่งเสริมให้เกิดความรู้ และความเข้าใจเนื้อหา	4.15	0.60	มาก
การจัดการเรียนการสอนส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน	4.05	0.66	มาก
การจัดการเรียนการสอนกระตุ้นให้ดึงดูดความสนใจตลอดเวลา	4.20	0.59	มาก
บรรยากาศการจัดการเรียนการสอนผ่านระบบออนไลน์	4.20	0.56	มาก
คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย	4.14	0.42	มาก



การอภิปรายผล

ผลการวิจัยในครั้งนี้ สามารถอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ได้ดังนี้

วัตถุประสงค์ที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอนแบบใช้ทีมเป็นฐานแบบออนไลน์ ในการเรียนเรื่องการพยาบาลเด็กที่มีความผิดปกติของระบบหายใจ ระบบหัวใจและการไหลเวียน และระบบประสาท ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) กล่าวคือกระบวนการจัดการเรียนการสอนดังกล่าว ในส่วนของกิจกรรมการเรียนรู้แบบใช้ทีมเป็นฐานโดยเริ่มตั้งแต่ผู้เรียนเตรียมตัวก่อนเรียน (Pre-class preparation) การเรียนรู้แบบทีมเป็นฐานในรูปแบบออนไลน์มีความยืดหยุ่นด้านเวลาและสถานที่สูง ผู้เรียนสามารถเข้าถึงสื่อการเรียนรู้ล่วงหน้าและทบทวนเนื้อหาด้วยตนเองในขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนเรียน ทำให้ผู้เรียนมีโอกาสเรียนรู้ด้วยตนเองก่อนเข้าชั้นเรียนจริง ซึ่งช่วยส่งเสริมความรับผิดชอบในการเรียน ซึ่งกระบวนการเรียนรู้ล่วงหน้าดังกล่าวมีส่วนช่วยส่งเสริมการสร้างแรงจูงใจในการเรียนรู้ และพัฒนาความเข้าใจเนื้อหาของรายวิชาได้อย่างมีประสิทธิภาพก่อนเข้าสู่ชั้นเรียน⁴ และเพิ่มพื้นฐานความรู้เบื้องต้นให้พร้อมสำหรับการเรียน¹⁰ ในส่วนของขั้นประเมินความพร้อม (Readiness assurance) โดยเฉพาะขั้น iRAT และ GRAT ทำให้ผู้เรียนได้ทบทวน เข้าใจ และเปรียบเทียบความคิดกับเพื่อนในทีม มีการสร้างภาวะขัดแย้งทางปัญญา (Cognitive conflict) กล่าวคือการอภิปราย แบ่งปัน และถกเถียงในเชิงวิชาการผ่านกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจเนื้อหาได้ดีขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่อาจมีความรู้พื้นฐานน้อยกว่าจะได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนที่ช่วยกระตุ้นการเรียนรู้ได้ดี อีกทั้งการเรียนรู้ร่วมกันในทีม (Collaborative learning) ช่วยลดช่องว่างระหว่างผู้เรียน^{10,17,19} ส่งเสริมให้ผู้เรียนลดความคลาดเคลื่อนของความเข้าใจ (Misconceptions) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{13,17} นอกจากนี้การตัดสินใจร่วมกันในการทำ GRAT ช่วยให้ผู้เรียนได้ฝึกการคิดอย่างมีเหตุผล¹² ผู้เรียนได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้เรียนเกิดมุมมองที่หลากหลาย¹⁸ ในระหว่างที่มีการอภิปรายคำตอบร่วมกันเพื่อที่จะหาข้อตอบที่ถูกต้องที่สุดนั้น จากการที่ผู้เรียนได้มีการเตรียมตัวมาล่วงหน้า ส่งผลให้ผู้เรียนมีความรู้สึกสนุกกับการเรียน กระตุ้นให้ดึงดูดความสนใจตลอดเวลา ช่วยให้ผู้เรียนไม่รู้สึกเบื่อหน่าย และมีแรงจูงใจในการเรียนรู้อย่างยิ่งขึ้น¹⁷ การเรียนรู้ร่วมกันในลักษณะทีมยังช่วยส่งเสริมความเข้าใจและการจดจำเนื้อหาวิชาได้ดีขึ้น^{13,19} และขั้นประยุกต์ใช้ความรู้ (Application) ที่เน้นการใช้ความรู้ในสถานการณ์จริง ทำให้ผู้เรียนเกิดการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และแก้ปัญหา เพื่อวิเคราะห์ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ผู้เรียนจะได้ฝึกคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ ทั้งในด้านการค้นหาสาเหตุ การตั้งข้อวินิจฉัย การใช้ข้อมูลสนับสนุน รวมถึงการวางแผนกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมทักษะการตัดสินใจ¹⁷ และช่วยให้ผู้เรียนสามารถร่วมกันเลือกคำตอบที่เหมาะสมที่สุดของกลุ่มได้อย่างมีเหตุผล ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา^{9,12,16,20} ที่พบว่าสามารถพัฒนาทักษะในด้านความรู้ของผู้เรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การใช้ระบบออนไลน์ช่วยให้เรียนรู้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ถึงแม้การเรียนออนไลน์จะมีข้อจำกัดเรื่องปฏิสัมพันธ์¹⁴ มีข้อดีกล่าวคือ ผู้เรียนมีเวลาเตรียมตัวมากขึ้น และสามารถเข้าถึงสื่อการเรียนรู้ได้สะดวก เครื่องมือออนไลน์ช่วยให้การประเมินและการติดตามผลทำได้ชัดเจน นอกจากนี้สภาพแวดล้อมการเรียนรู้แบบออนไลน์เอื้อให้ผู้เรียนมีโอกาสแสดงออกมากขึ้น โดยเฉพาะผู้เรียนที่อาจไม่กล้าแสดงความคิดเห็นในชั้นเรียนแบบเผชิญหน้า สามารถมีส่วนร่วมผ่านช่องทางการพิมพ์ตอบ แสดงความคิดเห็นในระบบสนทนา หรือการใช้ฟีดแบ็กต่าง ๆ ของแพลตฟอร์มการเรียนออนไลน์ ซึ่งช่วยลดความเหลื่อมล้ำในการมีส่วนร่วมและเปิดโอกาสให้ทุกคนมีบทบาทในทีมอย่างเท่าเทียม¹⁴

วัตถุประสงค์ที่ 2 ศึกษาความพึงพอใจในการเรียนวิชาการพยาบาลเด็กของนักศึกษาพยาบาลต่อการจัดการเรียนการสอนแบบใช้ทีมเป็นฐานแบบออนไลน์ มีดังนี้ การกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง ได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 4.22, S.D. = 0.22) แสดงให้เห็นว่าการจัดการเรียนรู้ในรูปแบบนี้เอื้อต่อการเตรียมตัวล่วงหน้า โดยผู้เรียนสามารถเข้าถึงสื่อและแหล่งเรียนรู้ด้วยตนเองตามเวลาที่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดความรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตนเองมากขึ้น¹⁰ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของ TBL ที่เน้นการเตรียมตัวก่อนชั้นเรียนในด้านการส่งเสริมกระบวนการคิดวิเคราะห์



การแก้ปัญหาที่ซับซ้อน ได้ค่าเฉลี่ย 4.06 (S.D. = 0.63) สะท้อนว่ากิจกรรมกลุ่ม เช่น การวิเคราะห์กรณีศึกษาในชั้นการประยุกต์ใช้ความรู้ (Application) ช่วยให้ผู้เรียนฝึกกระบวนการคิดขั้นสูงและตัดสินใจร่วมกันในทีม นอกจากนี้การส่งเสริมการทำงานเป็นทีม (Mean = 4.16, S.D. = 0.65) อีกทั้งการส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กันภายในกลุ่ม (Mean = 4.26, S.D. = 0.57) ได้คะแนนสูง สะท้อนให้เห็นว่าผู้เรียนรู้สึกมีส่วนร่วมในกลุ่มอย่างแท้จริง¹⁷ การแบ่งกลุ่มแบบผสมจาก GPA หลากหลาย และกิจกรรมที่เน้นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ช่วยสร้างการมีส่วนร่วมและความสัมพันธ์เชิงบวกในกลุ่มเรียน ด้านความรับผิดชอบต่อตนเองและกลุ่ม (Mean = 4.08, S.D. = 0.62) แสดงถึงการที่ผู้เรียนตระหนักถึงบทบาทของตนเองภายในทีม และรู้ว่าผลของกลุ่มขึ้นอยู่กับการมีส่วนร่วมของแต่ละคนสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามี ความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนอยู่ในระดับสูง^{12,15,21} ด้านการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง (Mean = 4.08, S.D. = 0.59) การส่งเสริมความเข้าใจเนื้อหา (Mean = 4.15, S.D. = 0.60) สะท้อนว่าผู้เรียนไม่เพียงแค่อ่านหรือฟังหรืออ่านเท่านั้น แต่ยังได้นำความรู้ไปใช้ผ่านกิจกรรมรูปแบบต่างๆ การมีส่วนร่วมและการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน¹⁸⁻²⁰ (Mean = 4.05, S.D. = 0.66) แม้จะมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดในกลุ่มแต่ยังอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าผู้เรียนยังมีโอกาสในการแสดงออกผ่านการอภิปรายกลุ่ม และแสดงความคิดเห็นร่วมกับผู้อื่น แม้ในบริบทของการเรียนออนไลน์จากสภาพแวดล้อมการเรียนรู้แบบออนไลน์เอื้อให้ผู้เรียนมีโอกาสดังกล่าวมากขึ้น โดยเฉพาะผู้เรียนที่อาจไม่กล้าแสดงความคิดเห็นในชั้นเรียนแบบเผชิญหน้า การกระตุ้นความสนใจตลอดเวลา (Mean = 4.20, S.D. = 0.59) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบกิจกรรม เช่น การทำ iRAT, GRAT และการวิเคราะห์โจทย์ในกลุ่ม มีความน่าสนใจและท้าทายความสนใจของผู้เรียนตลอดเวลาเรียน และด้านบรรยากาศการเรียนรู้ในระบบออนไลน์ (Mean = 4.20, S.D. = 0.56) ได้คะแนนสูง สะท้อนว่าผู้เรียนรู้สึกสะดวก และมีความพร้อมที่จะมีส่วนร่วมในสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ออนไลน์ ทั้งในแง่ของเทคโนโลยีและการจัดกิจกรรม¹⁴ ภาพรวมของผลความพึงพอใจที่อยู่ในระดับมากทุกด้าน ชี้ให้เห็นว่าการจัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานในรูปแบบออนไลน์ สามารถตอบสนองต่อทั้งเป้าหมายการเรียนรู้ด้านเนื้อหา และทักษะการทำงานร่วมกันในศตวรรษที่ 21 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในบริบทที่ผู้เรียนต้องเรียนรู้จากกระยะไกล ซึ่งแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของ TBL ในการสร้างสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่มีคุณภาพ แม้อยู่ในรูปแบบออนไลน์ อีกทั้งการเรียนการสอนแบบใช้ทีมเป็นฐานในรูปแบบออนไลน์ ซึ่งเป็นการจัดการเรียนการสอนครั้งแรกในรายวิชาการพยาบาลเด็กนั้น ทำให้ผู้เรียนเกิดความตื่นตัวในการเรียน¹⁴ มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับเพื่อนร่วมทีม และพัฒนาทักษะการทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ²¹

ข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยนี้ในครั้งนี้การวัดผลใช้การทดสอบทันทีหลังสิ้นสุดกิจกรรมการสอน ซึ่งสะท้อนเพียงความทรงจำระยะสั้น (Short-term recall) และยังไม่สามารถประเมินความยั่งยืนของการเรียนรู้ในระยะยาว (Long-term retention) ได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการปรับปรุงกิจกรรมการทดลองให้มีความหลากหลายและเหมาะสมกับรูปแบบการเรียนการสอนผ่านออนไลน์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านเทคโนโลยี พฤติกรรมการเรียนรู้ของผู้เรียน และบริบทของสถานศึกษา โดยการออกแบบกิจกรรมควรเน้นการมีส่วนร่วมของผู้เรียน การกระตุ้นกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบ และการใช้เครื่องมือดิจิทัลที่เหมาะสมเพื่อสนับสนุนการทำงานร่วมกันเป็นทีมอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ควรมีการประเมินผลกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนอย่างรอบด้านทั้งในด้านผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ความพึงพอใจ และทักษะการทำงานร่วมกัน เพื่อปรับปรุงการจัดการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียน และนำไปประยุกต์ใช้ในรายวิชาอื่นหรือหลักสูตรอื่น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพในอนาคต



ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลระหว่างการจัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานแบบออนไลน์และการจัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานในชั้นเรียน
2. ควรออกแบบการทดลองแบบมีการสุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial) และจัดให้มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการสุ่ม (Randomization) เพื่อลดอคติจากการคัดเลือกกลุ่ม (Selection bias) และเพิ่มความน่าเชื่อถือในการเปรียบเทียบผลการสอน
3. ควรติดตามผลระยะยาว โดยเพิ่มการทดสอบซ้ำหลังผ่านไป 1–3 เดือน เพื่อประเมินความยั่งยืนของการเรียนรู้ และเปรียบเทียบกับผล Immediate post-test

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้เสียสละเวลาในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่กรุณามอบทุนอุดหนุนในการทำวิจัย และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้

References

1. Prince of Songkla University. Prince of Songkla University announcement: Teaching, learning practices, and examinations during the COVID-19 pandemic [Internet]. 2021 [cited 2024 Oct 21]. Available from: <https://www.psu.ac.th/trang/wp-content/uploads/32-ประกาศ-แนวทางการจัดการเรียนการสอน-1-2564-127-21-พ.ค.64.pdf> (in Thai)
2. Daosri T, Thipkonglad P, Khemphong P, Dubsork S, Pengpis S, Wisarutphaisan W, et al. The study of the learning management approach of school in the 21st century. Journal of Humanities and Social Sciences Nakhon Pathom Rajabhat University. 2023;11(1):60–73. (in Thai)
3. Sarakettrin A, Rongmuang D, Chantra R. Nursing education in the 21st century: Competencies and roles of nursing instructors. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019;20(1):12–20. (in Thai)
4. Sinthuchai S, Ubolwan K, Panidchakul K. Team-based learning: Implementing in learning and teaching Journal of Health and Nursing Research. 2020;36(3):273–6. (in Thai)
5. Rungrattanachai U, Khotcharat R, Kositanurit I, Chootip K, Boonying V. Problem-based learning and team-based learning for 3rd year medical students in faculty of medicine, Naresuan University. Journal Of Humanities and Social Sciences University of Phayao. 2022;10(2):76–84. (in Thai)
6. Sinthuchai S, Ubolwan K. Fidelity simulation-based learning: Implementation to learning and teaching management. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017;18(1):29–38. (in Thai)
7. Thongpradab J, Lohacheewa S, Preeyanon L. Effects of game-based learning on nursing students' knowledge of English psychiatry terminology. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. 2022;37(4):111–24. (in Thai)
8. Lekagul A. Team-based learning (TBL): Concept, implementation, and considerations. In: Medical Education and Academic Articles in Celebration of the 65th Birthday Retirement. 1st ed. Bangkok: The Faculty of Medicine, Prince of Songkla University; 2023. p. 50–65. (in Thai)



9. Yaisoon S, Rattanaiboon P, Chankao C. Effects of team-based learning on knowledge and perceived learning outcomes in antenatal care of nursing students. *Thai Red Cross Nursing Journal*. 2016;9(2):73–87. (in Thai)
10. Wut R, Sittiwong S, Srikrajang C. The effects of team-based learning to enhance learning outcomes under Thai Qualifications Framework for Higher Education and self-direction in adult learning of nursing students. *The Journal of Nursing and Health Research*. 2015;16(2):69–80. (in Thai)
11. Saithanu K, Thani S, Luprasong S. Effect of team-based learning on learning outcomes according to Thai qualifications framework for higher education for nursing students in the topic of therapeutic relationship. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2019;20(3):343–52. (in Thai)
12. Phunsawat M, Inchaithep S, Thinwang W, Puasiri S, Phongkunakorn N, Thungmeephon P, et al. The effectiveness of team-based learning on learning achievement, critical thinking, teamwork skills and self-directed learning readiness of student nurses. *The Journal of Nursing and Health Research*. 2015;16(2):92–102. (in Thai)
13. Thangthum W, Thientrongdee A. Effects of team-based learning on knowledge and teamwork perception of nursing students. *The Journal of Nursing and Health Research*. 2020;21(1):1–9. (in Thai)
14. Srisawet S, Mekanantawat K, Tummee S. Effects of online team-based learning in heart disease pediatric nursing on learning outcomes of nursing students. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi*. 2020;3(3):129–45. (in Thai)
15. Jonglertmontree W, Rasrikris P, Pholtana S, Munkong K, Rodrux A. Effects of team-based learning with the Line Bot application on knowledge and perceived learning outcomes in routine and environmental care among second-year nursing students. *Journal of Health Science and Medical Research*. 2023;17(1):52–64. (in Thai)
16. Santanavanich C, Pumpuang W, Thavorn T. The evaluation of team-based learning process in nursing students: Learning outcomes in accordance with Thai qualification framework, feasibility, and readiness assurance of students. *Nursing Science Journal of Thailand*. 2015;33(Suppl 1):37–47. (in Thai)
17. Kongpet J, Wattanasit P, Theppradit P. Effects of team-based learning on knowledge and satisfaction in pediatric nursing course. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2022;42(1):97–107. (in Thai)
18. Bormann SV, Khumkom S, Khaobunmasiri S, Wajanatinapart P, Jai-ai R. Effects of team-based learning on critical thinking, problem solving skills, and attitudes towards learning in second-year nursing students. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 2025;32(2):22–35. (in Thai)
19. Jiratchayaporn K, Chistraksa W. Using team-based learning for junior nursing students' preparation before mental health and psychiatric nursing practicum. *International Journal of Nursing Education*. 2020;12(4):74–9. doi: 10.37506/ijone.v12i4.11220
20. Phormpayak D, Chaisa P. Development of team-based learning to enhance critical thinking and teamwork skill of nursing students. *NU Journal of Nursing and Health Sciences*. 2022;16(1):68–82. (in Thai)
21. Michaelsen LK, Knight AB, Fink LD. Team-based learning: A transformative use of small groups in college teaching. Stirling, VA: Stylus; 2004.



22. Michaelsen L, Sweet M. The essential elements of team-based learning. *New Directions for Teaching and Learning*. 2008;(116):7-27. doi.org/10.1002/tl.330
23. Soper DS. Effect size (Cohen's d) calculator for a student t-test [Internet]. 2023 [cited 2023 Jan 30]. Available from <https://www.danielsoper.com/statcalc/calculator.aspx?id=48>
24. Tongvichean T, Kittipimpanon K. The effectiveness of online team-based learning in a subject of family health nursing on self-directed learning readiness, learning outcomes and satisfaction in nursing students under COVID-19 pandemic. *The Journal of Nursing and Health Research*. 2022;38(3):117–27. (in Thai)
25. Best JW, Kahn JV. *Descriptive data analysis. Research in education*, 10th ed. Boston: Pearson Education; 2006



การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการให้สารอาหารผ่านทางเดินอาหาร ในผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต

ปณิดา หนองเส พย.บ.¹
จุฬารณย์ ตั้งภักติ ปร.ด.^{2,3}

(วันรับบทความ :28 เมษายน พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ :21 มิถุนายน พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ :30 มิถุนายน พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤตมักมีข้อจำกัดหลายด้าน อาทิ ความรุนแรงของโรค ปัญหาระบบทางเดินอาหารในบางราย ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการร่างกาย อาจกระทบต่อการเจริญเติบโต และผลลัพธ์ทางคลินิก การวิจัยนี้เป็นวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล การให้สารอาหารผ่านทางเดินอาหารในผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต ภายใต้กรอบแนวคิดของซุคัพ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาจากปัจจัยกระตุ้น ระยะที่ 2 การทบทวนและสืบค้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และระยะที่ 3 การนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปศึกษานำร่อง และนำไปทดลองใช้โดยพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง หอผู้ป่วยเด็กอายุรกรรมกึ่งวิกฤต จำนวน 10 ราย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แบบประเมินความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติ 2) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติ และ 3) แบบประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติด้วยเครื่องมือ AGREE II

ผลการศึกษา ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาจากปัจจัยกระตุ้น มีการศึกษาปัจจัยการเกิดภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต กิจกรรมการพยาบาลที่หลากหลาย ระยะที่ 2 การทบทวนและสืบค้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ พบงานวิจัย 12 เรื่อง นำมาพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ประกอบด้วย 1) การประเมินผู้ป่วย 2) การพยาบาลให้สารอาหารผ่านทางเดินอาหาร 3) การประเมินผลลัพธ์ และ ระยะที่ 3 การนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปศึกษานำร่อง แนวปฏิบัตินี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Content Validity Index) เท่ากับ 0.94 ค่าความสอดคล้องของข้อคำถาม (Item-Objective Congruence) เท่ากับ 1 สรุปผลประเมินความเป็นไปได้ในการนำใช้แนวปฏิบัติในภาพรวม คิดเป็นร้อยละ 90.27 ความพึงพอใจโดยรวมของพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 86.68 และ การประเมินคุณภาพด้วยเครื่องมือ AGREE II ในภาพรวมคิดเป็นร้อยละ 83.33 ทั้งนี้ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสอดคล้องตามเกณฑ์มาตรฐาน สามารถนำไปประยุกต์เป็นแนวทางเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารอย่างเหมาะสมในบริบทอื่น ๆ

คำสำคัญ: การให้สารอาหารผ่านทางเดินอาหาร แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต

¹นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: jurtan@kku.ac.th โทร. 088-5631426



Development of Nursing Practice Guidelines for Enteral Nutrition In Critically Ill Pediatric Patients

Panida Nongse B.N.S.¹

Juraporn Tangpukdee Ph.D.^{2,3}

(Received Date: April 28, 2025, Revised Date: June 21, 2025, Accepted Date: June 30, 2025)

Abstract

Critically ill pediatric patients often face multiple limitations, such as the severity of illness and, in some cases, gastrointestinal dysfunction. These challenges increase the risk of inadequate nutritional intake, which can adversely affect growth and clinical outcomes. This study employed a research and development approach to develop a set of nursing practice guidelines for enteral nutrition in critically ill pediatric patients. The development was guided based on Soukup's three-phase model: (1) Problem Identification and Needs Assessment, (2) Evidence Review and Guideline Development, and (3) Pilot Implementation and Evaluation of the developed guideline among a sample of 10 pediatric patients in a semi-critical care pediatric medical ward. Research instruments included: (1) a feasibility assessment tool for guideline implementation, (2) a nurse satisfaction questionnaire, and (3) a quality appraisal checklist based on the AGREE II instrument.

Results: In Phase 1, the study explored the factors contributing to malnutrition in critically ill children and examined various nursing activities. In Phase 2, a total of 12 research articles were reviewed to inform the development of the guidelines, which consisted of three key components: (1) patient assessment, (2) nursing care for enteral nutrition administration, and (3) outcome evaluation. In Phase 3, the pilot implementation of the guidelines demonstrated high quality and validity. Following being quality-validated by experts, the nursing practice guidelines for enteral nutrition in critically ill pediatric patients had an Item-Objective Congruence score of 1 and a Content Validity Index of 0.94. The overall feasibility of implementing the guideline was rated at 90.27%, while nurse satisfaction reached 86.68%. The AGREE II-based quality evaluation yielded an overall score of 83.33%. In conclusion, the developed nursing practice guidelines meet established quality standards and are suitable for adaptation in other clinical contexts to ensure critically ill pediatric patients receive appropriate and adequate enteral nutrition.

Keywords: enteral nutrition administration, nursing practice guidelines, critically-ill pediatric patients

¹Master of Nursing Science student, Master of Nursing Science Program in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

²Associate Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

³Corresponding authors, Email: jurtan@kku.ac.th Tel. 088-5631426



บทนำ

โภชนาการเป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่ครอบคลุมในทุกมิติของเด็กในทุกช่วงวัย ในภาวะเจ็บป่วยระยะวิกฤตมักมีหลายปัจจัยที่ส่งผลให้ร่างกายได้รับสารอาหาร และพลังงานน้อยกว่าความต้องการของร่างกาย ร่างกายมีความต้องการใช้พลังงานเพิ่มขึ้น มีการหลั่งสารไฮโดรคอร์ติซอลในกระบวนการอักเสบ การหลั่งฮอร์โมนบางชนิดเพิ่มขึ้น ข้อจำกัดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะเจ็บป่วยและการให้ความสำคัญกับการรักษาตามระบบเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นอันดับแรกอาจส่งผลให้การชดเชยพลังงานเป็นไปอย่างล่าช้า ในเด็กป่วยระยะวิกฤต พบอัตราการเกิดภาวะทุพโภชนาการ และสัมพันธ์กับผลลัพธ์ด้านลบทางการรักษา¹ มีการศึกษาสถิติผู้ป่วยเด็กที่นอนรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ณ ศูนย์การบริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิ รัฐนิวยอร์ก ช่วงปี ค.ศ. 2011-2019 พบว่า ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้ มีภาวะทุพโภชนาการ² นอกจากนี้ยังพบเด็กป่วยระยะวิกฤตที่มีภาวะทุพโภชนาการ ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในเบลเยียม มากถึงร้อยละ 25¹ การศึกษาด้านสถิติยัง พบว่า ภาวะทุพโภชนาการเฉียบพลันในเด็กป่วยระยะวิกฤตมีค่าความชุกอยู่ในช่วงร้อยละ 7.20 - 64.90 ขึ้นอยู่กับปัจจัยทั้งทางด้านตัวเด็กและการเจ็บป่วย³

จากการศึกษา พบว่าในระยะการเจ็บป่วยวิกฤต ผู้ป่วยเด็กรายที่งดสารอาหาร มีอัตราการนอนในหอผู้ป่วย (Length of stay) นานขึ้น และอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น โดยคาดการณ์ค่าใช้จ่ายระหว่างผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยอยู่ที่ 5,799 ดอลลาร์/วัน รวมทั้งค่าใช้จ่ายรวมโดยเฉลี่ยประมาณ 151,401 ดอลลาร์⁴ ซึ่งสูงกว่าผู้ป่วยที่โภชนาการปกติ นอกจากนี้ อัตราการกลับเข้ามารักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตซ้ำใน 30 วัน (Readmission) ของผู้ป่วยเด็กกลุ่มที่มีภาวะทุพโภชนาการเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน ซึ่งถือว่า มีอัตราที่สูงกว่ากลุ่มภาวะโภชนาการปกติ² นอกจากนี้กลุ่มที่ไม่ได้รับสารอาหารมีอัตรา ในด้านการรักษาด้วยการบำบัดด้วยออกซิเจน ชนิดต่าง ๆ และใส่ท่อช่วยหายใจในกลุ่มสูงกว่ากลุ่มได้รับอาหารตามปกติ แปรผันตรงกับระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องงดอาหาร อีกทั้งยังพบอัตราการติดเชื้อและอัตราการตายที่สูงขึ้น⁵ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการพัฒนาเครื่องมือประเมินภาวะโภชนาการในเด็กอย่างแพร่หลาย มีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต การศึกษาเปรียบเทียบการให้สารอาหาร หรือ นมทางการแพทย์ที่มีความแตกต่างกัน เพื่อประเมินผลลัพธ์ที่คาดหวัง อาทิ ผลลัพธ์ด้านการเปลี่ยนแปลงสัดส่วนของผู้ป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการ ผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกิดขึ้น และพบการพัฒนาแนวปฏิบัติการให้สารอาหารในผู้ป่วยระยะวิกฤตวัยผู้ใหญ่ อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีแนวปฏิบัติทางการแพทย์ที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมสำหรับการให้สารอาหารผ่านทางเดินอาหารแก่ผู้ป่วยเด็กในระยะวิกฤต ทั้งในรายที่รับประทานอาหารเอง และรายที่จำเป็นต้องให้อาหารผ่านสายยางเฉพาะราย เพื่อคงสภาพการทำงานของระบบทางเดินอาหารดังเช่นภาวะปกติ ส่งเสริมผลลัพธ์ที่ดีในการรักษาและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย อีกทั้งยังมีต้นทุนที่ต่ำกว่าการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ มีการศึกษาก่อนหน้านี้ ระบุว่าควรเริ่มให้สารอาหารแก่ผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมง เว้นแต่ผู้ป่วยรายนั้นจะมีข้อห้ามที่สัมพันธ์กับการรักษา⁶ โดยมีการกำหนดให้ผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤตควรได้รับพลังงานตามเกณฑ์เป้าหมายมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 ต่อวัน^{6,7} เพื่อรักษาสมดุลทางโภชนาการในร่างกาย

ผู้วิจัยได้ขออนุญาตเข้าสู่เขตปรากฏการณ์ในด้านการพยาบาล ให้สารอาหารในผู้ป่วยเด็ก หออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรมพบว่าพยาบาลประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤตเมื่อแรกรับเพียงครั้งเดียว เมื่อเวลาเปลี่ยนอาการผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป ยังไม่พบการประเมินซ้ำ ขาดการวางแผนให้สารอาหารแก่ผู้ป่วยแต่ละรายอย่างเหมาะสมและชัดเจน และพยาบาลปฏิบัติการให้สารอาหารผู้ป่วยแตกต่างกัน พฤติกรรมการปฏิบัติหลายหลาย ไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และยังไม่พบแนวปฏิบัติการให้สารอาหารผ่านทางเดินอาหาร ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน อีกทั้งผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤตมีปัจจัยส่งเสริมหลายประการ และข้อจำกัดในด้านต่าง ๆ ที่อาจส่งผลให้เกิดการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอได้ พยาบาลผู้ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหาร สอดคล้องกับกระบวนการพยาบาล และปฏิบัติภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ จึงนำมาสู่การพัฒนาแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยอ้างอิงตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ทั้งด้านการประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ รวมถึงการวางแผนให้โภชนาการอย่างเหมาะสมทั้งในด้านปริมาณ วิธีการ และเวลาที่เหมาะสม อาจช่วยลดโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วย ส่งเสริมการเกิดผลลัพธ์ที่ดีทางการรักษา จากปรากฏการณ์ข้างต้น ผู้วิจัยจึงพัฒนา “แนวปฏิบัติทางการแพทย์ การให้สารอาหารผ่านทางเดินอาหารในผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต” ภายใต้กรอบแนวคิด ชูคัพ⁸ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติสำหรับพยาบาลอย่างเป็นมาตรฐานเดียวกัน

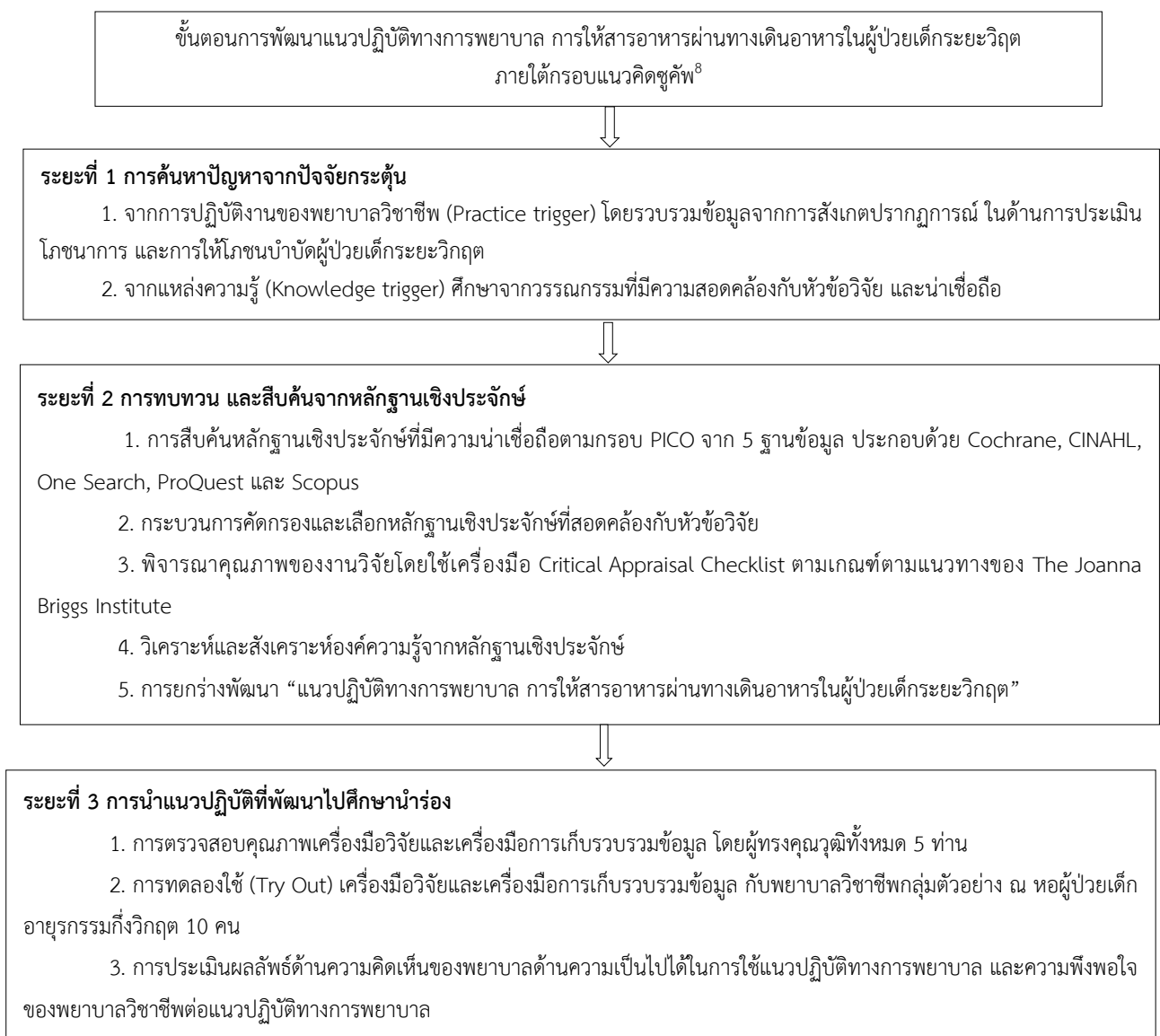


วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล การให้สารอาหารผ่านทางเดินอาหารในผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต
2. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลด้านความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของ ชูศัพท์⁸ ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล การให้สารอาหารผ่านทางเดินอาหารในผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต เนื่องจากเป็นกรอบแนวคิดที่มีขั้นตอนอย่างชัดเจน โดยได้ดำเนินการตามกรอบแนวคิดทั้ง 3 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะของการค้นหาปัญหาจากปัจจัยกระตุ้น (Evidence trigger phase) 2) ระยะการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ (Evidence support phase) และ 3) การนำแนวปฏิบัติที่พัฒนา ไปศึกษานำร่อง (Evidence-observed phase) ณ หอผู้ป่วยเด็กอายุรกรรมกึ่งวิกฤต และประเมินผลลัพธ์ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการพัฒนาและการประเมินผลลัพธ์การทดลองใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล
การให้สารอาหารผ่านทางเดินอาหารในผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยในครั้งนี้เป็นวิจัยและพัฒนา (Research & Development research) โดยศึกษา ณ หอผู้ป่วยเด็กอายุรกรรมกึ่งวิกฤต โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยเด็กอายุรกรรมกึ่งวิกฤต จำนวน 10 ราย โดยใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) และกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงาน 1 ปีขึ้นไป 2) สนใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือดำเนินการวิจัย

1. แนวปฏิบัติทางการพยาบาล การให้สารอาหารผ่านทางเดินอาหารในผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต
2. เครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (AGREE II)⁹

มีทั้งหมดจำนวน 23 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 หมวด ประกอบด้วย 1) หมวดที่ 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์ 2) หมวดที่ 2 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 3) หมวดที่ 3 ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ 4) หมวดที่ 4 ความชัดเจนของการนำเสนอ 5) หมวดที่ 5 การนำไปใช้ และ 6) หมวดที่ 6 ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งออกเป็น 7 ระดับ ประกอบด้วย 1 (ไม่เห็นด้วยเป็นอย่างมาก) จนถึง 7 (เห็นด้วยเป็นอย่างมาก) ตามลำดับ

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาล ประกอบด้วย อายุ เพศ ประสบการณ์การทำงาน ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ประสบการณ์ในการใช้แนวปฏิบัติ และประสบการณ์การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการให้สารอาหารผ่านทางเดินอาหารในผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต

2. แบบประเมินความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการให้สารอาหารผ่านทางเดินอาหารในผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต พัฒนาโดยผู้วิจัยภายใต้แนวคิดของ โบเวน¹⁰ จำนวน 20 ข้อ ทั้งหมด 8 ด้าน 1) การได้รับการยอมรับ (Acceptability) 2) ความต้องการนำไปใช้ (Demand) 3) การดำเนินการ (Implementation) 4) การนำไปปฏิบัติได้จริง (Practicality) 5) การปรับตัว (Adaptation) 6) การบูรณาการ (Integration) 7) การขยาย (Expansion) และ 8) การทดสอบประสิทธิภาพที่จำกัด (limited-efficacy testing) ประกอบด้วย

การประเมินความเป็นไปได้ในการนำใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล จำนวน 20 ข้อ พัฒนาโดยผู้วิจัย โดยระดับการวัดตัวแปรเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) การแปลความหมายคะแนนและการกำหนดระดับความเป็นไปได้ในการนำใช้แนวปฏิบัติตามแบบ Likert's scale กำหนดให้ช่วงระดับคะแนนแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ประกอบด้วย 5 (เห็นด้วยเป็นอย่างยิ่ง) 4 (เห็นด้วยมาก) 3 (เห็นด้วยปานกลาง) 2 (เห็นด้วยน้อย) และ 1 (เห็นด้วยน้อยที่สุด)^{11,12} ตามลำดับ คะแนนรวมสูงสุดที่เป็นไปได้ 100 คะแนน และคะแนนรวมต่ำที่สุดที่เป็นไปได้ 20 คะแนน และมีช่องว่างสำหรับเปิดรับข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ผู้วิจัยมีวิธีคำนวณความเป็นไปได้ โดยนำคะแนนในแต่ละข้อที่ผู้ตอบแบบประเมินมารวมกัน แล้วหารด้วยคะแนนเต็มคือ 100 คะแนน และคูณด้วย 100 โดยกำหนดเกณฑ์และแปลผลความเป็นไปได้ ดังนี้

ร้อยละ 20 – 29 หมายถึง ความเป็นไปได้ที่น้อยที่สุด

ร้อยละ 30 – 49 หมายถึง ความเป็นไปได้ที่น้อย

ร้อยละ 50 – 69 หมายถึง ความเป็นไปได้ปานกลาง

ร้อยละ 70 – 89 หมายถึง ความเป็นไปได้มาก

ร้อยละ 90 – 100 หมายถึง ความเป็นไปได้มากที่สุด

3. แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล การให้สารอาหารผ่านทางเดินอาหารในผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย จำนวน 11 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้



การประเมินความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล จำนวน 11 ข้อ พัฒนาโดยผู้วิจัย โดยระดับการตัวแปรเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) การแปลความหมายคะแนนและการกำหนดระดับความพึงพอใจตามแบบ Likert's scale กำหนดให้ช่วงระดับคะแนน ประกอบด้วย 5 (พึงพอใจมากที่สุด) 4 (พึงพอใจมาก) 3 (พึงพอใจปานกลาง) 2 (พึงพอใจน้อย) และ 1 (พึงพอใจน้อยที่สุด)^{11,12} ดังนั้นคะแนนรวมสูงสุดที่เป็นไปได้เท่ากับ 55 คะแนน และคะแนนรวมต่ำที่สุดที่เป็นไปได้เท่ากับ 11 คะแนน ผู้วิจัยมีวิธีคำนวณคะแนนความพึงพอใจ โดยนำคะแนนในแต่ละข้อที่ผู้ตอบแบบประเมินมารวมกันและหารด้วยคะแนนเต็มคือ 55 คะแนน และคูณด้วย 100 โดยแปลผลเป็นอัตราความพึงพอใจ ดังนี้

ร้อยละ 20 – 29 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

ร้อยละ 30 – 49 หมายถึง พึงพอใจน้อย

ร้อยละ 50 – 69 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง

ร้อยละ 70 – 89 หมายถึง พึงพอใจมาก

ร้อยละ 90 – 100 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ภายหลังการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ผลการตรวจสอบดังนี้

1. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.94 และค่าความสอดคล้องของข้อคำถาม เท่ากับ 1
2. การประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติด้วยเครื่องมือ AGREE II แบ่งออกเป็น 6 หมวด ซึ่งระดับคะแนนรายหมวด ประกอบด้วย 1) หมวดที่ 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์เท่ากับร้อยละ 84.44 2) หมวดที่ 2 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เท่ากับร้อยละ 86.67 3) หมวดที่ 3 ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ เท่ากับร้อยละ 82.92 4) หมวดที่ 4 ความชัดเจนของการนำเสนอ เท่ากับร้อยละ 80 5) หมวดที่ 5 การนำไปใช้ เท่ากับร้อยละ 78.33 และ 6) หมวดที่ 6 ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ เท่ากับร้อยละ 73.33 และคะแนนในภาพรวมร้อยละ 83.33
3. แบบประเมินความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติ ค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.95 และภายหลังกระบวนการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ไปทดลองใช้โดยพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง ณ หอผู้ป่วยเด็กอายุรกรรมกึ่งวิกฤต จำนวน 10 คน ได้นำมาวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์คอรันบก (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.93
4. แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ฯ ค่าสัมประสิทธิ์คอรันบก เท่ากับ 0.94

วิธีดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

การศึกษาและพัฒนาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของ ชูชีพ⁶ และดำเนินการตามแนวคิด 3 ระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ระยะการค้นหาคำตอบจากปัจจัยกระตุ้น (Evidence trigger phase) โดย 1) การสังเกตปรากฏการณ์ในการปฏิบัติเพื่อให้สารอาหารในผู้ป่วยเด็กวิกฤต (Practice trigger) และศึกษาข้อมูลเวชระเบียนย้อนหลังของผู้ป่วย พบว่าแนวทางการให้อาหารผ่านทางเดินอาหารแก่ผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤตยังไม่มี ความชัดเจน นอกจากนั้นยังพบว่าการปฏิบัติของพยาบาลมีความหลากหลายและแตกต่างกันตามปัจเจกบุคคล ทั้งในด้านการประเมินภาวะโภชนาการ เมื่ออาการผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง พยาบาลไม่ได้นำข้อมูลมาประเมินซ้ำ เพื่อวางแผนการพยาบาลอย่างเหมาะสมกับผู้ป่วย การพยาบาลเพื่อให้สารอาหารสำหรับเด็กป่วยระยะวิกฤตยังไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน 2) จากการศึกษาแหล่งความรู้ (Knowledge trigger) โดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การให้สารอาหารแก่เด็กป่วยระยะวิกฤตมีความหลากหลาย ซึ่งเป็นการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการให้สารอาหารชนิดหรือนมที่ต่างกันและวัดผลลัพธ์ที่คาดหวัง อีกทั้งยังมุ่งศึกษาถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจส่งผลต่อภาวะขาดสารอาหารในเด็กป่วยระยะวิกฤต

ระยะที่ 2 ระยะสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ (Evidence Support Phase) จาก 5 ฐานข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ได้แก่ Cochrane, CINAHL, One Search, ProQuest และ Scopus และกำหนดช่วงการสืบค้นของบทความวิจัย บทความวิชาการวารสารที่ตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ. 2019 – 2023

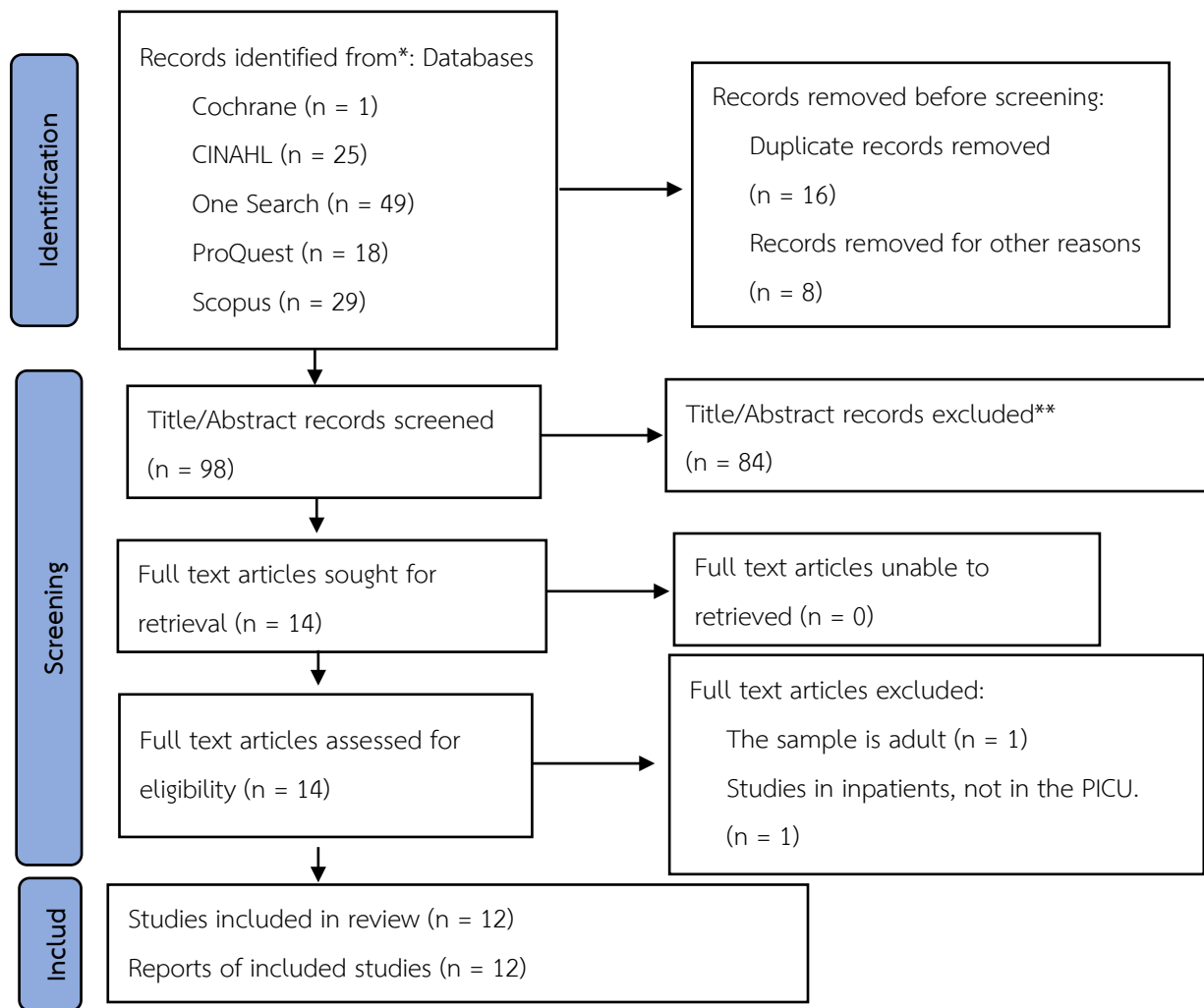


ขั้นตอนที่ 1 กระบวนการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ โดยกำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น (Keywords) ตามกรอบ PICO ประกอบด้วย

- 1) P (Population): Intensive Care Units, Pediatric
- 2) I (Intervention): Parenteral Nutrition, Enteral Nutrition, Practice Guidelines
- 3) C (Comparison): None
- 4) O (Outcome): Caloric Restriction, Body Weight, Birth Weight, Fetal Weight, Ideal Body Weight, Body Height, Crown-Rump Length, Body Mass Index

ภายหลังจากการกำหนดคำสำคัญ ผู้วิจัยค้นหาคำพ้องที่มีความหมายใกล้เคียงกัน (Entry terms) และใช้ตัวดำเนินการตรรกะ (Boolean Operators) เพื่อเชื่อมคำก่อนการสืบค้น ได้กำหนดคำหรือวลีหลักที่ใช้ในการสืบค้นข้อมูล (Search term) ในการสืบค้นทั้ง 5 ฐานข้อมูลได้แก่ One Search, Cochrane, CINAHL, ProQuest และ Scopus โดยผู้วิจัยกำหนดคำสืบค้นดังตัวอย่างต่อไปนี้ ฐาน One search ("ICU" OR "Pediatric ICUs" OR "Pediatric Pediatric ICUs" OR "Pediatric ICU" OR "Pediatric Intensive Care Unit" OR "Pediatric Intensive Care Units") AND ("Nutrition, Parenteral" OR "Intravenous Feeding" OR "Feeding, Intravenous" OR "Feedings, Intravenous" OR "Intravenous Feedings" OR "Parenteral Feeding" OR "Feeding, Parenteral" OR "Feedings, Parenteral" OR "Parenteral Feedings") AND ("Nutrition, Enteral" OR "Tube Feeding" OR "Feeding, Tube" OR "Enteral Feeding" OR "Feeding, Enteral" OR "Gastric Feeding Tubes" OR "Feeding Tube, Gastric" OR "Feeding Tubes, Gastric" OR "Gastric Feeding Tube" OR "Tube, Gastric Feeding" OR "Tubes, Gastric Feeding" OR "Force Feeding" OR "Feeding, Force" OR "Feedings, Force" OR "Force Feedings") AND ("Clinical Guidelines as Topic" OR "Best Practices" OR "Best Practice" OR "Clinical Practice Guideline" OR "Clinical Guidelines") AND ("Intake, Energy" OR "Calorie Intake" OR "Intake, Calorie" OR "Caloric Intake") AND ("Body Weights" OR "Weight, Body" OR "Weights, Body") ("Body Heights" OR "Height, Body" OR "Heights, Body") AND ("Index, Body Mass" OR "Quetelet's Index" OR "Quetelets Index" OR "Quetelet Index" OR "Index, Quetelet")

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดช่วงการสืบค้นของบทความวิจัย บทความวิชาการ วารสาร ที่ตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ. 2019 – 2023 จากการสืบค้นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูล Cochrane, CINAHL, One Search, ProQuest และ Scopus รวมทั้งสิ้น 122 เรื่อง ประกอบด้วย Cochrane 1 เรื่อง, CINAHL 25 เรื่อง, One Search 49 เรื่อง, ProQuest 18 เรื่อง และ Scopus 29 เรื่อง ข้อมูลทั้งหมดถูกนำเข้าสู่กระบวนการคัดกรองบทความโดยใช้โปรแกรม Rayyan AI ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อย่างเป็นอิสระ (Independent abstract screening) พบงานวิจัยซ้ำซ้อน 16 เรื่อง และไม่มีบทความ 8 เรื่อง จึงคัดออกรวม 24 เรื่อง คงเหลือ 98 เรื่องสำหรับการพิจารณาเบื้องต้น ผลการคัดกรองพบว่า 84 เรื่องไม่เป็นไปตามเกณฑ์คัดเลือก เหลือ 14 เรื่องที่เข้าสู่การวิเคราะห์ฉบับเต็ม และพบว่า 2 เรื่องไม่ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด สุดท้ายจึงได้งานวิจัยที่สอดคล้องกับโครงการวิจัยจำนวน 12 เรื่อง^{4,6,7,13-21} ดังแผนภาพที่ 2



ภาพที่ 2 PRISMA flow diagram

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือ Critical Appraisal Checklist มาใช้ในขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพงานวิจัย โดยเลือกใช้ให้เหมาะสมตามระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน โดยใช้เกณฑ์ The Joanna Briggs Institute โดยทั้ง 12 เรื่อง^{4,6,7,13-21} พบว่างานวิจัยทั้งหมดมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ มีดังนี้ 1) Systematic review จำนวน 4 เรื่อง^{6,13-15} คิดเป็นร้อยละ 33.33 2) Randomized Controlled Trials จำนวน 1 เรื่อง⁷ คิดเป็นร้อยละ 8.33 3) Quasi - experimental study) จำนวน 1 เรื่อง¹⁶ คิดเป็นร้อยละ 8.33 5) Cohort studies จำนวน 3 เรื่อง¹⁷⁻¹⁹ คิดเป็นร้อยละ 25 6) Case control studies) จำนวน 1 เรื่อง²⁰ คิดเป็นร้อยละ 8.33 8) Case series จำนวน 1 เรื่อง⁴ คิดเป็นร้อยละ 8.33 และ 9) Qualitative Research จำนวน 1 เรื่อง²¹ คิดเป็นร้อยละ 8.33 และเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ สังเคราะห์เป็นองค์ความรู้

ขั้นตอนที่ 4 ในขั้นตอนการยกร่าง และพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ผู้วิจัยได้คัดเลือกองค์ความรู้ที่ได้จากสังเคราะห์ หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ มายกร่างเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาล การให้สารอาหารผ่านทางเดินอาหารในผู้ป่วยเด็ก ระยะวิกฤตภายใต้กรอบแนวคิดของ ชูศักดิ์⁸ ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก ได้แก่ การประเมินก่อนการให้สารอาหาร การพยาบาล การให้สารอาหารผ่านทางเดินอาหาร และการประเมินผลลัพธ์



ขั้นตอนที่ 5 การตรวจสอบคุณภาพแนวปฏิบัติทางการพยาบาลตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นใหม่ โดยกำหนดให้มีการตรวจสอบค่าความตรงเชิงเนื้อหา ค่าความสอดคล้องของข้อคำถาม และใช้เครื่องมือ AGREE II ช่วยในการพิจารณาคุณสมบัติให้เหมาะสมตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์กุมารเวชศาสตร์โชนาคาร 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษในการดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤต 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการในการดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤต 1 ท่าน

ระยะที่ 3 การนำใช้แนวปฏิบัติศึกษานำร่อง (Evidence-observed Phase) ระยะการทดลองใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล โดยพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย ณ หอผู้ป่วยเด็กอายุรกรรมกึ่งวิกฤต ระหว่างวันที่ 27 มีนาคม พ.ศ. 2568 – 7 เมษายน พ.ศ. 2568 โดยมีกระบวนการดังนี้

- 1) ผู้วิจัยนัดหมายพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างเพื่อประชุมล่วงหน้า นอกเวลาปฏิบัติงานและให้มีความสอดคล้องกับตารางการปฏิบัติงาน โดยไม่ให้เกิดการรบกวนเวลาปฏิบัติงานของพยาบาล และจัดประชุมกลุ่มย่อยเพื่อชี้แจงโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัยในครั้งนี้ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลดังกล่าว ทั้งกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยละเอียด ทั้งนี้เปิดโอกาสให้พยาบาลได้ซักถามในประเด็นที่สงสัยได้ตลอดเวลา และผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่พยาบาลอย่างชัดเจนและตรงไปตรงมา
- 2) พยาบาลวิชาชีพทดลองปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ฯ โดยที่พยาบาล 1 คนได้ทดลองปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ 1 เวิร์ก จนกระทั่งพยาบาลได้ทดลองใช้ครบ 10 คน
- 3) เมื่อสิ้นสุดระยะการทดลองใช้แนวปฏิบัติของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลกลุ่มตัวอย่างในการประเมินความคิดเห็นต่อการนำแนวปฏิบัติดังกล่าวไปทดลองใช้ในระยะต่อไป ประกอบด้วย แบบประเมินความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติจำนวน 20 ข้อ และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล จำนวน 11 ข้อ
- 4) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลที่ได้ ลำดับต่อมาจึงคำนวณเพื่อวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล
- 5) สรุปผลและรายงานผลจากระยะการทดลองใช้เครื่องมือ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลความคิดเห็นของพยาบาลจากแบบประเมิน ทั้งแบบประเมินความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลและแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล และการวิเคราะห์ข้อมูลผลการวิจัย ทั้งข้อมูลทั่วไปของพยาบาลและความคิดเห็นของพยาบาล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย การแจกแจงค่าความถี่และร้อยละ

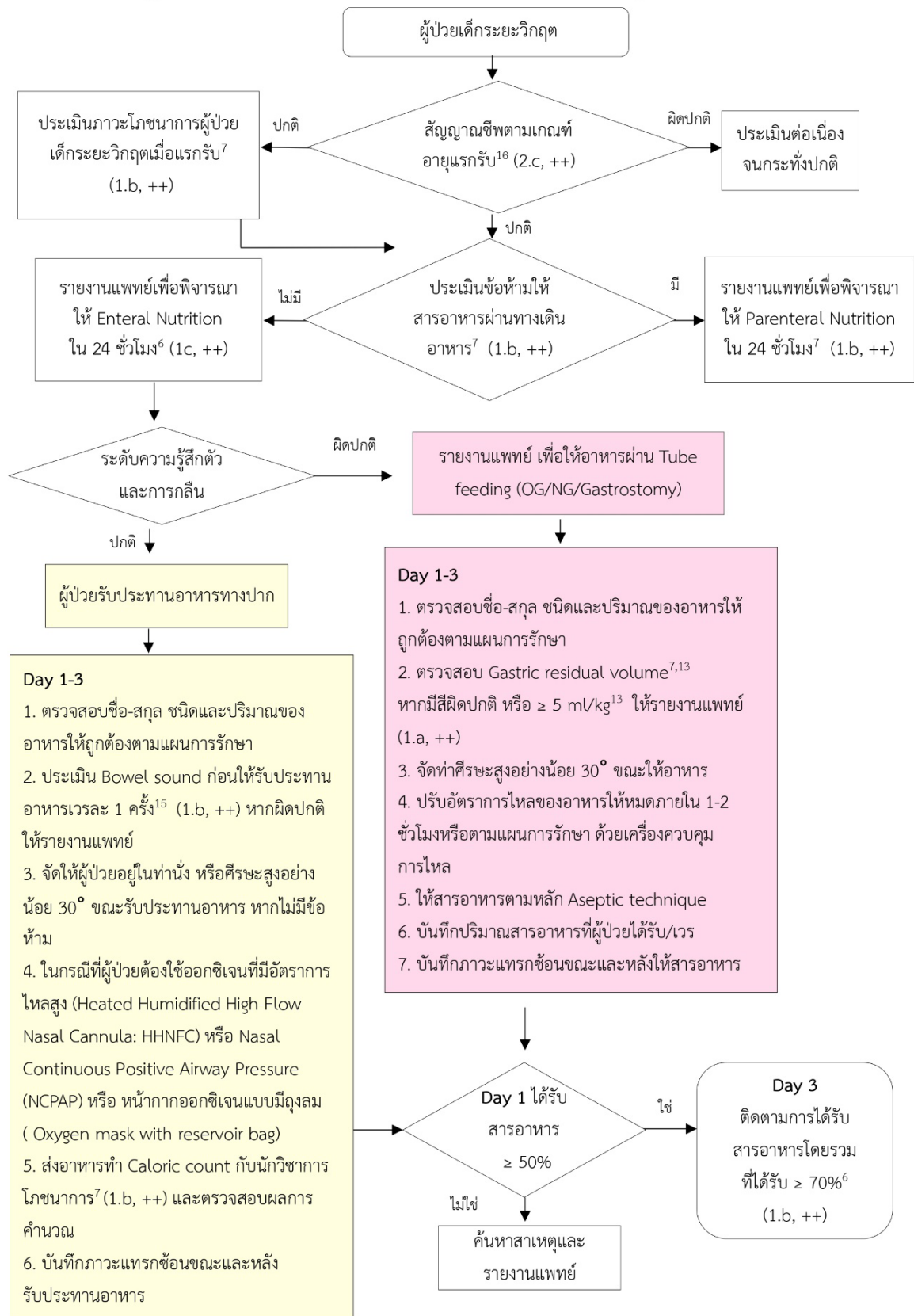
ผลการวิจัย

1. ผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

ภายหลังการสืบค้นได้ผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้มีการคัดเลือกรายงานวิจัยที่มีความสอดคล้องกับหัวข้อโครงการวิจัยทั้งหมด 12 เรื่อง^{4,6,7,13-21} ซึ่งมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ของ The Joanna Briggs Institute และพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติภายใต้กรอบแนวคิดของ ชูศักดิ์ ประกอบด้วย 1) Systematic review จำนวน 4 เรื่อง^{6,13-15} (ร้อยละ 33.33) 2) Randomized Controlled Trials จำนวน 1 เรื่อง⁷ (ร้อยละ 8.33) 3) Quasi - experimental study) จำนวน 1 เรื่อง¹⁶ (ร้อยละ 8.33) 5) Cohort studies จำนวน 3 เรื่อง¹⁷⁻¹⁹ (ร้อยละ 25) 6) Case control studies) จำนวน 1 เรื่อง²⁰ (ร้อยละ 8.33) 8) Case series จำนวน 1 เรื่อง⁴ (ร้อยละ 8.33) และ 9) Qualitative Research จำนวน 1 เรื่อง²¹ (ร้อยละ 8.33) ดังแสดงในภาพที่ 3



แนวปฏิบัติทางการพยาบาล การให้สารอาหารผ่านทางเดินอาหารในผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต



ภาพที่ 3 แนวปฏิบัติทางการพยาบาล การให้สารอาหารผ่านทางเดินอาหารในผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต



แนวปฏิบัติทางการพยาบาล การให้สารอาหารผ่านทางเดินอาหารในผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต ประกอบด้วย

1. การประเมินสัญญาณชีพตามเกณฑ์อายุ¹⁶
2. ประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤตเมื่อแรกรับ⁷
3. ประเมินข้อห้ามให้สารอาหารผ่านทางเดินอาหาร⁷ ได้แก่ ลำไส้อุดตัน ลำไส้ดูดตันหรือทะลุ ความผิดปกติของลำไส้, การอักเสบของลำไส้, เยื่อช่องท้องอักเสบ, และเลือดออกในทางเดินอาหาร เป็นต้น ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์
4. รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ภายใน 24 ชั่วโมง หากไม่มีข้อห้ามการให้สารอาหารผ่านทางเดินอาหาร (Enteral nutrition)⁶ แต่หากมีข้อห้าม จึงรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ (Parenteral nutrition) ภายใน 24 ชั่วโมง⁷
5. การประเมินระดับความรู้สึกตัวและความสามารถในการกลืนของผู้ป่วย
6. การดูแลให้สารอาหารเฉพาะรายภายใน 24 ชั่วโมง^{6,7} (Enteral nutrition หรือ Parenteral nutrition)
 - 6.1 กรณีรับประทานอาหารทางปาก (Enteral nutrition)
 - 1) ตรวจสอบชื่อ-สกุล ชนิดและปริมาณของอาหารให้ถูกต้องตามแผนการรักษา
 - 2) ประเมิน Bowel sound เวิร์ด 1 ครั้ง (ค่าปกติ 5-12 ครั้ง/นาทีก)¹⁵ หากผิดปกติให้รายงานแพทย์
 - 3) จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่ง หรือศีรษะสูงอย่างน้อย 30 องศา ขณะรับประทานอาหาร
 - 4) ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องใช้ออกซิเจนที่มีอัตราการไหลสูง (Heated Humidified High-Flow Nasal Cannula: HHNFC) หรือ Nasal Continuous Positive Airway Pressure (NCPAP) หรือ หน้ากากออกซิเจนแบบมีถุงลม (Oxygen mask with reservoir bag) รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาเปลี่ยนชนิดของออกซิเจนให้ผู้ป่วยชั่วคราวขณะรับประทานอาหาร โดยเฝ้าระวัง SpO₂ (ค่าปกติ $\geq 95\%$) และสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด
 - 5) ส่งอาหารทำ Caloric count กับนักวิชาการโภชนาการและตรวจสอบผลการคำนวณ¹⁵
 - 6) บันทึกภาวะแทรกซ้อนขณะและหลังรับประทานอาหาร
 - 6.2 กรณีให้สารอาหารผ่านสายให้อาหารเฉพาะราย (Orogastric tube หรือ Nasogastric tube หรือ Gastrostomy tube)
 - 1) ตรวจสอบชื่อ-สกุล ชนิดและปริมาณของอาหารให้ถูกต้องตามแผนการรักษา
 - 2) ตรวจสอบ Gastric residual volume^{7,13} หากมีสีผิดปกติ หรือมีปริมาณ $\geq 5 \text{ mL/kg}$ ¹³ ให้รายงานแพทย์
 - 3) จัดท่าศีรษะสูงอย่างน้อย 30 องศา ขณะให้อาหาร
 - 4) ปรับอัตราการไหลของอาหารให้หมดภายใน 1-2 ชั่วโมงหรือตามแผนการรักษา ด้วยเครื่องควบคุมการไหล
 - 5) ให้สารอาหารตามหลัก Aseptic technique
 - 6) บันทึกปริมาณสารอาหารที่ผู้ป่วยได้รับต่อเวร
 - 7) บันทึกภาวะแทรกซ้อนขณะและหลังให้สารอาหาร

2. การประเมินคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ภายหลังการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่า การประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติด้วยเครื่องมือ AGREE II แบ่งออกเป็น 6 หมวด ซึ่งระดับคะแนนรายหมวด ประกอบด้วย 1) หมวดที่ 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์เท่ากับร้อยละ 84.44 2) หมวดที่ 2 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เท่ากับร้อยละ 86.67 3) หมวดที่ 3 ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ เท่ากับร้อยละ 82.92 4) หมวดที่ 4 ความชัดเจนของการนำเสนอเท่ากับร้อยละ 80 5) หมวดที่ 5 การนำไปใช้ เท่ากับร้อยละ 78.33 และ 6) หมวดที่ 6 ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ เท่ากับร้อยละ 73.33 และคะแนนในภาพรวมร้อยละ 83.33

3. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาล

จากการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง พบว่าเป็นเพศหญิงร้อยละ 100 อายุเฉลี่ย 27 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 100 เป็นพยาบาลระดับปฏิบัติการร้อยละ 100 ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 60, 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 30 และ 11-15 ปี คิดเป็นร้อยละ 10 และไม่มีประสบการณ์ในการใช้แนวปฏิบัติ และประสบการณ์การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการให้สารอาหารผ่านทางเดินอาหารในผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต



4. ความคิดเห็นของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

4.1 ความคิดเห็นของพยาบาลด้านความเป็นไปได้ในการนำใช้แนวปฏิบัติในภาพรวม คิดเป็นร้อยละ 90.27 ส่วนใหญ่คะแนนความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด การรายงานผลรายหมวดโดยเรียงลำดับจากหมวดที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ด้านการทดสอบประสิทธิภาพที่จำกัด (Limited-efficacy testing) ด้านความต้องการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (Demand) และด้านความสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง (Practical) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความเป็นไปได้ในการนำใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล (n=10)

ความคิดเห็นของพยาบาลด้านความเป็นไปได้	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ร้อยละ (%)
1. ด้านการยอมรับ (Acceptability)	4.50	90.00
2. ด้านความต้องการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (Demand)	4.60	92.00
3. ด้านการนำสู่การปฏิบัติ (Implementation)	4.50	90.00
4. ด้านความสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง (Practical)	4.56	91.33
5. ด้านการปรับใช้ (Adaptation)	4.35	87.00
6. ด้านการบูรณาการ (Integration)	4.40	88.00
7. ด้านการขยายตัว (Expansion)	4.55	91.00
8. ด้านการทดสอบประสิทธิภาพที่จำกัด (Limited-efficacy testing)	4.65	93.00
ค่าคะแนนความเป็นไปได้โดยรวม	4.51	90.27

นอกจากนี้ ในระยะการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยได้เปิดรับข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีข้อจำกัดในการเข้าถึงเครื่องควบคุมการไหล (Infusion pump) สำหรับการให้สารอาหาร เนื่องจากจำนวนอุปกรณ์ที่มีอยู่อย่างจำกัด อย่างไรก็ตาม หากหน่วยงานมีทรัพยากรเพียงพอ ผู้วิจัยยังคงแนะนำให้ใช้เครื่องควบคุมการไหลตามแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลนี้

4.2 ความคิดเห็นของพยาบาลด้านความพึงพอใจในภาพรวมคิดเป็นร้อยละ 86.68 โดยส่วนใหญ่ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก การรายงานผลรายหมวดโดยเรียงลำดับจากหมวดที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ด้านกิจกรรมทางการพยาบาลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ด้านการประเมินผู้ป่วยเด็กวิกฤตระยะก่อนให้สารอาหาร และด้านการติดตามผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความความพึงพอใจในการนำใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล (n=10)

ความคิดเห็นของพยาบาลด้านความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ร้อยละ (%)
ด้านการประเมินผู้ป่วยเด็กวิกฤตระยะก่อนให้สารอาหาร	4.47	89.33
ด้านกิจกรรมทางการพยาบาลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ	4.50	90.00
ด้านการติดตามผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ	4.30	86.00
ด้านการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล	4.20	84.00
ภาพรวมของความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติฯ	4.20	84.00
ค่าคะแนนความพึงพอใจโดยรวม	4.33	86.68



จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาที่มีได้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยอาสาสมัคร แต่เป็นการศึกษาในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ พร้อมทั้งผู้วิจัยยึดถือหลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด โดยงานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (เลขที่ HE681015 ลงวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ.2568)

การอภิปรายผล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาและพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล การให้สารอาหารผ่านทางเดินอาหารผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล การให้สารอาหารผ่านทางเดินอาหารผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต การศึกษาและพัฒนาครั้งนี้ ได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของ ชูศักดิ์⁶ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เนื่องจากมีขั้นตอนที่ชัดเจน มีกระบวนการพัฒนาที่มีความเข้มงวด โปร่งใส การพัฒนาแนวปฏิบัตินี้ ผู้วิจัยได้ออกแบบวิถีทางให้สารอาหารผ่านทางเดินอาหารเป็น 2 ส่วนหลักสำหรับผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต ประกอบด้วย 1) การให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปาก และ 2) การให้สารอาหารผ่านสายยางให้อาหาร (Tube feeding) เนื่องจากในระยะการเจ็บป่วยวิกฤต หากพยาบาลประเมินผู้ป่วยแล้วพบว่าระดับความรู้สึกตัว ความสามารถในการกลืนปกติ จึงให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปาก แต่หากประเมินผู้ป่วยแล้วพบว่า ระดับความรู้สึกตัวลดลง ความสามารถในการกลืนบกพร่อง หรือมีปัญหาการสำลักอาหารบ่อยครั้ง รายที่มีข้อบ่งชี้ในการใส่ท่อช่วยหายใจ จำเป็นต้องได้รับการใส่สายให้อาหารเฉพาะราย โดยการพิจารณาจากแพทย์ จึงพิจารณาให้สารอาหารผ่านสายยางให้อาหารเฉพาะราย เพื่อให้อาหารในผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤตที่ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ²² หรือไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ เพื่อให้พยาบาลมีแนวทางในการปฏิบัติที่มีความชัดเจน และเพื่อให้สามารถประเมินผลลัพธ์ภายหลังให้สารอาหารอย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย แนวปฏิบัตินี้ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และมีการแก้ไขแนวปฏิบัติให้สอดคล้องตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปสู่ระยะทดลองใช้ จากผลการตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ซึ่งเป็นเครื่องมือใหม่ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นพบว่าค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.94 สอดคล้องกับการศึกษาของวีระยุทธ พรพจน์ธนา²³ ที่ได้รับรู้ว่า ค่าความตรงเชิงเนื้อหา ไม่ควรน้อยกว่า 0.70 และค่าความสอดคล้องของข้อคำถามของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ เท่ากับ 1 สอดคล้องตามเกณฑ์²⁴ และคะแนนประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยรวม (AGREE II) ค่าคะแนนภาพรวมคิดเป็นร้อยละ 83.33 สอดคล้องกับการศึกษาด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ที่มีการนำเครื่องมือ AGREE II มาใช้ในการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติก่อนการนำไปใช้²² ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญ เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่มีโครงสร้างชัดเจน และสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพ ความน่าเชื่อถือของแนวปฏิบัติ ทั้งนี้ยังช่วยให้สามารถระบุจุดที่ต้องปรับปรุงและกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติในอนาคตได้

2. การประเมินความคิดเห็นของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาล แนวปฏิบัติทางการพยาบาลนี้ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก ได้แก่ 1) การประเมินผู้ป่วยก่อนให้สารอาหาร เพื่อประเมินความพร้อมก่อนให้สารอาหาร 2) กิจกรรมการพยาบาลให้สารอาหารผ่านทางเดินอาหารแบ่งออกเป็น กรณีผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปาก และการให้สารอาหารผ่านสายยาง 3) การประเมินผลลัพธ์จากการให้สารอาหารผ่านทางเดินอาหาร สิ้นสุดระยะทดลองใช้แนวปฏิบัติโดยพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง ได้มีการประเมินความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ความคิดเห็นของพยาบาลต่อความเป็นไปได้ในการนำใช้แนวปฏิบัติในภาพรวมอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 90.50 สอดคล้องกับการศึกษาของกนิษฐา อีสสระพันธุ์ และเพ็ญฤทัย ไรจน์ชีวิน²⁴ ที่ระบุว่า ก่อนนำแนวปฏิบัติไปใช้จริง ควรให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติ เพื่อประเมินผลทั้งด้านกระบวนการและผลลัพธ์ และปรับแนวปฏิบัติให้มีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน ดังนั้นจำเป็นต้องให้ปฏิบัติได้มีส่วนร่วมในการทดสอบเพื่อนำแนวปฏิบัติไปใช้ได้อย่างเหมาะสมกับบริบทมากยิ่งขึ้น พร้อมทั้งการปรับปรุงให้มีความเหมาะสมตามบริบทของหน่วยงาน เนื่องจากการทดสอบความเป็นไปได้อาจเป็นเรื่องที่มีความซับซ้อน ด้านความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลอยู่ในระดับพึงพอใจมาก คิดเป็นร้อยละ 86.30 สะท้อนให้เห็นว่า พยาบาลผู้ปฏิบัติมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาล สอดคล้องกับ



การศึกษาของ อภิวรรณ อินทรีย์ และดลวิวัฒน์ แสนโสม²² ที่มีการประเมินความพึงพอใจในหลาย ๆ ด้านจากการใช้แนวปฏิบัติ และจากการศึกษาของ แสงไทย ไตรยวงศ์ ดลวิวัฒน์ แสนโสม และนางลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์²⁶ ได้ศึกษาความพึงพอใจโดยรวมของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ พบว่าความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ซึ่งงานวิจัยนี้ นอกจากจะสร้างความพึงพอใจต่อผู้ใช้แล้ว ยังเกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีต่อผู้ป่วยเช่นเดียวกัน

ข้อจำกัดการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นเพียงการศึกษาในระยะการทดลองใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเป็นไปได้และความพึงพอใจของพยาบาล ซึ่งจะมีกระบวนการนำไปใช้จริงในระยะต่อไปของการวิจัยเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำไปสู่การออกแบบการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง หรือเชิงทดลอง เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลงไปได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือจาก หัวหน้าหอผู้ป่วยที่อนุญาตเข้าเก็บข้อมูลวิจัย พยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่ได้อนุเคราะห์ในการตรวจสอบให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาเครื่องมือวิจัยให้มีคุณภาพ

References

1. Rooze S, Namane SA, Beretta X, Vicinanza A, Vens D, Voglet C, et al. Is a semi-elemental diet better than a polymeric diet after congenital heart surgery? *European Journal of Pediatrics*. 2020;179(3):423–30. doi:10.1007/s00431-019-03505-6.
2. Khlevner J, Naranjo K, Hoyer C, Carullo AS, Kerr KW, Marriage B. Healthcare burden associated with malnutrition diagnoses in hospitalized children with critical illnesses. *Nutrients*. 2023;15(13): Article 10. doi:10.3390/nu15133011.
3. Moreno YMF, Ventura JC, Oliveira LD de A, Silveira TT, Hauschild DB. Undernutrition in critically ill children. *Pediatric Medicine*. 2020;3:22. doi:10.21037/pm-20-66.
4. Solana MJ, Slocker M, Martínez de Compañón Z, Olmedilla M, Miñambres M, Reyes S, et al. Prevalence, risk factors and impact of nutrition interruptions in critically ill children. *Nutrients*. 2023;15(4):855. doi:10.3390/nu15040855.
5. Ismail SR, Mehmood A, Rabiah N, Abu-Sulaiman RM, Kabbani MS. Impact of the nutritional status of children with congenital heart diseases on the early post-operative outcome. *Egyptian Pediatric Association Gazette*. 2021;69(1):28. doi:10.1186/s43054-021-00077-9.
6. Tume LN, Valla FV, Joosten K, Jotterand Chaparro C, Latten L, Marino LV, et al. Nutritional support for children during critical illness: European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care (ESPNIC) metabolism, endocrine and nutrition section position statement and clinical recommendations. *Intensive Care Medicine*. 2020;46(3):411–25. doi:10.1007/s00134-019-05922-5.



7. Srinivasan V, Hasbani NR, Mehta NM, Irving SY, Kandil SB, Allen HC, et al. Early enteral nutrition is associated with improved clinical outcomes in critically ill children: A secondary analysis of nutrition support in the heart and lung failure-pediatric insulin titration trial. *Pediatric Critical Care Medicine*. 2020;21(3):213–21. doi:10.1097/pcc.0000000000002135.
8. Soukup SM. The center for advanced nursing Practice evidence-based practice model: Promoting the scholarship of practice. *The Nursing Clinics of North America*. 2000;35(2):301–9. doi:10.1016/S0029-6465(22)02468-9
9. Institute of Medical Research and Technology Assessment, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II; AGREE II. [internet]. 2013. [cited 2025 Jun 18]. Available from: <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/09/Thai-AGREE-II.pdf> (in Thai)
10. Bowen DJ, Kreuter M, Spring B, Cofta-Woerpel L, Linnan L, Weiner D, et al. How we design feasibility studies. *American Journal of Preventive Medicine*. 2009 May;36(5):452–7. doi: 10.1016/j.amepre.2009.02.002.
11. Tiasuttikun P, Prommanee P, Srigate J, Meenakan N, Phongwarinsath S. Attitude measurement for public health operations. *Valaya Alongkorn Review (Humanities and Social Science)*. 2018;8(2):215-25. (in Thai)
12. Srisa-ard B. Basic research. 6th ed. Bangkok: Suweeriyasan; 2022. (in Thai)
13. Theodoridis X, Chrysoula L, Evripidou K, Kalaitzopoulou I, Chourdakis M. Continuous versus intermittent enteral feeding in critically ill children: A systematic review. *Nutrients*. 2023;15(2):288. doi:10.3390/nu15020288.
14. Chaparro CJ, Maluf VB, Moullet C, Kiszio B, Pugliese MT, Ramelet AS, et al. Effectiveness of high vs lower enteral protein intake, considering energy intake, on clinical outcomes in critically ill children: A systematic review protocol. *JB I Evidence Synthesis*. 2023;21(6):1251-8. doi:10.11124/jbies-22-00133.
15. Roudi F, Dehnavi Z, Khademi G. A practical approach to the nutritional management of mechanically ventilated children: A review. *Journal of Pediatrics Review*. 2021;9(2):115–26. doi:10.32598/jpr.9.2.919.1/.
16. Misirlioglu M, Yildizdas D, Ekinici F, Ozgur Horoz O, Tumgor G, Yontem A, et al. Evaluation of nutritional status in pediatric intensive care unit patients: The results of a multicenter, prospective study in Turkey. *Frontiers in Pediatrics*. 2023;11:1179721. doi: 10.3389/fped.2023.1179721.
17. Touré I, Maitre G, Boillat L, Chanez V, Natterer J, Ferry T, et al. Implementing a physician-driven feeding protocol is not sufficient to achieve adequate caloric and protein delivery in a paediatric intensive care unit: A retrospective cohort study. *Clinical Nutrition ESPEN*. 2023;55:384–91. doi:10.1016/j.clnesp.2023.04.010.
18. Sirianansopa K, Rassameehirun C, Chomtho S, Suteerajintrakool O, Kongkiattikul L. Optimal enteral nutrition support preserved muscle mass in critically ill children. *Journal of Nutrition and Metabolism*. 2022;7004543. doi:10.1155/2022/7004543.



19. Brown AM, Irving SY, Pringle C, Allen C, Brown MF, Nett S, et al. Bolus gastric feeds improve nutrition delivery to mechanically ventilated pediatric medical patients: Results of the COntinuous vs BOlus multicenter trial. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. 2022;46(5):1011–21.
doi: 10.1002/jpen.2305.
20. Ibrahim H, Mansour M, El Gendy YG. Peptide-based formula versus standard-based polymeric formula for critically ill children: Is it superior for patients' tolerance?. *Archives of Medical Science*. 2020;16(3):592-6. doi:10.5114/aoms.2020.94157.
21. Tume LN, Arch B, Woolfall K, Roper L, Deja E, Jones AP, et al. Determining optimal outcome measures in a trial investigating no routine gastric residual volume measurement in critically ill children. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. 2021;45(1):79–86. doi: 10.1002/jpen.1817.
22. Insee A, Saensom D. Effects of a nutrition clinical practice guideline among critically ill trauma patients. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima*. 2019;25(2):118-37. (in Thai)
23. Phonphotthanamat W. A comparative study of verifying the content validity of a research instrument with the IOC, CVR and CVI. *Journal of Library and Information Science*. 2022;28(1):169-92. (in Thai)
24. Kongsat S, Thamwong T. Finding the reliability of the questionnaire (IOC). [internet]. 2015 [cited 2025 May 08]. Available from <https://www.mcu.ac.th/article/detail/14329>.
25. Issarapan K, Rojcheewin P. Development of a clinical nursing practice guideline for pre-operation in traumatic brain injury patients. *Journal of Health Science*. 2016;25(5):823-30. (in Thai)
26. Triyawong S, Saensom D, Methakanjanasak N. Evaluation of clinical practice guideline for enteral feeding in critically ill medical patients in Mukdahan Hospital. *Journal of Sakon Nakhon Hospital*. 2018;21(3):22-33. (in Thai)



ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล การรับรู้ความรุนแรงของโรค กับความต้องการก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

คณธรัตน์ จันทศิริ พย.ม.¹

ภัทรา กวนเมืองใต้ พบ.บ.²

(วันรับบทความ :5 พฤษภาคม พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ :23 มิถุนายน พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ :30 มิถุนายน พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบวิเคราะห์ความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล การรับรู้ความรุนแรงของโรคกับความต้องการก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย จำนวน 62 คน ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจ โรงพยาบาลที่ร่วมกับโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคและการรักษา แบบสอบถามความวิตกกังวล แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค และแบบสอบถามความต้องการก่อนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.94, 0.87 และ 0.89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคและความต้องการก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง รายงานพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความต้องการก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ต้องการในระดับมาก ได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ และด้านร่างกาย และต้องการในระดับปานกลาง คือ ด้านจิตวิญญาณ และผลวิจัยพบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความต้องการก่อนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความต้องการก่อนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นผลการศึกษานี้สนับสนุนให้มีการจัดการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านการรับรู้ข้อมูล ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านจิตวิญญาณ เพื่อตอบสนองความต้องการผู้ป่วยที่จะช่วยลดความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

คำสำคัญ: วิตกกังวล การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความต้องการก่อนการผ่าตัด ผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

¹อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล จ. นครราชสีมา

²พยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจ โรงพยาบาลกรุงเทพราชสีมา จ. นครราชสีมา

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: khantarut_cha@vu.ac.th Tel: 085-3073161



The Relationships Between Anxiety and Perceived Illness Severity with the Needs of Patients Undergoing Open Heart Surgery

Khantarut Chansiri M.N.S.¹

Phattha Kuanmungtai M.N.S.²

(Received Date: May 5, 2025, Revised Date: June 23, 2025, Accepted Date: June 30, 2025)

Abstract

The objective of this descriptive correlational research was to study the relationships between anxiety, the perception of illness severity, and the preoperative needs in patients undergoing open heart surgery. A sample size of 62 participants was recruited through simple random sampling at the Outpatient Cardiology Departments of hospitals affiliated with the university's hospitals. The research instruments included forms for personal data and related data about the patients' disease and treatment, a preoperative anxiety questionnaire, a perception of illness severity questionnaire, and a preoperative needs questionnaire. The reliability of the instruments was verified, with the instruments having Cronbach's alpha coefficients of 0.94, 0.87, and 0.89, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's Rank Correlation Coefficients.

The study's results indicated a moderate overall mean anxiety score. The mean scores for the overall perception of illness severity and the preoperative needs for open-heart surgery were moderate. Specifically, the average scores for preoperative needs in the sample group were high for information provision, emotional support, and physical support. In contrast, the spiritual needs were at a moderate level. The findings showed a strong positive correlation between anxiety and preoperative needs for open heart surgery, which was statistically significant at the .05 level. Additionally, the perception of illness severity had a moderate positive correlation with preoperative needs, which was also statistically significant at the .05 level. Therefore, the results of this study support the implementation of comprehensive care management that addresses informational, physical, psychological, and spiritual aspects to meet patient needs and help reduce preoperative anxiety before undergoing open-heart surgery.

Keywords: anxiety, perceived of illness severity, preoperative needs, open heart surgery

¹Lecturer, Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Vongchavalitkul University, Nakhon Ratchasima Province

²Registered Nurse, Bangkok Ratchasima Hospital, Nakhon Ratchasima Province

¹Corresponding author, Email: khantarut_cha@vu.ac.th Tel: 085-3073161



บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease) เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับแรกของโลก¹ พบอุบัติการณ์การเกิดโรคมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ สมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (American Heart Association: AHA) รายงานว่า ประชากร ทั่วโลกป่วยเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้น จากสถิติ ปี ค.ศ. 2015 -2018 มีอัตราการป่วยรายใหม่ เพิ่มขึ้นประมาณ 130 ล้านคน² และคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้เพิ่มขึ้น 23 ล้านคนทั่วโลก³ สถิติในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ามีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ถึง 612,683 ราย¹ โดยการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Open heart surgery) เป็นการผ่าตัดหัวใจที่เปิดบาดแผลผ่านทางกระดูกบริเวณทรวงอกโดยใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม (Cardiopulmonary bypass: CPB) ช่วยทำหน้าที่แทนปอด และหัวใจขณะทำการผ่าตัด ทำให้สามารถมองเห็นพยาธิสภาพของหัวใจที่ต้องการแก้ไขได้อย่างชัดเจน เนื่องจากหัวใจจะหยุดเต้นชั่วคราวระยะเวลาหนึ่ง และเลือดบางส่วนหรือทั้งหมดจะไม่ผ่านไปที่หัวใจ ทำให้ศัลยแพทย์ทำการผ่าตัดได้อย่างสะดวก หัตถการที่ต้องผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ได้แก่ การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery bypass graft: CABG) การขยายลิ้นหัวใจ (Valvuloplasty) การซ่อมเส้นรอบวงของขอบลิ้นหัวใจให้แคบลง (Annuloplasty) การซ่อมส่วนที่ผิดปกติของกลีบลิ้นหัวใจ (Valvulotomy) และการเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (Valve replacement) เป็นต้น⁴ การผ่าตัดหัวใจแบบเปิดนี้เป็นหัตถการที่กระทบต่อร่างกายและจิตใจ เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา และอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดตามมาได้ ส่งผลทำให้กระบวนการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดล่าช้า เพิ่มระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล นอกจากนี้ในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลระดับสูง เนื่องมาจากกลัวการเสียชีวิตในขณะผ่าตัด⁵ ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดประมาณ 250,000 คนต่อปี² ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565 มีอุบัติการณ์การเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงถึง 70,000 ราย⁶ และมีรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 641,495 ราย ผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 13,921 และมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในจังหวัดนครราชสีมาพบรายงานการเสียชีวิตด้วยกลุ่มโรคนี้ 1,393 ราย⁶ และในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยมีจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เข้ามารับการรักษาด้วยการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดทั้งสิ้น 139 ราย⁷

ความวิตกกังวลตามสถานการณ์ (State Anxiety) เป็นความวิตกกังวลซึ่งเกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามา และประเมินเหตุการณ์นั้นล่วงหน้าเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง รวมทั้งบุคคลรู้สึกถึงการถูกคุกคามความมั่นคงปลอดภัยของตน เมื่อต้องเผชิญกับความวิตกกังวลตามสถานการณ์ต่าง ๆ⁸ ในผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดนั้นเป็นหัตถการผ่าตัดที่เป็นภาวะวิกฤตของชีวิต เพราะเป็นอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น^{5,8} และย่อมมีความต้องการที่จะลดความวิตกกังวลของตนเองลง จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความต้องการที่จะสอบถามข้อสงสัยจากแพทย์หรือพยาบาลขณะไปรับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องประเมินความพร้อมก่อนการผ่าตัดทุกรายแบบองค์รวม โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา การดูแลตนเอง การปรับตัวเกี่ยวกับโรคที่เป็น และระดับความวิตกกังวล เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อปัจจัยที่จะทำให้เกิดผลกระทบต่อด้านร่างกายและจิตใจผู้ป่วยตามมา⁹ การรับรู้ความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยนั้นเป็นการรับรู้ในความเชื่อหรือความนึกคิดของบุคคลที่ประเมินความรุนแรงหรือผลกระทบของโรค ซึ่งในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดจากแพทย์และพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นว่ามีความน้อยเพียงใด ส่งผลกระทบอย่างไรบ้างต่อตนเองและครอบครัว ซึ่งแต่ละรายมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับหัตถการที่ได้รับ สิ่งเหล่านี้อาจทำให้ผู้ป่วยต้องมีการปรับตัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ และหาวิธีลดความกลัวและวิตกกังวลของตนเองโดยการแสวงหาข้อมูลโดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ตนเองต้องเผชิญ นำมาประเมินเหตุการณ์เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของตนเองในช่วงระยะก่อนผ่าตัด¹⁰⁻¹²

ความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเป็นความต้องการที่ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตของร่างกาย ซึ่งความต้องการของบุคคลและญาติเมื่อเผชิญกับภาวะวิกฤต ซึ่งประกอบด้วยความต้องการ 4 ได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสาร ความต้องการด้านร่างกาย ความต้องการด้านอารมณ์ และความต้องการด้านจิตวิญญาณ⁹ ความต้องการของบุคคลมีความแตกต่างกันตามอายุ สถานภาพ วุฒิภาวะ รวมถึงสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม¹³ ซึ่งผู้ป่วยในภาวะวิกฤตส่วนใหญ่นั้นมักมีความต้องการด้านข้อมูล ความมั่นคงทางอารมณ์ และการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมิผลต่อระดับความวิตกกังวล และ



ส่งผลต่อการแสดงออกของความต้องการต่าง ๆ ปัญหาความต้องการของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดนั้นมักเกิดจากการได้รับการตอบสนองความต้องการไม่เพียงพอและไม่ตรงกับความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ซึ่งพบว่าผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีความต้องการรายด้าน ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ จิตวิญญาณ และข้อมูลข่าวสาร⁸ และจากประสบการณ์การทำงานให้การพยาบาลผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการก่อนการผ่าตัดแตกต่างกัน และส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจถึงโรคและสถานการณ์ที่ต้องเผชิญขณะได้รับการผ่าตัดและหลังผ่าตัด ดังนั้นการประเมินปัจจัยเหล่านี้จะช่วยให้พยาบาลสามารถให้การดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการตอบสนองความต้องการจากแพทย์และพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด ถ้าผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการอย่างเพียงพอ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและเกิดความพึงพอใจต่อการมารับการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม¹⁴

จากการทบทวนวรรณกรรมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด มีรายงานการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พบว่า ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจมีความวิตกกังวลสูงกว่าผ่าตัดประเภทอื่น¹² แต่มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยระยะก่อนการผ่าตัดหัวใจมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลโดยรวมอยู่ในระดับเล็กน้อย¹⁵ มีการศึกษาประเด็นการรับรู้ความรุนแรงของโรค พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยก่อนทำการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง⁵ ในประเด็นความต้องการก่อนการผ่าตัด พบว่า ความต้องการโดยรวมของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจอยู่ระดับปานกลาง⁵ แต่บางการศึกษา พบว่า ความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก¹⁴ และมีรายงานการศึกษาความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ($r = .366$)⁵ ผลการศึกษาผู้ป่วยที่รอเข้ารับการผ่าตัดหัวใจในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในยุโรป พบว่าระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับความต้องการในการจัดการความเจ็บปวดและความต้องการข้อมูล¹⁶ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ($r = .447$)⁵ จึงแสดงให้เห็นว่าผลการศึกษายังคงมีประเด็นไม่สอดคล้องกัน ทั้งนี้โรงพยาบาลที่ร่วมกับโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยได้ทำข้อตกลงร่วมมือในการรับผู้ป่วยโรคหัวใจที่ต้องได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ใช้สิทธิบัตรทองในโครงการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และมีจำนวนการทำหัตถการผ่าตัดชนิดนี้เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ประมาณ 3-4 รายต่อสัปดาห์⁵ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล การรับรู้ความรุนแรงของโรค กับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในบริบทของโรงพยาบาลเอกชน เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดให้ได้รับการดูแลที่ตรงตามความต้องการที่ผู้ป่วยคาดหวัง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความวิตกกังวล การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความต้องการก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล การรับรู้ความรุนแรงของโรค กับความต้องการก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

สมมติฐานการวิจัย

1. ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับความต้องการก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับความต้องการก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

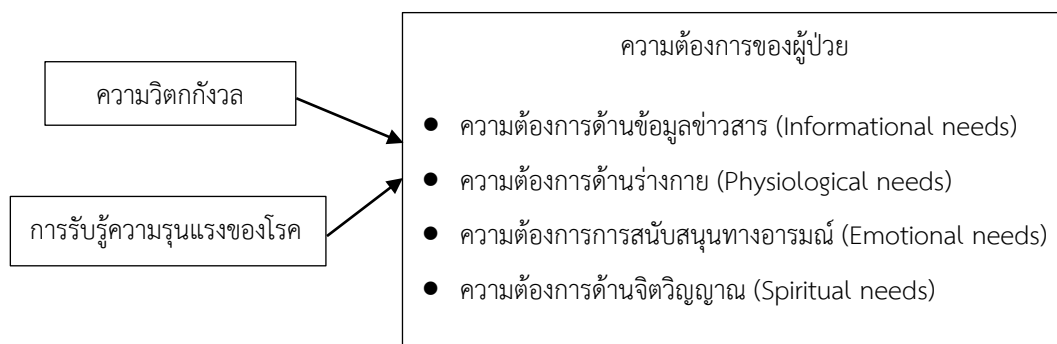
ขอบเขตการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล การรับรู้ความรุนแรงของโรค กับความต้องการก่อนผ่าตัด เก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยที่แพทย์นัดมารับการรักษาด้วยการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ณ โรงพยาบาลที่ร่วมกับโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย ระหว่างเดือนมกราคม ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2567



กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิด ความต้องการในภาวะวิกฤตของ Gaglione⁸ ซึ่งเป็นแนวคิดเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยและญาติเมื่อต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตของชีวิต แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational needs) ความต้องการด้านร่างกาย (Physiological needs) ความต้องการการสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional needs) และความต้องการด้านจิตวิญญาณ (Spiritual needs) ซึ่งผู้ป่วยในภาวะวิกฤตส่วนใหญ่นั้นมักมีความต้องการด้านข้อมูล ความมั่นคงทางอารมณ์ และการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมียผลต่อระดับความวิตกกังวล และส่งผลต่อการแสดงออกของความต้องการต่าง ๆ⁸ เพื่อให้ตนเองได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการได้อย่างเหมาะสม จากการทบทวนวรรณกรรม⁵ พบว่า ตัวแปรความวิตกกังวล การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับตัวแปรความต้องการก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ณ โรงพยาบาลที่ร่วมกับโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย ในปี พ.ศ. 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่แพทย์นัดมานอนโรงพยาบาลเพื่อรับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ณ โรงพยาบาลที่ร่วมกับโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย ที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
2. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
3. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยแสดงอาการวิตกกังวลอย่างมาก เช่น มีอาการหัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็วตื่น มือสั่น เหงื่อออกมาก ไม่สามารถสัมภาษณ์ต่อได้
2. มีปัญหาเรื่องการมองเห็นและการได้ยิน
3. ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤตและต้องผ่าตัดหัวใจแบบฉุกเฉิน



คำนวณกลุ่มตัวอย่าง การคำนวณกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ โดยใช้โปรแกรม G* power version 3.1.9.7 จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ⁵ ดังนั้น กำหนดระดับนัยสำคัญ (Level of significance) = 0.05 อำนาจในการทดสอบ (Power of test) = 0.8⁵ และใช้การทดสอบสมมติฐานแบบสองทาง แทนค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากผลการวิจัยดังกล่าว⁵ ค่า $r = .366$ สำหรับสถิติ Pearson's correlation ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 56 คน และป้องกันการสูญหายหรือไม่สมบูรณ์ของข้อมูล จึงได้เพิ่มขนาดตัวอย่าง ร้อยละ 10⁵ ดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 62 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากการจับฉลากลำดับคิวที่มีมารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจและหลอดเลือด มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด จนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบ 62 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามจำนวน 4 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อมูล เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคร่วม ระยะเวลาที่ผู้ป่วยรอผ่าตัด

2. แบบสอบถามความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ของ พชรพร ยอดเพชร และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ⁵ เป็นข้อคำถามแบบประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ จำนวน 16 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงลบทั้งหมด เกณฑ์การให้คะแนนมี 4 ระดับ ตั้งแต่วิตกกังวลน้อยมาก ถึงวิตกกังวลมาก การแปลผลคะแนนรวมอยู่ในช่วง 16-64 คะแนน หากคะแนน 16 - 23 หมายถึง มีความวิตกกังวลน้อยมาก คะแนน 24 - 39 หมายถึง มีความวิตกกังวลน้อยคะแนน คะแนน 40 - 55 หมายถึง มีความวิตกกังวลปานกลางคะแนน และคะแนน 56 - 64 หมายถึง มีความวิตกกังวลมาก

3. แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค ของ พชรพร ยอดเพชร และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ⁵ เป็นข้อคำถามแบบประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ จำนวน 9 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงลบทั้งหมด เกณฑ์การให้คะแนนมี 4 ระดับ ตั้งแต่ ไม่เห็นด้วย ถึง เห็นด้วยมาก การแปลผลคะแนนรวมอยู่ในช่วง 9 - 36 หากคะแนน 9 - 13.49 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคน้อยมาก คะแนน 13.5 - 22.49 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคน้อย คะแนน 22.50 - 31.49 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคปานกลาง และคะแนน 31.50 - 36 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคมก

4. แบบสอบถามความต้องการก่อนการผ่าตัด ของ พชรพร ยอดเพชร และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ⁵ จำนวน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 14 ข้อ ด้านร่างกาย จำนวน 6 ข้อ ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ จำนวน 6 ข้อ ด้านจิตวิญญาณ จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด 33 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ ไม่ต้องการ ถึง มีความต้องการมาก การแปลผลคะแนนรวมอยู่ในช่วง 33 - 132 คะแนน หากคะแนน 33 - 49.49 หมายถึง มีความต้องการน้อยมาก คะแนน 49.50 - 82.49 หมายถึง มีความต้องการน้อย คะแนน 82.50 - 115.49 หมายถึง มีความต้องการปานกลาง คะแนน 115.50 - 132 หมายถึง มีความต้องการมาก

หากพิจารณารายเป็นด้าน ด้านข้อมูลข่าวสาร คะแนนรวม 56 คะแนน คะแนน 4-17.99 หมายถึง มีความต้องการน้อยมาก คะแนน 18-30.99 หมายถึง มีความต้องการน้อย คะแนน 31-43.99 หมายถึง มีความต้องการปานกลาง คะแนน 44-56 หมายถึง มีความต้องการมาก ด้านร่างกาย คะแนนรวม 24 คะแนน คะแนน 4-8.99 หมายถึง มีความต้องการน้อยมาก คะแนน 9-13.99 หมายถึง มีความต้องการน้อย คะแนน 14-18.99 หมายถึง มีความต้องการปานกลาง คะแนน 19-24 หมายถึง มีความต้องการมาก ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ คะแนนรวม 24 คะแนน คะแนน 4-8.99 หมายถึง มีความต้องการน้อยมาก คะแนน 9-13.99 หมายถึง มีความต้องการน้อย คะแนน 14-18.99 หมายถึง มีความต้องการปานกลาง คะแนน 19-24 หมายถึง มีความต้องการมาก ด้านจิตวิญญาณ คะแนนรวม 28 คะแนน คะแนน 4-9.99 หมายถึง มีความต้องการน้อยมาก คะแนน 10-15.99 หมายถึง มีความต้องการน้อย คะแนน 16-21.99 หมายถึง มีความต้องการปานกลาง คะแนน 22-28 หมายถึง มีความต้องการมาก



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) คณะผู้วิจัยไม่ได้พัฒนาเอง ดำเนินการขออนุญาตใช้เครื่องมือทั้ง 3 ฉบับจากเจ้าของเครื่องมือ คือ พพรพร ยอดเพชร และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ จากงานวิจัยเรื่องปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ พบว่า แบบสอบถามความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity: CVI) = 0.97 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีค่าเท่ากับ 0.86 แบบสอบถามความต้องการก่อนการผ่าตัด มีค่าเท่ากับ 0.95 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทั้ง 3 ฉบับ ประกอบด้วย แบบสอบถามความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค และแบบสอบถามความต้องการก่อนการผ่าตัด ไปทดลองกับผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่แพทย์นัดมารับการรักษาด้วยการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ณ โรงพยาบาลที่ร่วมกับโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย ที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งเก็บคนละกลุ่มและคนละช่วงเวลากับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นนำแบบสอบถามไปหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.94, 0.87 และ 0.89 ตามลำดับ ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนด จึงนำไปใช้เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยโรคหัวใจที่รอคิวรับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จากโรงพยาบาลที่ร่วมกับโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้
2. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานเพื่อขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยแบบสอบถามความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค และแบบสอบถามความต้องการก่อนการผ่าตัด จากเจ้าของเครื่องมือ
3. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยพร้อมเครื่องมือวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ BDMS Health Research Center (BHRC) ผู้วิจัยทดลองใช้เครื่องมือวิจัย (Try out) ได้แก่ แบบสอบถามความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค และแบบสอบถามความต้องการก่อนการผ่าตัด เพื่อหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย ก่อนการเก็บข้อมูลจริงกับกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

1. คณะผู้วิจัยเข้าถึงชื่อผู้ป่วยผ่านหัวหน้าแผนก OPD Heart เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่แพทย์นัดมานอนโรงพยาบาลเพื่อรับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 จากการจับฉลากลำดับคิวที่มารับบริการในแต่ละวัน
2. คณะผู้วิจัยเข้าแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวม ข้อมูล ระยะเวลาที่เข้าร่วมวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากงานวิจัย พร้อมทั้งสอบถามความสนใจในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้ลงนามในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ และพิกัดสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย
3. คณะผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยเริ่มสัมภาษณ์จากแบบสอบถามส่วนบุคคล แบบสอบถามความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค และแบบสอบถามความต้องการก่อนการผ่าตัด ตามลำดับ โดยใช้เวลาสัมภาษณ์ในการเก็บข้อมูลประมาณ 30 นาทีต่อคน จำนวน 2 คนต่อวัน จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามกำหนด คือ 62 คน
4. เมื่อเก็บข้อมูลเสร็จสิ้น ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของแบบสอบถาม ลงบันทึกข้อมูล แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

คณะผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูล เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคร่วม ระยะเวลาที่ผู้ป่วยรอผ่าตัด ใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามมาตรวัดของตัวแปร
2. คะแนนระดับความวิตกกังวล การรับรู้ความรุนแรง และความต้องการก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้ตามเกณฑ์การให้คะแนนตามที่กำหนด



3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคกับคะแนนเฉลี่ยความต้องการก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยผ่านข้อตกลงเบื้องต้นทุกข้อของสถิติ จึงใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Rank Correlation Coefficient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และใช้เกณฑ์การแปลผลค่าขนาดความสัมพันธ์ (Correlation Coefficient: r) ของ Cohen⁹ ดังนี้ $r = 0.1-0.29$ หมายถึง ความสัมพันธ์ระดับต่ำ $r = 0.30-0.49$ หมายถึง ความสัมพันธ์ระดับปานกลาง $r = 0.50-1.00$ หมายถึง ความสัมพันธ์ระดับสูง

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยฉบับนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จาก BDMS Health Research Center (BHRC) เลขที่ BHQ-IRB2023-05-21 คณะผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์การทำวิจัย และขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง โดยแจ้งถึงประโยชน์ของโครงการวิจัยครั้งนี้ ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถตอบแบบสอบถามที่ตรงตามความเป็นจริง และแจ้งกลุ่มตัวอย่างว่าในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้คณะผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลนี้เป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อ และรายงานการวิจัยจะเสนอผลโดยภาพรวม กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ในการปฏิเสธเข้าร่วมวิจัยและเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว หากกลุ่มตัวอย่างต้องการออกจากการศึกษาสามารถกระทำได้อย่างปลอดภัย โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย ภายหลังจากที่งานวิจัยได้เสร็จสิ้นแล้ว

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ อายุ รายได้ จำนวนโรคร่วม และระยะเวลาการผ่าตัด ของกลุ่มตัวอย่าง (n=62)

ตัวแปร	ความถี่	ร้อยละ
เพศ		
เพศชาย	47	75.80
เพศหญิง	15	24.20
สถานภาพ		
โสด	10	16.13
สมรส	32	51.61
หม้าย	10	16.13
หย่าร้าง	10	16.13
ระดับการศึกษา		
ประถม	50	80.65
มัธยม	10	16.13
ไม่ได้เรียน	2	3.22
อาชีพ		
เกษตรกร	33	53.23
ค้าขาย	21	33.87
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	3.22
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4	6.46
อื่นๆ	2	3.22

ตัวแปร	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
อายุ (ปี)	40	75	61.82	8.77
รายได้ (บาท/เดือน)	500	20,000	6,879.03	2,814.89
จำนวนโรคร่วม (โรค)	1	3	2.40	0.69
ระยะเวลาการผ่าตัด (ปี)	0.1	1	0.58	0.34



จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 47 คน (ร้อยละ 75.80) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 32 คน (ร้อยละ 51.60) และมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 50 คน (ร้อยละ 80.60) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา จำนวน 10 คน (ร้อยละ 16.10) และประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด จำนวน 33 คน (ร้อยละ 53.20) รองลงมาคืออาชีพค้าขาย จำนวน 21 คน (ร้อยละ 33.90) กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 61.82 ปี (S.D.=8.77) มีอายุระหว่าง 40-75 ปี มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6,879.03 บาท (S.D.=2,814.89) มีรายได้ระหว่าง 500-20,000 บาท มีจำนวนโรคร่วมเฉลี่ย 2.4 โรค (S.D.= 0.69) มีจำนวนโรคร่วมระหว่าง 1-3 โรค และรวมระยะเวลาในการรอผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเฉลี่ย 0.58 ปี (S.D.=0.34) มีระยะเวลาในการรอผ่าตัดหัวใจระหว่าง 0.1-1 ปี

ส่วนที่ 2 ข้อมูลระดับความวิตกกังวล การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความต้องการก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

ตารางที่ 2 แสดงค่าคะแนนระดับความวิตกกังวล การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความต้องการก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดของกลุ่มตัวอย่าง (n=62)

ตัวแปร	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
- ความวิตกกังวลโดยรวม	38	64	54.16	7.65	ระดับปานกลาง
- การรับรู้ความรุนแรงของโรคโดยรวม	18	36	29.77	4.48	ระดับปานกลาง
- ความต้องการก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยรวม	84	129	105.63	10.73	ระดับปานกลาง
ด้านข้อมูลข่าวสาร	33	56	45.84	6.08	ระดับมาก
ด้านร่างกาย	13	24	19.26	2.67	ระดับมาก
ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์	13	24	19.63	2.89	ระดับมาก
ด้านจิตวิญญาณ	15	26	20.90	2.68	ระดับปานกลาง

จากตารางที่ 2 ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของระดับความวิตกกังวล การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Mean = 54.16, Mean = 29.77 และ Mean = 105.63 ตามลำดับ) มีความต้องการก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ค่าคะแนนความต้องการก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่กลุ่มตัวอย่างต้องการระดับมาก ได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ และด้านร่างกาย และด้านที่ต้องการในระดับปานกลาง คือ ด้านจิตวิญญาณ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความวิตกกังวล การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความต้องการก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความต้องการก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดของกลุ่มตัวอย่าง (n=62)

ตัวแปร	ความวิตกกังวล		การรับรู้ความรุนแรงของโรค	
	r	p - value	r	p - value
ความต้องการก่อนผ่าตัดโดยรวม	.617	.000*	.426	.001*
ด้านข้อมูลข่าวสาร	.523	.000*	.310	.014*
ด้านร่างกาย	.524	.000*	.518	.000*
ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์	.517	.000*	.287	.024*
ด้านจิตวิญญาณ	.206	.108	.177	.170
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	.723	.000*		

หมายเหตุ ค่า r = Pearson's Rank Correlation Coefficient (* = p < .05)



จากตารางที่ 3 ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความวิตกกังวลโดยรวมและคะแนนเฉลี่ยความต้องการก่อนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .617, p < .05$) และคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคโดยรวมและคะแนนความต้องการก่อนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .426, p < .05$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .523, p < .05$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .310, p < .05$) ด้านร่างกายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .524, p < .05$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .518, p < .05$) ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .517, p < .05$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .287, p < .05$) และด้านจิตวิญญาณไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและการรับรู้ความรุนแรงของโรค ($r = .206$ และ $.177, p > .05$ ตามลำดับ) และพบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .723, p < .05$)

การอภิปรายผล

ระดับความวิตกกังวล จากผลการวิจัยพบว่า คะแนนระดับความวิตกกังวลเฉลี่ยโดยรวม เท่ากับ 54.16 (S.D.=7.65) หมายความว่า ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดก่อนได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สอบถามถึงอาการเจ็บปวดที่ต้องเผชิญหลังการผ่าตัดที่จะได้รับจึงอาจส่งผลให้ความวิตกกังวลในภาพรวมเพิ่มขึ้น¹⁶ ร่วมกับการผ่าตัดเป็นหัตถการที่มีความเสี่ยงสูงและเป็นภัยคุกคามต่อชีวิตของมนุษย์¹⁰ ผลกระทบเชิงลบที่พบมากที่สุดได้แก่ ความเจ็บปวดก่อนการผ่าตัด ความวิตกกังวลหลังการผ่าตัด¹¹ และการเสียชีวิตหลังผ่าตัด⁴ ระดับความวิตกกังวลจะสูงกว่าการผ่าตัดประเภทอื่นเนื่องจากเป็นอวัยวะสำคัญต่อการดำรงชีวิต¹² สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพรณ นิตยสุภาพรณ และ นภาพร แก้วนิมิต¹⁴ ผลการศึกษาพบว่าความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดส่วนใหญ่มีระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 54.92 ไม่สอดคล้องกับ Mulugeta et al.¹³ ผลการวิจัยพบว่า ความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดของผู้ป่วยศัลยกรรม ร้อยละ 61 มีความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดในระดับสูง และการศึกษาของ Goncalves et al.¹⁵ พบว่าผู้ป่วยระยะก่อนการผ่าตัดหัวใจมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลโดยรวมอยู่ในระดับเล็กน้อย

การรับรู้ความรุนแรงของโรค จากผลการวิจัยพบว่า คะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคเฉลี่ยโดยรวม เท่ากับ 29.77 (S.D.=4.48) หมายความว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดก่อนได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบางรายอาจขาดความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตามมาหลังการผ่าตัด ยังมีความรู้สึกถึงอาการรุนแรงของตน จึงทำให้การรับรู้โรคและหัตถการนี้จะส่งผลอันตรายต่อตนเองภายหลังการผ่าตัดได้นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทุกรายก่อนได้รับการผ่าตัดจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับหัตถการและการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจากแพทย์และพยาบาลซึ่งเป็นการสะท้อนถึงการปฏิบัติจากพยาบาลที่แสดงออกถึงการให้เกียรติและการยอมรับทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกปลอดภัยในการรับการรักษา¹⁷ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พชรพร ยอดเพชร และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ⁵ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยก่อนทำการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง

ความต้องการก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จากผลการวิจัยพบว่า คะแนนความต้องการก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเฉลี่ยโดยรวม เท่ากับ 105.63 (S.D.=10.73) หมายความว่า ความต้องการของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดก่อนได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ค่าคะแนนความต้องการก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่กลุ่มตัวอย่างต้องการระดับมาก ได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสารมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด 45.84 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.08 ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์



มีคะแนนเฉลี่ย 19.63 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.89 และด้านร่างกายมีคะแนนเฉลี่ย 19.26 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.67 และด้านที่ต้องการในระดับปานกลาง คือ ด้านจิตวิญญาณ มีคะแนนเฉลี่ย 20.90 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.68 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายต่อชีวิต⁴ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลสูงขึ้น¹² จึงทำให้ผู้ป่วยต้องแสวงหาข้อมูลในระยะก่อนผ่าตัดเพื่อการตัดสินใจและความปลอดภัยของตนเอง⁵ แต่ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในครั้งนี้อาจจะยังได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วนเพียงพอและตรงกับความต้องการจริง ๆ ของผู้ป่วย เนื่องจากยังไม่มีรูปแบบการประเมินและให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดหัวใจที่ครอบคลุมความต้องการในทุกด้านจึงทำให้คะแนนความต้องการก่อนการผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ พชรพร ยอดเพชร และนรลักษณ์ เอื้อกิจ⁵ พบว่า ความต้องการโดยรวมของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจอยู่ระดับปานกลาง และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพรพรณ นิตยสุภาภรณ์ และ นภาพร แก้วนิมิต¹⁴ พบว่า ความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 52.65

ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับความต้องการก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จากผลการวิจัยพบว่า คะแนนความวิตกกังวลโดยรวมและคะแนนความต้องการก่อนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .617, p < .05$) หมายความว่า หากผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลเพิ่มสูงขึ้นจะทำให้ความต้องการก่อนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดสูงขึ้นตาม ทั้งนี้เนื่องมาจากการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเป็นการผ่าตัดใหญ่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวและวิตกกังวลสูง¹² ความวิตกกังวลที่พบบ่อยที่สุด เช่น ความเจ็บปวดหลังการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีวิทยา อาการคลื่นไส้อาเจียนหลังการผ่าตัด การฟื้นตัวหลังจากการดมยาสลบ ข้อผิดพลาดในการผ่าตัด และการเลื่อนการผ่าตัด¹⁸ และคิดว่า ปัจจัยเหล่านี้เป็นภัยคุกคามต่อชีวิตส่งผลให้ผู้ป่วยพยายามหาวิธีจัดการหรือรับมือ¹⁰ โดยการแสวงหาสิ่งสนับสนุนเพิ่มขึ้น เช่น พฤติกรรมบริการการพยาบาล การได้รับข้อมูลที่ชัดเจนและเพียงพอ มาตรฐานในการดูแล และความปลอดภัยในการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง¹⁷ เพื่อให้ตนเองนั้นมีชีวิตรอด สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพรพรณ นิตยสุภาภรณ์ และ นภาพร แก้วนิมิต¹⁴ และ พชรพร ยอดเพชร และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ⁵ พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความต้องการก่อนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .213$ และ $r = .366$ ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Gomes & Bezerra¹⁹ ผลวิจัยพบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.316$) และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สยาม ทวีสมบัติ และคณะ²⁰ พบว่าการให้ข้อมูลและการสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีระดับความวิตกกังวลก่อนและหลังการผ่าตัดไม่แตกต่างกัน ซึ่งอาจเนื่องมาจากบริบทของแต่ละบุคคลแตกต่างกันทั้งปัจจัยภายนอกและภายใน²¹ ผู้ป่วยบางรายหากได้ข้อมูลเพิ่มเติมจะทำให้วิตกกังวลมากขึ้น²² และหลีกเลี่ยงความต้องการในการรับรู้ข้อมูลที่จะส่งผลกระทบต่อความเครียดของตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดของ Gaglione⁸ ที่มองว่าความต้องการของผู้ป่วยในภาวะวิกฤตเป็นผลโดยตรงจากการตอบสนองต่อความเครียดและภัยคุกคามที่เกิดขึ้นทั้งทางกายและจิตใจ

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคกับความต้องการก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จากผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคโดยรวมและคะแนนเฉลี่ยความต้องการก่อนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .426, p < .05$) หมายความว่า หากผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่สูงขึ้นจะทำให้ความต้องการก่อนการผ่าตัดหัวใจเพิ่มขึ้นตาม ทั้งนี้เนื่องมาจากก่อนการผ่าตัดหัวใจผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการแจ้งและอธิบายเกี่ยวกับโรค แผนการรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการผ่าตัดและหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบและให้ความยินยอมในการรักษาในครั้งนี้ ดังนั้นจึงส่งผลให้ผู้ป่วยอาจเกิดความรู้สึกสับสนลังเลเกี่ยวกับการผ่าตัด²³ และมีการประเมินตนเองเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคและความเสี่ยงของตนเองในระยะวิกฤตนั้นเป็นอย่างไรเพื่อการตัดสินใจในระยะก่อนผ่าตัด ซึ่งโดยส่วนมากผู้ป่วยจะรับรู้ว่าการผ่าตัดหัวใจนั้นมีโอกาสเสียชีวิตสูง ยิ่งส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดและส่งผลเสียต่อความสามารถในการรับรู้ของผู้ป่วย²⁴ จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความต้องการทั้งทางด้านข้อมูลข่าวสาร¹⁴ ด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย และจิตวิญญาณ⁸ เพื่อให้สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น¹⁰ ทั้งก่อนและ



หลังการผ่าตัดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ พชรพร ยอดเพชร และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ⁷ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความต้องการของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดหัวใจทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .447$) สอดคล้องกับกรอบแนวคิดของ Gaglione⁸ ที่อธิบายว่าภาวะวิกฤตจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความ ต้องการเฉพาะด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านข้อมูล การสนับสนุนทางอารมณ์ หรือการดูแลจากบุคลากรทางสุขภาพ เมื่อระดับการรับรู้ภาวะคุกคามสูงขึ้นความต้องการด้านการพยาบาลในภาวะวิกฤตย่อมเพิ่มขึ้นด้วย

สรุปผลการวิจัย

จากการวิจัยสรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมีระดับความวิตกกังวล การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความต้องการก่อนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความต้องการก่อนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความต้องการก่อนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ แสดงให้เห็นว่าในระยะก่อนการผ่าตัด หากผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมีระดับความวิตกกังวลสูง หรือมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคสูง จะทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการทั้งทางด้านการรับรู้ข้อมูล ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านจิตวิญญาณสูงขึ้นตามเช่นกัน^{7,8,13}

ข้อจำกัดงานวิจัย

จากการศึกษาในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดค่อนข้างน้อย เมื่อนำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษาทั้ง 3 ตัวแปรและสรุปผลการวิจัยที่ได้อาจจะไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรหรืออ้างอิงถึงผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดทั้งหมดได้

ข้อเสนอแนะการวิจัย

การนำผลการวิจัยไปใช้ ควรส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพประเมินระดับความวิตกกังวล การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เป็น และความต้องการของผู้ป่วยในระยะก่อนการผ่าตัดหัวใจเปิดทุกราย และสร้างแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนการผ่าตัด เพื่อตอบสนองความต้องการได้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย อาจช่วยลดความวิตกกังวล ผู้ป่วยให้ความร่วมมือที่ดี และลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นตามมาหลังการผ่าตัดได้

การวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายความต้องการก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และต่อยอดพัฒนาแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัดให้ครอบคลุมความต้องการทั้งด้านข้อมูล ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านจิตวิญญาณ และศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติดังกล่าว เพื่อช่วยให้ยกระดับการดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนการผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาสาสมัครทุกท่าน โรงพยาบาลที่ร่วมกับโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย และทุนตีพิมพ์งานวิจัยจากมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล ที่สนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

References

1. World Health Organization. WHO mortality database [Internet]. 2023 [cited 2024 Feb 25]. Available from: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>
2. Virani SS, Alonso A, Aparicio HJ, Benjamin EJ, Bittencourt MS, Callaway CW, et al. Heart disease and stroke statistics- 2021 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2021;143(8):e254–e743. doi: 10.1161/CIR.0000000000000950.



3. World Heart Campaign. About World Heart Day 2014. [Internet]. 2014 [cited 2024 Feb 25]. Available from: <http://www.world-heart-federation.org/index.php?id=123>.
4. Yutthasaen S, Chintapanyakun T, Thikheaw K. Nursing care for patients undergoing open heart surgery in the critical phase: Integrating research findings into clinical practice. *Journal of the Police Nurses*. 2021;13(2):452-63. (in Thai)
5. Yodphet P, Uaekit N. Factors associated with preoperative information needs of patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *Thai Journal of Cardiac-Thoracic Nursing*. 2018;29(1):58-71. (in Thai)
6. Ministry of Public Health. Statistical report of patients in 2022. Nonthaburi: Ministry; 2022. (in Thai)
7. Bangkok Ratchasima Hospital. Statistics of heart and vascular surgery procedures. Nakhon Ratchasima: Hospital; 2022. (in Thai)
8. Gaglione KM. Assessing and intervening with families of CCU patients. *The Nursing Clinics of North America*. 1984;19(3):427-32. PMID: 6567140.
9. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
10. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer; 1984.
11. Gomes ET, Bezerra SMMS. Spiritual well-being, anxiety and depression in the preoperative period of cardiac surgery. *Revistarene*. 2022;23(1):1-7. doi:10.15253/2175-6783.20222381343.
12. Tully PJ, Bennetts JS, Baker RA, McGavigan AD, Turnbull DA, Winefield HR. Anxiety, depression, and stress as risk factors for atrial fibrillation after cardiac surgery. *Heart Lung and Circulation*. 2011;26(3):214-22. doi:10.1016/j.hrtlng.2009.12.010.
13. Mulugeta H, Ayana M, Sintayehu M, Dessie G, Zewdu T. Preoperative anxiety and associated factors among adult surgical patients in Debre Markos and Felege Hiwot referral hospitals, Northwest Ethiopia. *BioMed Central Anesthesiology*. 2018;18(155):1-9. doi:10.1186/s12871-018-0619-0.
14. Nittayasupaporn S, Keawnimitchai N, Namjuntra R. The relationship between personal factors and preoperative anxiety with preoperative information needs of patients undergoing open heart surgery. *Journal of Cardiac and Thoracic Nursing*. 2014;25(1):1-15. (in Thai)
15. Gonçalves KK, Silva JI, Gomes ET, Pinheiro LL, Figueiredo TR, Bezerra SM. Anxiety in the preoperative period of heart surgery. *Revista brasileira de enfermagem*. 2016;69(2):397-403. doi:10.1590/0034-7167.2016690225i.
16. Fernández-Castro M, Jiménez JM, Martín-Gil B, et al. The influence of preoperative anxiety on postoperative pain in patients undergoing cardiac surgery. *Scientific reports*. 2022;12(1):16464. doi:10.1038/s41598-022-20870-9.
17. Sanonoi N, Punudom P, Ritluechai P, Taechaveerakorn N, Kheawwan P, Treenai S. The expectations of post open heart surgery patients and their caregivers: perspective from the qualitative study. *Thai Journal of Cardiac-Thoracic Nursing*. 2019;30(2):26-37. (in Thai)



18. Homzova P, Zelenikova R. Measuring preoperative anxiety in patients undergoing elective surgery in the Czech Republic. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 2015;6(4):321-26. doi:10.15452/CEJNM.2015.06.0023.
19. Gomes ET, Bezerra SM. Anxiety and depression in the preoperative period of cardiac surgery. *Revistarene*. 2017;18(3):420-27. doi:10.15253/21756783. 2017000300019.
20. Thaweesombat S, Fukfon K, Suwansirichareon A. Effects of pre and post-operative information program on quality of life and anxiety of patients undergoing open heart surgery, Chiangrai Prachanukroh Hospital. *Thai Journal of Cardiac-Thoracic Nursing*. 2021;32(2):105-19. (in Thai)
21. Rosiek A, Kornatowski T, Rosiek-Kryszewska A, Leksowski A, Leksowski K. Evaluation of stress intensity and anxiety level in the preoperative period of cardiac patients [Internet]. 2016 [cited 2023 Feb 05]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1155/2016/1248396>
22. Khoshkesht S, Ghiyasvandian S, Esmaeili M, Zakerimoghadam M. The role of the patients' companion in transitional care from open heart surgery ICU to the cardiac surgery ward: a qualitative content analysis. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*. 2021;9(2):117-26. doi:10.30476/ijcbnm.2021.87898.1475.
23. Akutay S, Ceyhan O. The relationship between fear of surgery and affecting factors in surgical patients. *Perioperative Medicine*. 2023;12(1):22. doi:10.1186/s13741-023-00316-0.
24. Ni K, Zhu J, Ma Z. Preoperative anxiety and postoperative adverse events: a descriptive overview. *Anesthesiology and Perioperative Science*. 2023;1(23):1-8. doi:10.1007/s44254-023-00019-1.



ผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง ต่อระยะเวลาของระยะที่ 1 ของการคลอดที่ห้องคลอด โรงพยาบาลชัยภูมิ*

ระพีพรรณ แดงสกุล พย.บ.¹

ทิวารรณ เทพา ปร.ด.²

(วันรับบทความ: 30 เมษายน พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 23 มิถุนายน พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ: 30 มิถุนายน พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง ต่อระยะเวลาของระยะที่ 1 ของการคลอด (ระยะเจ็บครรภ์จริงถึงปากมดลูกเปิดหมด 10 เซนติเมตร) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครั้งแรก ที่มารับบริการการคลอดบุตร ณ โรงพยาบาลชัยภูมิ จำนวน 72 ราย ระหว่างเดือน มิถุนายน ถึง กันยายน พ.ศ.2567 แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุมกลุ่มละ 36 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนจากญาติผู้หึ่งที่มีประสบการณ์การคลอดทางช่องคลอด ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ประกอบไปด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ วิดีทัศน์ คู่มือ และแบบประเมินความรู้และทักษะการสนับสนุนการคลอดของญาติ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรง ของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ค่าความตรงตามเนื้อหา ได้เท่ากับ 1.00 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา เปรียบเทียบ ผลด้วย Fisher's Exact Test และเปรียบเทียบระยะเวลาในการคลอดที่มีการแจกแจงแบบไม่ปกติด้วย Mann-Whitney U test.

ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้คลอดครั้งแรกกลุ่มทดลองมีระยะปากมดลูก เปิดเร็วตอนปลาย (ปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตร) สั้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แต่ไม่พบความแตกต่าง ของระยะที่ 1 ของการคลอดทั้งหมด ระยะปากมดลูกเปิดช้า (ปากมดลูกเปิด 0-3 เซนติเมตร) และระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (ปากมดลูก 4-10 เซนติเมตร) จากผลการศึกษาดังกล่าวพยาบาลผดุงครรภ์ควรพิจารณาโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดมาใช้ใน ผู้คลอดครั้งแรกเพื่อให้ปากมดลูกเปิดเร็วตอนปลายสั้นลง และส่งเสริมระบบเครือข่ายในสังคมให้สามารถเข้ามามีส่วนร่วมใน การดูแลผู้คลอดได้

คำสำคัญ: การสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง ระยะที่ 1 ของการคลอด สตรีครรภ์แรก การสนับสนุนทางสังคม

*บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

¹ ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: Rapheephan.d@kkumail.com Tel: 064-1742462



Effects of Using a Continuous Labor Support Program for the Duration of the First Stage of Labor in the Labor Room at Chaiyaphum Hospital.*

Rapheephan Daengsakool B.N.S.¹

Thiwawan Thepha Ph.D.²

(Received Date: April 30, 2025, Revised Date: June 23, 2025, Accepted Date: June 30, 2025)

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of a continuous labor support program on the duration of the first stage of labor (from true labor pain to full dilatation of cervix). The sample consisted of 72 primiparous women who gave birth in the labor room of Chaiyaphum Hospital from June to September 2024. The participants were divided into an experimental group (n=36) and a control group (n=36). The experimental group received support from a female relative having experience in vaginal delivery along with standard nursing care, while the control group received only standard nursing care. The research instruments included: 1) study tools, including a video, a guidebook, and an assessment form for the relative's knowledge and skills related to labor support, and 2) data collection tools which included a personal information recording form and a pregnancy and labor information recording form. The content validity of the instruments was reviewed and validated by five experts, and had a content validity index (CVI) of 1.00. Data were analyzed using descriptive statistics, normal distribution comparisons were made using Fisher's Exact Tests, and the non-normal distribution of labor duration was compared using Mann-Whitney U tests.

Research findings indicate that the continuous labor support program significantly shortened the duration of the transitional phase (cervical dilation of 8-10 cm) in the experimental group of first-time mothers, compared to the control group ($p < .001$). However, no significant differences were found in the total duration of the first stage of labor, the latent phase (cervical dilation of 0-3 cm), and the active phase (cervical dilation of 4-10 cm). Based on these findings, midwives should consider implementing the continuous labor support program for primiparous women to shorten the final phase of the first stage of labor and promote social network systems to encourage actively engagement in maternal care.

Keywords: continuous intrapartum support, first stage of labor, primigravida, social support

*This article is part of the thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the Master of Nursing Science degree in Midwifery.

¹Student of Master of Nursing Science Program in Midwifery, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

²Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

²Corresponding Author, Email: Rapheephan.d@kkumail.com Tel: 064-1742462



บทนำ

การคลอดสามารถเกิดขึ้นได้เองตามธรรมชาติ ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้คลอดเกิดความเจ็บปวด โดยจะทวีคูณความรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามขนาดการเปิดของปากมดลูก ระยะรอคอยคลอดจะเกิดขึ้นตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์จริงจนถึงปากมดลูกเปิดหมด ในผู้คลอดครรภ์แรกใช้เวลาการรอคอยคลอดแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะปากมดลูกเปิดช้า (Latent phase) ไม่เกิน 20 ชั่วโมง ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) ไม่เกิน 12 ชั่วโมง ระยะปากมดลูกเปิดเร็วตอนปลาย (Transition phase) ไม่เกิน 3 ชั่วโมง¹ เมื่อมีระยะรอคอยยาวนาน (Prolonged of 1st stage of labor) จะส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงในการใช้หัตถการในการช่วยคลอด ได้แก่ เครื่องดูดสุญญากาศ การใช้คีมช่วยคลอด ได้รับการชักนำให้เกิดการคลอด มีโอกาสได้รับการผ่าตัดคลอดสูง² เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด³ ทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน⁴ ต้องเข้ารับรักษาในทารกผู้ป่วยหนักเป็นเวลายาวนาน⁵ โดยทั่วโลกพบว่าภาวะแทรกซ้อนจากระยะคลอดเป็น 1 ใน 3 ของสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของการเสียชีวิตของมารดาและทารกแรกเกิด^{6,7} ในประเทศไทยพบปัญหาการรอคอยคลอดยาวนานในบางภูมิภาคส่งผลกระทบต่อผู้คลอดมีปัญหาการตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 5.60 และทารกในครรภ์ขาดออกซิเจนร้อยละ 16.07⁸ จากการศึกษาข้อมูลเวชระเบียนห้องคลอด โรงพยาบาลชัยภูมิย้อนหลัง พบระยะที่ 1 ของการคลอดยาวนาน ส่งผลให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 – 2566 จำนวน 6 ราย ร้อยละ 20.68 พบภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ในปีงบประมาณ พ.ศ.2563 – 2566 จำนวน 68, 68, 85, 110 ราย คิดเป็น 26, 24, 32, 39 ต่อพันการเกิดมีชีพตามลำดับ ซึ่งในปี พ.ศ. 2565 พบปัจจัยส่วนใหญ่เกิดจากระยะที่ 1 ของการคลอดยาวนาน จำนวน 14 ราย ร้อยละ 46.67 ซึ่งเป็นผู้คลอดครรภ์แรกและมีภาวะเสี่ยงต่ำ 11 ราย ร้อยละ 78.33

การสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องเป็นการดูแลสุขภาพผู้คลอดให้สามารถคลอดได้ตามกระบวนการธรรมชาติ โดยเฉพาะผู้คลอดครรภ์แรกที่ไม่ได้รับการสอนสุขศึกษาในระยะฝากครรภ์ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้ผู้คลอดสามารถเลือกผู้สนับสนุนได้ด้วยตนเอง ได้แก่ สามี ญาติ อาสาสมัครเผ่าคลอด หรือบุคลากรทางการแพทย์ จะทำให้ผู้คลอดเผชิญความเจ็บปวดได้ดี และมีระยะรอคอยที่สั้นลง⁹⁻¹¹ โดยพบว่าญาติผู้หญิงจัดเป็นแหล่งสนับสนุนการคลอดที่ดี เนื่องจากมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดและมีความเห็นอกเห็นใจผู้คลอดมากที่สุดในบทบาทหน้าที่การตั้งครรภ์และการคลอดบุตร สามารถให้ความช่วยเหลือจัดหาสิ่งที่ผู้คลอดร้องขอได้ เป็นบุคคลที่ผู้คลอดไว้วางใจให้เข้าสนับสนุนการคลอดได้อย่างต่อเนื่อง และสามารถเผชิญสถานการณ์ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในระยะคลอดได้ญาติที่มีประสบการณ์การคลอด ทางช่องคลอดจะยิ่งเพิ่มผลลัพธ์ทางบวกกับผู้คลอดและทารกในครรภ์มากขึ้น^{12,13} หากผู้คลอดไม่ได้รับการสนับสนุนการคลอดดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้คลอดขาดกำลังใจ รู้สึกโดดเดี่ยว ไม่คุ้นชินกับสถานที่ และมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น¹¹ ส่งผลให้ร่างกายมีการยับยั้งการทำงานของตัวรับฮอร์โมนออกซิโทซิน และมีการกระตุ้นระบบประสาทระดับไขสันหลัง ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนแคเทพิโคลามีน อีพิเนฟริน และกลุ่มคอร์ติซอลเพิ่มสูงขึ้น กล้ามเนื้อเกิดความตึงเครียด มดลูกหดตัวเบาและห่างมากขึ้น เกิดการรอคอยคลอดช้า และการที่ระบบประสาทถูกกระตุ้นข้างต้นยังส่งผลให้มีปริมาณเลือดไปเลี้ยงมดลูกได้น้อยลงจากการหดเกร็งของหลอดเลือดทั่วร่างกาย ทำให้ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน (Hypoxia)¹

โรงพยาบาลชัยภูมิ มีบริการฝากครรภ์ คัดกรองผู้คลอดที่เสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน และให้คำแนะนำแก่สตรีตั้งครรภ์โดยพยาบาลประจำห้องฝากครรภ์ ส่วนห้องคลอด ให้บริการด้านการคลอดบุตร โดยส่วนใหญ่เป็นผู้คลอดที่ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลชัยภูมิ โรงพยาบาลชุมชน และคลินิกเอกชน โดยพบผู้คลอดที่มาคลอดครั้งแรกนิยมไปฝากครรภ์ที่คลินิกเอกชนและมารับบริการคลอดที่โรงพยาบาลเมื่อเริ่มมีอาการเจ็บครรภ์คลอด ผู้คลอดจึงมีความกลัว ความวิตกกังวลต่อการคลอดมากกว่าผู้คลอดที่เคยผ่านการคลอดมาก่อน¹⁰ จากการสังเกตและสอบถามผู้คลอดครรภ์แรก พบผู้คลอดครรภ์แรก ไม่ทราบถึงวิธีการปฏิบัติตัวขณะรอคอยคลอดและไม่ได้รับการสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับการคลอด มีพฤติกรรมร้องไห้อาววย ส่งเสียงดัง ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ ร้องขอการช่วยเหลือบรรเทาความเจ็บปวดจากพยาบาลตลอดเวลา และอยากให้สามี หรือมารดา หรือเจ้าหน้าที่พยาบาลเข้ามาอยู่ด้วยตลอดเวลาในห้องคลอด ซึ่งโครงสร้างภายในห้องคลอดเป็นห้องรอคอยรวม ผู้คลอดทุกคนจะต้องนอนรอคอยในห้องเดียวกันจนถึงปากมดลูกเปิดหมด และการทำงานของเจ้าหน้าที่พยาบาลในห้องคลอดเป็นแบบแบ่งหน้าที่ ทำให้พยาบาลต่างมีภาระหน้าที่ที่หลากหลายและมีข้อจำกัดในการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งหน่วยงานมีการดสนามี ญาติและบุคคลภายนอกเข้าเยี่ยม ส่งผลให้ผู้คลอดได้รับการสนับสนุนการคลอดที่ไม่เพียงพอทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ¹⁴ และแม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนการคลอดในบริบทต่าง ๆ แต่ยังคงขาดการศึกษาในกลุ่มผู้คลอดครรภ์แรกที่ไม่ได้รับการสอนสุขศึกษาตั้งแต่ระยะฝากครรภ์โดยเฉพาะ ในบริบทของโรงพยาบาลชัยภูมิ



ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องโดยการมีญาติที่เป็นเพศเดียวกัน ซึ่งมีความเห็นอกเห็นใจ และมีประสบการณ์ด้านการคลอดทางช่องคลอดเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนกลุ่มผู้คลอดครั้งแรกที่มารับบริการที่ห้องคลอดโรงพยาบาลชัยภูมิ โดยประยุกต์แนวคิด Adams & Bianchi¹⁴ มาเป็นกรอบแนวคิดในการทำวิจัย เพื่อให้ผู้คลอดได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมในระยะรอคลอด และผู้คลอดสามารถใช้ประโยชน์จากโปรแกรมเพื่อปฏิบัติตัวส่งเสริมการคลอดได้อย่างเหมาะสม โดยคาดหวังว่าโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้ระยะที่ 1 ของการคลอดสั้นลงได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องเปรียบเทียบกับการพยาบาลตามปกติ ในผู้คลอดครั้งแรกที่ห้องคลอด โรงพยาบาลชัยภูมิต่อระยะเวลาของระยะที่ 1 ของการคลอด

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องต่อระยะเวลาของระยะที่ 1 ของการคลอด ในผู้คลอดครั้งแรกอายุ 18-35 ปี ที่มารับบริการที่ห้องคลอด โรงพยาบาลชัยภูมิ ระหว่างเดือนมิถุนายน-กันยายน พ.ศ. 2567 โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการสนับสนุนจากญาติผู้หญิงที่มีประสบการณ์การคลอดทางช่องคลอดร่วมกับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งพัฒนาโปรแกรมจากแนวคิดการสนับสนุนการคลอด 4 ด้านของ Adams & Bianchi¹⁴ โดยมุ่งพัฒนาแนวทางการดูแลผู้คลอดและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ได้นำแนวคิดการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องของ Adams & Bianchi¹⁴ มาใช้เป็นกรอบแนวคิด การวิจัยการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง มี 4 ด้าน ดังนี้ 1) การสนับสนุนด้านร่างกาย 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 3) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 4) การเป็นผู้แทน ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์และออกแบบโปรแกรมการสนับสนุนการคลอด โดยการนำญาติผู้หญิงเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนการคลอดตามกิจกรรมดังนี้

โปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง

- 1) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ให้ความรู้ผู้คลอดและญาติผู้หญิงผ่านสื่อวีดิทัศน์ แจกคู่มือ สาธิตย้อนกลับ และประเมินความรู้และทักษะการปฏิบัติการสนับสนุนของญาติผู้หญิงก่อนเข้าสนับสนุนผู้คลอด ญาติผู้หญิงเป็นโค้ชคอยกระตุ้นผู้คลอดให้ใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา
- 2) การสนับสนุนด้านร่างกาย ดูแลจัดท่า ดูแลให้ได้รับสารน้ำสารอาหารที่เพียงพอ และกระตุ้นปัสสาวะ
- 3) การสนับสนุนด้านอารมณ์ การประคับประคองด้านจิตใจ คอยปลอบใจและแลกเปลี่ยนประสบการณ์การคลอด
- 4) การเป็นผู้แทน อยู่เป็นเพื่อน และคอยสื่อสารความต้องการผู้คลอด

- ระยะที่ 1 ของการคลอดทั้งหมด
- ระยะ Latent phase
- ระยะ Active phase
- ระยะ Transition phase

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องและกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ ผู้คลอดครรภ์แรกที่มาใช้บริการคลอดบุตร ณ ห้องคลอดโรงพยาบาลชัยภูมิ ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน ถึง 30 กันยายน พ.ศ.2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้คลอดครรภ์แรกที่มาใช้บริการคลอดบุตร ณ ห้องคลอดโรงพยาบาลชัยภูมิ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 72 คน โดยทำการศึกษาในกลุ่มควบคุม 36 คน เป็นลำดับแรก จากนั้นทำการศึกษาในกลุ่มทดลอง 36 คนเป็นลำดับสุดท้าย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกของผู้คลอด (Inclusion criteria) ดังนี้

ผู้คลอดครรภ์แรกอายุ 18 ถึง 35 ปี ส่วนสูงไม่น้อยกว่า 145 เซนติเมตร อายุครรภ์ 37-42 สัปดาห์ ตั้งครรภ์เดียว ทารกอยู่ในท่าปกติและมีศีรษะเป็นส่วนนำ ระดับยอดมดลูกไม่เกิน 35 เซนติเมตร มีอาการเจ็บครรภ์จริง ปากมดลูกเปิดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 เซนติเมตร ผู้คลอดตั้งครรภ์ปกติไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคทางจิตเวช เป็นต้น ผู้คลอดสามารถเขียนและอ่านภาษาไทยได้ ผู้คลอดและญาติตกลงยินยอมเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้คลอดที่เข้ารับบริการ 22.00น. ถึง 06.00น. เนื่องจากเป็นช่วงเวลางดญาติผู้หญิงเข้าสนับสนุนการคลอด

เกณฑ์การนำอาสาสมัครออกจากการทดลอง (Withdrawal of participant criteria) ดังนี้ ผู้คลอดมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นในขณะรอคลอด เช่น ความดันโลหิตสูง ตกเลือด สายสะดือพลัดต่ำ และเชิงกรานไม่สัมพันธ์กับศีรษะทารก เป็นต้น ทารกมีภาวะแทรกซ้อน เช่น Fetal distress เป็นต้น ญาติไม่สามารถเข้าสนับสนุนได้ตลอดการวิจัย ผู้คลอดหรือญาติขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกของญาติ ดังนี้ ญาติผู้หญิงอายุ 18 – 60 ปี มีประสบการณ์การคลอดบุตรทางช่องคลอด สุขภาพดี ไม่มีโรคประจำตัว สามารถเขียนและอ่านภาษาไทยได้

การกำหนดขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Lemeshow ในปี ค.ศ.1990¹⁵ ผู้วิจัยแทนค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าเฉลี่ยทั้ง 2 กลุ่ม จากงานวิจัย Pitilin และคณะในปี ค.ศ. 2023¹⁶ โดยมีตัวแปรตาม คือ ระยะที่ 1 ของการคลอด (p value <.000) ซึ่งมีตัวแปรตามลักษณะคล้ายคลึงกันกับการวิจัยครั้งนี้ คำนวณโดยแทนค่าขนาดค่าอิทธิพล (effect size) 0.58 กำหนด power 80% คำนวณได้กลุ่มตัวอย่างทางเดียวจำนวน 72 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่าง 36 คนแรก คือกลุ่มควบคุม และกลุ่มตัวอย่าง 36 คนหลัง คือกลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1.1 โปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง มีวิธีการสนับสนุนของญาติผู้หญิง 4 ด้าน ดังนี้

1.1.1 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร พยาบาลเตรียมผู้คลอดและญาติผู้หญิง โดยการให้รับชมวิดีโอ แจกคู่มือสาธิตย้อนกลับ และการประเมินความรู้และทักษะการสนับสนุนการคลอด ในระยะรอคลอดญาติผู้หญิงดูแลทบทวนความรู้ คอยเป็นโค้ชกระตุ้นให้ผู้คลอดใช้เทคนิคการผ่อนคลายอาการเจ็บครรภ์คลอด หรือการบรรเทาปวดด้วยเทคนิคต่าง ๆ เช่น การนวด การลูบหน้าท้อง เป็นต้น



1.1.2 การสนับสนุนด้านร่างกาย ญาติผู้หึงช่วยสนับสนุนการคลอດด้านร่างกาย เช่น การดูแลกระตุ้นปัสสาวะ ทุก 2-3 ชั่วโมง การกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวปรับเปลี่ยนท่าและจัดผู้คลอດให้อยู่ในท่าศีรษะสูง การดูแลประคับประคองสายให้ สารน้ำไม่ให้หัก พับ งอ อุดตัน และเลื่อนหลุด สามารถดูแลผู้คลอດด้านสุขวิทยา ให้เกิดความสุขสบายในขณะรอกคลอດ

1.1.3 การสนับสนุนด้านอารมณ์ ญาติผู้หึงช่วยสนับสนุนการคลอດด้านอารมณ์ เช่น ให้กำลังใจ ปลอบใจ ใช้การสัมผัสที่นุ่มนวล เช่น การสบตา การจับมือ เปิดโอกาสให้ผู้คลอດระบายความรู้สึก พุดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เชิงบวก เกี่ยวกับการคลอດทางช่องคลอດ

1.1.4 การเป็นผู้แทน ญาติผู้หึงเป็นผู้แทน เช่น การอยู่เป็นเพื่อน คอยให้ความช่วยเหลือ และเป็นตัวแทนสื่อสาร ปัญหา หากผู้คลอດเจ็บครรภ์ และมีความยากลำบากต่อการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่

1.2 วิถีทัศน์การสนับสนุนการคลอດอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยเนื้อหา การแนะนำสถานที่และการปฏิบัติงานของ เจ้าหน้าที่ห้องคลอດ กระบวนการคลอດ กิจกรรมที่ผู้คลอດและญาติผู้หึงสามารถปฏิบัติในห้องคลอດ การสนับสนุนช่วยเหลือของ ญาติผู้หึงที่ให้แก่ผู้คลอດ

1.3 คู่มือการสนับสนุนการคลอດอย่างต่อเนื่อง จะมีเนื้อหาเดียวกันกับวิถีทัศน์

1.4 ญาติผู้หึง อายุ 18 – 60 ปี ที่ผ่านการประเมินความรู้และทักษะการปฏิบัติการสนับสนุนการคลอດ เข้าสนับสนุน การคลอດอย่างต่อเนื่องตามช่วงเวลาที่กำหนด (ช่วงที่ 1: 07.00 – 10.00 น. ช่วงที่ 2: 11.00 - 14.00 น. ช่วงที่ 3: 15.00 - 18.00 น. ช่วงที่ 4: 19.00 - 22.00 น.)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คลอດและญาติ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ข้อมูลส่วนตัวญาติผู้หึง จำนวน 4 ข้อ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา อาชีพ

ชุดที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอດ จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ วันและเวลาที่รับดูแล อายุครรภ์ น้ำหนัก ส่วนสูงปัจจุบัน ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ ระดับความสูงยอดมดลูก การเปิดช่องปากมดลูกแรกรับไว้ใน การดูแล การแตกของ ถุงน้ำคร่ำและลักษณะของสีน้ำคร่ำ การได้รับยาออกซิโทซิน และระยะเวลาระยะที่ 1 ของการคลอດ (ช่วง) (เวลารวม, Latent phase, Active phase, Transition phase)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการสนับสนุนการคลอດอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ วิถีทัศน์ คู่มือการสนับสนุนการคลอດอย่างต่อเนื่อง แบบประเมินความรู้และทักษะการปฏิบัติก่อนการสนับสนุนของญาติผู้หึง และส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การตั้งครรภ์และการคลอດเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ สติแพทย์ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสูติศาสตร์ 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษหน่วยงานห้องคลอດ 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเนื้อหา จากนั้นผู้วิจัยนำมา ปรับปรุงแก้ไขตามผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ และรวบรวมความคิดเห็น หาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 1¹⁷ และนำเครื่องมือไปนำร่องใช้ที่ห้องคลอດโรงพยาบาลชัยภูมิ กับญาติที่มีคุณสมบัติคล้ายกับงานวิจัย จำนวน 5 คน และได้ปรับปรุงเครื่องมืออีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยเสนอเค้าโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และโรงพยาบาลชัยภูมิเพื่อขอรับรองการทำวิจัยในการศึกษา

1.2 ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยจาก หัวหน้าแผนกห้องคลอດ โรงพยาบาลชัยภูมิ

1.3 ผู้วิจัยจัดเตรียมเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลผู้เข้าร่วมวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



1.4 ผู้วิจัยเตรียมเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด โดยจัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงการปฏิบัติกิจกรรมในงานวิจัย และขอความร่วมมือเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติหน้าที่ประจำเวรเช้า-บ่าย ในการประสานงานผู้วิจัยเพื่อเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยในการช่วยดำเนินการขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลชัยภูมิ

2. ขั้นตอนการ

2.1 ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยเริ่มเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติทั้งหมด 36 ราย เป็นลำดับแรก จากนั้นเริ่มเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่ได้รับการส่งเสริมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องทั้งหมด 36 รายในลำดับต่อมา เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2.2 การพยาบาลตามปกติ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามมาตรฐานการคลอด โดยพยาบาลเฝ้าคลอดให้การดูแลผู้คลอดตั้งแต่แรกเริ่มคือ การประเมินแรกเริ่มและอธิบายแผนการรักษาเบื้องต้น ตรวจบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ตรวจภายในทุก 4 ชั่วโมงในระยะ Latent phase และทุก 2 ชั่วโมง ในระยะ Active phase คลำหน้าท้องเพื่อประเมินการทำงานของมดลูกและติดตามอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ทุก 1 ชั่วโมง ในระยะ Latent phase และทำในระยะ Active phase 30 นาที อธิบายกลไกการคลอด แนะนำการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา มีการแนะนำการจับท่า มีการส่งเสริมการเคลื่อนไหว กระตุ้นปัสสาวะ ดูแลให้ได้รับสารน้ำสารอาหารอย่างเพียงพอ มีการติดตามความก้าวหน้าของการคลอดโดยพาโทกราฟ และดูแลแบบ Active management ในผู้คลอดที่มีแนวโน้มระยะคลอดยาวนาน

2.3 การให้โปรแกรม โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง ในระยะที่ 1 ของการคลอดร่วมกับการพยาบาลตามปกติ หลังจากผู้คลอดกลุ่มทดลองยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย ผู้คลอดได้เลือกญาติผู้หญิงเพื่อเข้ารับโปรแกรมการสนับสนุนการคลอด 1 คน และผู้ช่วยวิจัยเข้าพบญาติผู้หญิง เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมงานวิจัย จากนั้นเตรียมผู้คลอดและญาติผู้หญิง ด้วยการรับชมวิดีโอที่สนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องโดยใช้ระยะเวลา 13 นาที แจกคู่มือสาธิตย้อนกลับ สอบถามข้อสงสัยจากสื่อวีดิทัศน์และคู่มือที่ได้รับ 5-10 นาที และญาติผู้หญิงจะได้รับการประเมินความรู้และทักษะการปฏิบัติก่อนการสนับสนุนการคลอดจนผ่านการประเมินทั้ง 4 ด้าน 10 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยคอยกระตุ้นและให้การช่วยเหลือตลอดกิจกรรมการสนับสนุนของญาติผู้หญิง

2.4 การเก็บข้อมูลในระยะแรกเริ่มผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกจากการซักประวัติ ตรวจร่างกายในระยะรับใหม่ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกการตั้งครรภ์ และเก็บรวบรวมข้อมูลตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ได้แก่ ข้อมูลการคลอด และระยะเวลาของระยะที่ 1 ของการคลอด ได้แก่ เวลารวมทั้งหมด, ระยะปากมดลูกเปิดช้า, ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว, ระยะปากมดลูกเปิดเร็วตอนปลาย เป็นต้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมในการคำนวณคือ IBM SPSS V.28.0.0.0 ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น และกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ผู้วิจัยใช้สถิติที่เหมาะสมกับข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นเพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล (ผู้คลอดและญาติ) และส่วนข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด ด้วยสถิติพรรณนา และวิเคราะห์เปรียบเทียบคุณสมบัติด้านข้อมูลส่วนบุคคลและการคลอดของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ที่มีค่าความคาดหวัง (Expected) น้อยกว่า 5 (ร้อยละ 20) ด้วยสถิติ Fisher's Exact Test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาของระยะที่ 1 ของการคลอด เวลารวมทั้งหมด, ระยะปากมดลูกเปิดช้า, ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว, ระยะปากมดลูกเปิดเร็วตอนปลาย ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Independent groups) ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากการวิเคราะห์ดังกล่าวได้ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลโดยใช้สถิติ Kolmogorov – Smirnov พบค่า Sig ส่วนใหญ่สูงกว่าระดับนัยสำคัญของการทดสอบที่ระดับ .05 ซึ่งหมายถึงข้อมูลมีการแจกแจงแบบผิดปกติ



จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE672058 วันที่ 2 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2568 และโรงพยาบาลชัยภูมิ เลขที่ 020/2567 วันที่ 2 เมษายน พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2568 และได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้ช่วยวิจัยขอความยินยอมจากอาสาสมัครในการเข้าร่วมวิจัยตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง แจ้งวัตถุประสงค์ และระยะเวลาการวิจัย อธิบายให้ทราบถึงรายละเอียดของการวิจัย สิทธิในการปฏิเสธ การเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาการดำเนินการวิจัย โดยไม่มีผลต่อการดูแลรักษาพยาบาล เปิดโอกาสให้ผู้คลอดซักถามข้อสงสัย ปรึกษาบุคคลในครอบครัวและญาติ การเก็บข้อมูลจะถูกปิดเป็นความลับและทำลายข้อมูลหลังจากการวิจัยเสร็จสิ้น อาสาสมัครทั้งสองกลุ่มได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานอย่างเท่าเทียมกัน และได้รับการชี้แจงประโยชน์ที่จะได้จากการวิจัย คือ อาสาสมัครกลุ่มทดลอง สามารถนำประโยชน์จากโปรแกรมไปปรับใช้ได้ในระยะคลอด ส่งผลให้มีความก้าวหน้าของการคลอดที่ดีขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับประโยชน์โดยตรง แต่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้คลอดในอนาคตต่อไป

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า อายุของกลุ่มควบคุมเฉลี่ย 24.33 ปี มีอายุต่ำสุด คือ 18 ปี และสูงสุด คือ 35 ปี กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 23.83 ปี มีอายุต่ำสุด คือ 18 ปี และสูงสุด คือ 35 ปี รายได้ของกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำ (ร้อยละ 58.30) และในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำ (ร้อยละ 44.40) สถานภาพของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 97.20 และร้อยละ 94.40 ตามลำดับ) ระดับการศึกษา พบว่าระดับการศึกษาของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับ มัธยมศึกษา (ร้อยละ 47.20 และร้อยละ 39.80 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 44.40 และร้อยละ 44.40 ตามลำดับ) และมีค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ อยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 50) ทั้ง 2 กลุ่ม

ข้อมูลทั่วไปของญาติ ญาติผู้หญิงส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี (ร้อยละ 50) ส่วนใหญ่มีรายได้น้อย (ร้อยละ 75) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 41.70) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 50) และญาติที่เข้าร่วมโปรแกรมส่วนใหญ่เป็นมารดาของผู้คลอด (ร้อยละ 58.30) รองลงมาคือมารดาของสามี (ร้อยละ 16.70) และพี่สาว (ร้อยละ 13.90)

ข้อมูลการคลอดของกลุ่มตัวอย่าง พบมีอายุครรภ์ส่วนใหญ่มีอายุครรภ์อยู่ระหว่าง 37 – 39⁺6 สัปดาห์ โดยกลุ่มควบคุม ร้อยละ 86.10 และกลุ่มทดลองร้อยละ 88.90 ปากมดลูกเมื่อแรกรับส่วนใหญ่มีปากมดลูกอยู่ระหว่าง 2 เซนติเมตร ร้อยละ 47.20 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 41.70 ในกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ถุงน้ำคร่ำแตกเองทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ร้อยละ 83.30 และร้อยละ 52.80 ตามลำดับ ลักษณะน้ำคร่ำเป็นสีปกติ ร้อยละ 83.30 และร้อยละ 91.70 ตามลำดับ และส่วนใหญ่จะได้รับการยา Oxytocin กลุ่มควบคุม ร้อยละ 80.60 เวลาได้รับเฉลี่ย 5.38 ชั่วโมง และกลุ่มทดลองร้อยละ 69.40 เวลาได้รับเฉลี่ย 4.41 ชั่วโมง และมีเพียงกลุ่มควบคุมที่ผู้คลอดมีระยะรอคลอดล่าช้า Latent phase > 20 ชั่วโมง ร้อยละ 2.80 Active phase > 12 ชั่วโมง ร้อยละ 5.60 และTransitional phase > 3 ชั่วโมง ร้อยละ 2.80

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของระยะเวลาเฉลี่ยของระยะที่ 1 ของการคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้คลอดกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีระยะเวลาของระยะที่ 1 ของการคลอด ในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ตอนปลายในกลุ่มทดลองใช้เวลาเฉลี่ย 0.31 ชั่วโมง (S.D. = 0.16) น้อยกว่ากลุ่มควบคุมโดยใช้เวลาเฉลี่ย 0.59 ชั่วโมง (S.D. = 0.29) ซึ่งมีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($t=217.50, p < .001$)



ตารางที่ 1 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของระยะเวลาเฉลี่ยของ ระยะที่ 1 ของการคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ระยะเวลาของระยะที่ 1 ของการคลอด (ชั่วโมง.นาท.)	กลุ่มทดลอง (n=36)		กลุ่มควบคุม (n= 36)		df	t/z	δ	P
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
ระยะเวลารวม	11.37	4.54	12.33	4.25	69.26	549.5***	0.23	.27
Latent phase	8.54	3.57	9.54	4.35	68.50	568.5***	0.23	.37
Active phase	2.38	2.04	2.43	2.01	69.95	638.5***	0.02	.92
Transitional phase	0.31	0.16	0.59	0.29	56.41	217.5***	0.96	<.001*

* $p < .05$; ** Mann-Whitney U test

การอภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ คือผู้คลอดในกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง มีระยะเวลาการคลอดเฉลี่ยในระยะปากมดลูกเปิดเร็วตอนปลาย สั้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการทดสอบความแตกต่างของคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง โดยการนำข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการคลอดของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการวิจัย ได้แก่ อายุ รายได้ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง อายุครรภ์ ปากมดลูกเมื่อแรกจับ สีของน้ำคร่ำ ลักษณะการแตกของถุงน้ำ และการได้รับยา Oxytocin พบว่าคุณสมบัติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวมีคุณสมบัติเหมือนกันหรือคล้ายคลึงกัน ส่งผลให้การวิจัยมีความน่าเชื่อถือ ซึ่งผู้วิจัยได้นำตัวแปรตามมาอภิปรายดังนี้

จากการศึกษาครั้งนี้ ได้มีความเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระยะเวลาเฉลี่ยของระยะที่ 1 ของการคลอด (ระยะที่ 1 ของการคลอดทั้งหมด ระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะปากมดลูกเปิดเร็วตอนปลาย) ระหว่างผู้คลอดที่ได้รับการโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดโดยญาติผู้หญิงเข้ามามีส่วนกับผู้คลอดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า

ระยะเวลาการคลอดเฉลี่ยในระยะที่ 1 ของการคลอด ช่วงระยะปากมดลูกเปิดเร็วตอนปลาย (8 – 10 เซนติเมตร) พบกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง มีระยะปากมดลูกเปิดเร็วตอนปลายสั้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และพบว่าผู้คลอดกลุ่มควบคุมร้อยละ 2.80 มีระยะการคลอดในระยะนี้ยาวนานเกิน 3 ชั่วโมง ส่วนผู้คลอดในกลุ่มทดลองใช้เวลาในระยะคลอดอยู่ในเกณฑ์ปกติ อธิบายได้ว่า ความเจ็บปวด ความกลัว และความเครียดจะมีความรุนแรงมากขึ้นสอดคล้องกับการขนาดของปากมดลูก^{18,19} ในระยะปากมดลูกเปิดเร็วตอนปลาย 8 – 10 เซนติเมตร ระยะนี้ปากมดลูกจะเริ่มเปิดช้าลง (Deceleration phase) เนื่องจากเป็นระยะที่มีส่วนสำคัญต่อการเคลื่อนต่ำของศีรษะทารก หากมีการเคลื่อนต่ำล่าช้ากว่าปกติอาจนำไปสู่ภาวะศีรษะทารกไม่สัมพันธ์ช่องเชิงกราน (Cephalopelvic Disproportion: CPD) ทำให้ระยะที่ 2 ของการคลอดยาวนาน ช่องคลอดส่วนล่างถูกกดทับเป็นเวลายาวนาน ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บ และฉีกขาดของปากมดลูก รวมไปถึงส่วนต่าง ๆ ในช่องคลอด นำไปสู่การแตกเลือดหลังคลอดจากปากมดลูกฉีกขาด อีกทั้งผู้คลอดในระยะนี้จะมีความเจ็บปวดที่รุนแรงจากการที่ศีรษะทารกเคลื่อนลงมากดเส้นประสาทในอุ้งเชิงกรานของผู้คลอด^{1,2,5,19} ผู้คลอดจึงสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง ความสามารถในการสื่อสารลดลง ไม่มีสมาธิ สูญเสียความสามารถในการจดจำ และผู้คลอดปฏิบัติตัวในส่งเสริมการคลอดด้วยตนเองค่อนข้างยากลำบาก ต้องการระบายความรู้สึก ต้องการการปลอบโยน และการให้กำลังใจในการเผชิญความเจ็บปวด²⁰

ประกอบกับกิจกรรมที่ได้รับในงานวิจัย ที่มีญาติผู้หญิงที่มีประสบการณ์การคลอดบุตรทางช่องคลอด และได้รับความรู้การสนับสนุนการคลอดอย่างมีแบบแผน มากอยู่ดูแลใส่ใจ และอยู่เป็นเพื่อนอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะในระยะนี้จะพบญาติผู้หญิงแสดงออกถึงพฤติกรรมสนับสนุนที่มีความเห็นอกเห็นใจอย่างชัดเจน จากการที่เห็นผู้คลอดมีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความเจ็บปวดที่รุนแรง ญาติที่เคยผ่านการคลอดมาก่อน จึงเข้าใจการเจ็บปวดที่เกิดขึ้น และคอยพูดคุยปลอบใจ ให้กำลังใจ สร้างความเชื่อมั่นให้ผู้คลอด



มีการสัมผัส จับมือ ลูบหน้าท้อง นวด มีความใส่ใจในการดูแลปรับเปลี่ยนท่าให้นั่งศีรษะสูง และช่วยเหลือในการกระตุ้นปัสสาวะของผู้คลอดตลอดเวลา พฤติกรรมของญาติในช่วงต้นส่งผลให้ผู้คลอดเกิดการผ่อนคลายความกลัวและความเครียดในระยะคลอดที่มีความเจ็บปวดรุนแรงให้ลดลงได้ ซึ่งสัมพันธ์กับทฤษฎีความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวดที่มีการเชื่อมโยงกันเป็นวงจรต่อเนื่อง (Fear-tension-pain cycle)^{13,21,22} อีกทั้งการได้รับการจัดทำศีรษะสูงอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ศีรษะของทารกเคลื่อนต่ำได้ดี และลดระยะการคลอดลงได้²³ เมื่อผู้คลอดมีการรับรู้อารมณ์ในพฤติกรรมเชิงบวกจากญาติที่ช่วยเหลือบรรเทาความเจ็บปวด จัดท่าศีรษะสูง คอยปลอบใจ ให้กำลังใจ และอยู่เป็นเพื่อน ส่งผลให้ออกซิโตซินหลังได้มากขึ้น มดลูกบีบตัวสม่ำเสมอ ส่งผลให้ส่วนนำเคลื่อนต่ำมากขึ้น¹⁴ และระยะปากมดลูกเปิดเร็วตอนปลายสั้นลง ซึ่งผลการวิจัยได้สอดคล้องกับการศึกษาของ Stjernholm et al.²⁴ พบว่าการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องโดยพยาบาลผดุงครรภ์แบบตัวต่อตัวในระยะที่ 1 ของการคลอด กลุ่มทดลองมีระยะปากมดลูกเปิดเร็วตอนปลายสั้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ระยะเวลาของระยะที่ 1 ของการคลอดทั้งหมด (First stage of labor) ระยะเวลาของระยะปากมดลูกเปิดช้า (Latent phase) และระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) ทั้ง 3 ระยะ พบกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง ใช้ระยะเวลาเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างไรก็ตามมีความแตกต่างที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า ระยะที่ 1 ของการคลอดข้างต้นนอกจากจะมีความสัมพันธ์กับทฤษฎีความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวดแล้ว ยังมีปัจจัยด้านอื่น ๆ ซึ่งอาจเกิดขึ้นจากการแบ่งช่วงเวลากการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ส่งผลให้เกิดความแตกต่างของช่วงเวลาและสถานการณ์ในระยะคลอด ซึ่งส่งผลกระทบต่อระยะเวลาของระยะที่ 1 ของการคลอดเช่นเดียวกัน โดยสภาพแวดล้อมในการเห็นผู้คลอดคนอื่นมีความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด การได้ยินเสียงร้องที่แสดงถึงความเจ็บปวด ล้วนเพิ่มความกลัวและความวิตกกังวลของผู้คลอด^{22,25} ซึ่งการจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ไม่มีเสียงรบกวน หรือการเปิดเพลง การปรับอากาศให้หอมด้วยกลิ่นสมุนไพรหรือดอกไม้ มีส่วนช่วยให้ผู้คลอดผ่อนคลาย มีพฤติกรรมคลอดที่เหมาะสมและมีระยะที่ 1 ของการคลอดสั้นลง^{16,26,27}

อีกทั้งยังพบว่าญาติผู้หญิงที่เข้าสนับสนุนส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 50 มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 50 แม้ว่าการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ญาติจะได้รับการสอนอย่างเป็นรูปแบบ แต่พบญาติผู้หญิงส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 80 ใช้เวลาในการทบทวนความรู้และการปฏิบัติซ้ำมากกว่า 1 ครั้ง และในขณะสนับสนุนพบญาติผู้หญิงในระยะนี้ ไม่ได้มีบทบาทในการดูแลผู้คลอดที่เพียงพอและชัดเจน โดยมีพฤติกรรมแสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจและช่วยเหลือผู้คลอดได้น้อย เนื่องจากผู้คลอดในระยะปากมดลูกเปิดขยาย 1-5 เซนติเมตร คือระยะ Latent phase ถึงระยะ Active phase ตอนต้น มีระดับความเจ็บปวดที่ยังทนไหว ไม่ได้มีพฤติกรรมที่แสดงถึงการเจ็บปวดที่รุนแรง ระดับความกลัวและความเครียดจึงค่อนข้างต่ำแปรผันตามระดับความเจ็บปวด สอดคล้องกับทฤษฎี Fear-tension-pain cycle²¹ ผู้คลอดทั้งสองกลุ่มสามารถควบคุมตนเองให้ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำในขณะรอคลอดได้อย่างเหมาะสม ทั้งด้านร่างกาย เช่น การจัดท่า การลุกเดิน การปัสสาวะ การสื่อสาร และด้านอารมณ์ และถึงแม้ผู้คลอดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจะได้รับการจัดวางใจความกลัว ความปวดและความเครียด โดยได้รับการเตรียมคลอดในเรื่องกระบวนการคลอด และการบรรเทาความเจ็บปวดตั้งแต่ในระยะปากมดลูกเปิดช้า ก็ไม่ส่งผลให้มีระยะรอคลอดตอนต้นสั้นลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ahmadpour et al.²⁸ พบว่าการให้ความรู้การเตรียมคลอด เปรียบเทียบกับการพยาบาลปกติในระยะที่ 1 ของการคลอด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาของระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของโบว์ชมพู บุตรแสติ และชลดา จันทรขาว²⁹ พบว่าการใช้แอปพลิเคชันในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด เปรียบเทียบกับการพยาบาลปกติ ในระยะที่ 1 ของการคลอด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาของระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการวิจัยของ สุदारักษ์ ประสาร และคณะ³⁰ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องโดยพยาบาลต่อผลลัพธ์ของการคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีระยะที่ 1 ของการคลอดไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ การวิจัยของ Stjernholm et al.²⁴ ศึกษาการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องโดยพยาบาลผดุงครรภ์ในระยะที่ 1 ของการคลอด พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระยะที่ 1 ของการคลอด ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Kenyon et al.³¹ ศึกษาการสนับสนุน



การคลอดอย่างต่อเนื่องโดยอาสาสมัครช่วยคลอด ในระยะที่ 1 ของการคลอด พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระยะที่ 1 ของการคลอด ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งระยะเวลาในการตัดสินใจให้การดูแลแบบ Active management จากแพทย์ เช่น การให้ได้รับ Oxytocin การเจาะถุงน้ำคร่ำ เป็นต้น ก็มีส่วนทำให้ระยะที่ 1 ของการคลอดล่าช้า^{16,26,27} ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ พบว่า มีผู้ที่ได้รับ Oxytocin กลุ่มทดลองจำนวน 25 คน มีระยะเวลาที่ได้รับเฉลี่ย 4.41 ชั่วโมง ซึ่งมีจำนวนน้อยกว่าและใช้นานน้อยกว่า กลุ่มควบคุมที่มีจำนวน 29 คน ใช้ระยะเวลาเฉลี่ย 5.38 ชั่วโมง ส่งผลให้ผู้คลอดทั้ง 2 กลุ่มมีระยะเวลารอคอยคลอดไม่มีความแตกต่างกัน และถึงแม้กลุ่มควบคุมจะได้รับยา Oxytocin มากกว่ากลุ่มทดลอง แต่ยังพบว่าผู้คลอดในกลุ่มควบคุมมีระยะปากมดลูกเปิดช้ายาวนานเกิน 20 ชั่วโมง ร้อยละ 2.80 และปากมดลูกเปิดเร็วยาวนานเกิน 12 ชั่วโมง ร้อยละ 5.60 ซึ่งผู้คลอดในกลุ่มทดลองใช้เวลาในระยะรอคลอดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

การที่ผู้คลอดกลุ่มทดลองในการศึกษานี้ ได้รับการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องจากญาติในด้านร่างกาย ด้านข้อมูล ข่าวสาร ด้านอารมณ์ และด้านการเป็นผู้แทน ทำให้ผู้คลอดรู้สึกผ่อนคลายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ สมองรับรู้ความรู้สึกและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ลดการกระตุ้นอารมณ์ด้วยการสร้างกระบวนการความคิด ความรู้สึกผ่านสมอง ส่งผลให้มีการควบคุมการกระตุ้นระบบประสาทไขสันหลังให้ร่างกายเกิดปฏิกิริยาการตอบสนองต่อการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกลดลง แต่ไปเพิ่มการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติก ทำให้เกิดการหลั่งสารแคทีโคลามีน เอพิเนฟริน และคอร์ติซอลลดลง ร่างกายเข้าสู่สภาวะพัก มีการหายใจเข้า-ออกในอัตราที่ปกติ หัวใจเต้นช้าลง เส้นเลือดขยายตัวสามารถนำเลือดไปเลี้ยงมดลูกได้มากขึ้น ส่งผลให้กล้ามเนื้อมดลูกได้รับออกซิเจนเพิ่มขึ้น ลดการกระตุ้นปลายประสาทการรับรู้ความเจ็บปวดของกล้ามเนื้อที่มดลูก ฮอร์โมนออกซิโตซินหลั่งมากขึ้น กล้ามเนื้อมดลูกบีบรัดตัวด้วยความแรงและความถี่ที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้คลอดใช้ระยะเวลาการคลอดลดลง^{1,14,24} โดยพบว่าผู้คลอดกลุ่มทดลองมีระยะเวลาของระยะปากมดลูกเปิดเร็วตอนปลายสั้นกว่ากลุ่มควบคุม ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ข้อจำกัดการวิจัย

1. ระยะเวลาในการให้ความรู้ผู้คลอดและญาติผู้หญิงค่อนข้างสั้นและกระชับ ภายใน 30 นาที ส่งผลให้ผู้หญิงส่วนใหญ่ต้องใช้เวลาในการทบทวนความรู้และทักษะการปฏิบัติการณ์สนับสนุนซ้ำมากกว่า 1 รอบ
2. ความแตกต่างของช่วงเวลาและสถานการณ์ในการเก็บข้อมูล เนื่องจากโครงสร้างห้องคลอดเป็นห้องรอคลอดรวม ซึ่งง่ายต่อการเกิดการปนเปื้อนข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง การแบ่งกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ จึงถูกแบ่งออกเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงแรกเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนแล้วเสร็จก่อน จึงเริ่มเก็บกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

ผลจากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า การใช้โปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง สามารถลดระยะที่ 1 ของการคลอดในระยะปากมดลูกตอนปลายในผู้คลอดครรภ์แรกได้ ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ทั้งด้านการปฏิบัติการพยาบาลด้านการวิจัย และด้านนโยบาย ดังต่อไปนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 แนวทางดูแลระยะเวลาของระยะที่ 1 ของการคลอด โดยการใช้โปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง มีความเหมาะสมกับบริบทของห้องคลอดโรงพยาบาลชัยภูมิที่มีข้อจำกัดในด้านภาระงานของบุคลากร รวมไปถึงการเตรียมผู้คลอดที่ไม่สามารถทำได้ในตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้โรงพยาบาลต่าง ๆ ได้ โดยมีกระบวนการสอนไม่เกิน 30 นาที ญาติผู้หญิงก็สามารถให้การดูแลสนับสนุนผู้คลอดครรภ์แรกในระยะที่ 1 ของการคลอดได้



1.2 พยาบาลผดุงครรภ์ควรพิจารณาการนำโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดไปใช้ในหน่วยงาน เนื่องจากโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดโดยมีญาติผู้หญิงเข้ามาดูแลนี้ เป็นการส่งเสริมให้ระบบเครือข่ายในสังคมมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของบุคคลในสังคมด้วยตนเอง อีกทั้งยังส่งเสริมให้ผู้คลอดและญาติผู้หญิงมีความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นมากขึ้น

1.3 ถึงแม้ว่าโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องมีส่วนช่วยส่งเสริมให้ระยะการคลอดของผู้คลอดครั้งแรกสั้นลงได้ แต่พบว่ามีญาติผู้หญิงบางส่วนที่ต้องได้รับการสอน และฝึกปฏิบัติซ้ำ เพื่อให้โปรแกรมมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนั้นหากหน่วยงานอื่น ๆ ที่ต้องการนำสื่อวิดีโอทัศน์ไปใช้ อาจจะต้องมีแบบประเมินหรือข้อคิดเห็นจากญาติหรือเจ้าหน้าที่เพิ่มเติมเพื่อปรับปรุงคุณภาพของเนื้อหาให้เหมาะสมกับหน่วยงาน

2. ด้านการวิจัย

2.1 ควรมีการเปรียบเทียบความสามารถในการสนับสนุนการคลอดของญาติในผู้คลอดครั้งแรกทั้ง 2 กลุ่ม เพื่อยืนยันผลของโปรแกรมว่าสามารถช่วยให้ญาติผู้หญิงปฏิบัติการสนับสนุนการคลอดได้จริง และผู้คลอดได้รับการสนับสนุนการคลอดอย่างเพียงพอ เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนาโปรแกรมให้สมบูรณ์แบบมากขึ้น

2.2 เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมา ยังไม่มีผลการวิจัยที่แน่ชัดถึงระดับความใกล้ชิดของผู้ที่เข้าสนับสนุนการคลอดว่ามีผลกระทบต่อการสนับสนุนการคลอดและระยะที่ 1 ของการคลอดของผู้คลอดครั้งแรกหรือไม่ ซึ่งระเบียบและวิธีการในการศึกษาอาจเพิ่มกลุ่มตัวอย่างผู้สนับสนุนอีกกลุ่มที่มีระดับความใกล้ชิดที่แตกต่างกันออกไป

2.3 เนื่องจากระบบการสนับสนุนการคลอดในครั้งนี้ ได้ประยุกต์โดยการนำญาติผู้หญิงที่มีประสบการณ์การคลอดบุตรทางช่องคลอด เข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนการคลอด ซึ่งผู้วิจัยได้ออกแบบให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน โดยกำหนดให้ญาติเข้าสนับสนุนเป็นช่วงเวลา ทั้งหมด 4 ช่วงเวลา ดังนั้นรูปแบบการกำหนดช่วงเวลาการเข้าสนับสนุนอาจจะไม่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานอื่น ๆ ซึ่งควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการกำหนดช่วงเวลาของญาติในการเข้าสนับสนุนการคลอดเพื่อประโยชน์ในการนำผลไปใช้ให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้น

2.4 การวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาเปรียบเทียบเฉพาะระยะที่ 1 ของการคลอด ซึ่งในอนาคตควรศึกษาผลลัพธ์ในด้านอื่น ๆ เช่น ความพึงพอใจของผู้คลอด ระดับความเจ็บปวด และผลลัพธ์ด้านทารก เป็นต้น

3. ด้านนโยบาย

3.1 นำเสนอแนวทางการปฏิบัติการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องแก่หน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง และผู้บริหารของโรงพยาบาล เพื่อกำหนดนโยบายการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้คลอด

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้จากความร่วมมือของกลุ่มตัวอย่าง และจากความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลชัยภูมิ

References

1. Cunningham FG, Williams JW, editors. Williams obstetrics. 26th ed. New York: McGraw-Hill Medical; 2022.
2. Myers ER, Sanders GD, Coeytaux RR, McElligott KA, Moorman PG, Hicklin K, et al. Labor dystocia. [Internet]. 2020 [cited 2023 Aug 25]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557130/>
3. Gaudernack LC, Michelsen TM, Egeland T, Voldner N, Lukasse M. Does prolonged labor affect the birth experience and subsequent wish for cesarean section among first-time mothers? A quantitative and qualitative analysis of a survey from Norway. BMC Pregnancy Childbirth. 2020;20(1):605. doi:10.1186/s12884-020-03196-0.



4. Razaz N, Norman M, Alfvén T, Cnattingius S. Low apgar score and asphyxia complications at birth and risk of longer-term cardiovascular disease: a nationwide population-based study of term infants. *The Lancet Regional Health Europe*. 2023;24:100532. doi:10.1016/j.lanepe.2022.100532.
5. Blankenship SA, Raghuraman N, Delhi A, Woolfolk CL, Wang Y, Macones GA, et al. Association of abnormal first stage of labor duration and maternal and neonatal morbidity. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2020;223(3): 445.e1-e15. doi:10.1016/j.ajog.2020.06.053
6. World Health Organization. Key points for considering adoption of the WHO labor care guide: policy brief. [Internet]. 2022 [cited 2023 Aug 25]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240055766>
7. Lundborg L, Åberg K, Sandström A, Liu X, Tilden EL, Bolk J, et al. First stage of labour duration and associated risk of adverse neonatal outcomes. *Scientific Reports*. 2023;13(1):12569. doi:10.1038/s41598-023-39480-0.
8. Sureng S. Nursing care of mothers with prolonged labor in the first stage of labor and receiving vacuum extraction: a case study. [Internet]. 2017 [cited 2023 Aug 25]. Available from: https://hpc12.anamai.moph.go.th/th/academic-works/download?id=14407&mid=23808&mkey=m_document&lang=th&did=841 (in Thai)
9. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience: web annex; evidence base. [Internet]. 2018 [cited 2023 Aug 26]. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/who-260215>
10. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017;(7):CD003766. doi:10.1002/14651858.CD003766.pub6.
11. Hodnett E. Nursing support of the laboring woman. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 1996;25(3):257–64. doi:10.1111/j.1552-6909.1996.tb02434.
12. Jaroensook C, Siriarunrat S, Tachasuksri T. Effects of labor support by a female relative on suffering from labor pain, coping with labor pain, and satisfaction with childbirth experiences among primiparous parturients. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 2018;26(2):67–75. (in Thai)
13. Karapakdee C, Deoisres W, Chuahorm U. Effects of labor support program by a female relative on fear of childbirth and perception of childbirth experience among first-time adolescent mothers. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 2019;27(2):20–9. (in Thai)
14. Adams ED, Bianchi AL. A practical approach to labor support. *Journal Obstet Gynecol Neonatal Nurse*. 2008;37(1):106–15. doi:10.1111/j.1552-6909.2007.00213.
15. Lemeshow S. Adequacy of sample size in health studies. [Internet]. 1990 [cited 2023 Aug 10]. Available from: <https://cir.nii.ac.jp/crid/1130000796440777344>
16. Pitilin E de B, Sbardelotto T, Soares RB, Resende TC de, Tavares D, Haag F, et al. Flower therapy in the evolution of childbirth and in the pain-anxiety-stress triad: quasi-experimental study. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2022;35:eAPE02491. doi:10.37689/acta-ape/2022AO02491.
17. Polit DF, Beck CT. The content validity index: Are you sure you know what's being reported? critique and recommendations. *Journal of Nursing and Health Research*. 2006;29(5):489–97. doi:10.1002/nur.20147.



18. Hutchison J, Mahdy H. Stages of labor. [internet]. 2019 [cited 2023 Nov 14]. Available from: <https://europepmc.org/books/nbk544290>
19. Friedman EA, Cohen WR. The active phase of labor. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2023;228(5):S1037–49. doi:10.1016/j.ajog.2021.12.269.
20. Prasan S, Siriarunrat S, Tachasuksri T. Effects of continuous labor support program on fear of childbirth and childbirth outcomes among primiparous women. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 2021;31(1):148–60. (in Thai)
21. Dick-Read G. Childbirth without fear: the principles and practice of natural childbirth. 4th ed. London: Pinter & Martin; 2004.
22. Khwanmueang P, Chunuan S, Thitimapong B. Effect of childbirth preparation program with continuous labor support on labor pain of first-Time teenage pregnant women. *Nurse Journal Ministry Public Health*. 2020;30(3):115–27. (in Thai)
23. Emam AM, Al-Zahrani AE. Upright versus recumbent position during first stage of labor among primipara women on labor outcomes. *Journal of Nursing Education and Practice*. 2018;8(7):113–24. doi: 10.5430/jnep.v8n7p113.
24. Stjernholm YV, Charvalho P, da S, Bergdahl O, Vladic T, Petersson M. Continuous support promotes obstetric labor progress and vaginal delivery in primiparous women—a randomized controlled study. *Frontiers in Psychology*. 2021;12:582823. doi:10.3389/fpsyg.2021.582823.
25. Hitae N, Kritcharoen S, Chatchawet W. The effects of an educational program with recitation of the Zikrullah on fear, pain and duration of first stage labor among Muslim primiparous women. *Princess Naradhiwas University Journal*. 2023;15(1):121–40. (in Thai)
26. Gür EY, Apay SE. The effect of cognitive behavioral techniques using virtual reality on birth pain: a randomized controlled trial. *Midwifery*. 2020;91:102856. doi: 10.1016/j.midw.2020.102856.
27. Chaisitsanguan K. Prolonged latent phase of labor: the midwifery roles. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*. 2018;19:33-41.(in Thai)
28. Ahmadpour P, Moosavi S, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Jahanfar S, Mirghafourvand M. Effect of implementing a birth plan on maternal and neonatal outcomes: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2022;22(1):862. doi:10.1186/s12884-022-05199-5.
29. Budsangdee B, Chankhao C. Effect of using an application for enhancing childbirth self-efficacy to cope with labor pain and perception of the childbirth experience of nulliparous pregnant adolescents. *Thai Red Cross Nurse Journal*. 2021;14(1):241–55. (in Thai)
30. Prasan S, Siriarunrat S, Tachasuksri T. Effects of continuous labor support program on fear of childbirth and childbirth outcomes among primiparous women. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 2021;31(1):148–60. (in Thai)
31. Kenyon S, Jolly K, Hemming K, Hope L, Blissett J, Dann SA, et al. Lay support for pregnant women with social risk: a randomized controlled trial. *BMJ Open*. 2016;6(3):e009203. doi:10.1136/bmjopen-2015-009203.



ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

กิตติยาภรณ์ บุญไพโรจน์ พย.บ.¹

ดรุณี รุจกรกานต์ ศษ.ด.²

ชูชาติ วงศ์อนุชิต ปร.ด.³

(วันรับบทความ :20 พฤษภาคม พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ :27 มิถุนายน พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ :28 มิถุนายน พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ดำเนินการวิจัยกับผู้สูงอายุจำนวน 40 คน ในเขตพื้นที่ตำบลหนึ่งของจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งมีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ระหว่าง 5 ถึง 10 คะแนน ผู้เข้าร่วมวิจัยถูกสุ่มแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง ($n = 20$) ซึ่งได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ร่วมกับการดูแลตามปกติ ขณะที่กลุ่มควบคุม ($n = 20$) ได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale-15) และแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .76 และ .86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทดสอบค่าทีแบบจับคู่และแบบอิสระ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้ารับโปรแกรม ($t = 13.39, p < .05$) และคะแนนภาวะซึมเศร้า หลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.79, p < .05$) ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมมีประสิทธิผลในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สามารถประยุกต์ใช้ในงานส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน ผ่านกิจกรรมกลุ่มที่ออกแบบให้ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุ

¹นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

²รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และ คณบดีวิทยาลัยพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

²ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: drdarunee@gmail.com Tel: 081-8731335



Effects of a Social Support Program on Depression in Older Adults

Kittiyaporn Boonpairot B.N.S.¹

Darunee Rujkorakarn Ed.D.²

Choochart Wong-Anuchit Ph.D.³

(Received Date: May 20, 2025, Revised Date: June 27, 2025, Accepted Date: June 28, 2025)

Abstract

This quasi-experimental study aimed to study the effectiveness of a social support program in reducing depression among older adults. The study was conducted with 40 older adults from a district in Ubon Ratchathani Province, all of whom had depression scores between 5 and 10 on the Thai Geriatric Depression Scale-15. Participants were randomly assigned to either an experimental group ($n = 20$), which received a two-week social support program alongside usual care, or a control group ($n = 20$), which received usual care only. Research instruments included the social support program, the Thai Geriatric Depression Scale-15, and a social support measurement scale. The reliability coefficients of the instruments were .76 and .86, respectively. Data were analyzed using paired and independent t-tests.

The findings revealed that the experimental group showed a significant reduction in mean depression scores after the intervention compared to before the intervention ($t = 13.39, p < .05$), and their post-intervention depression scores were also significantly lower than those of the control group ($t = 8.79, p < .05$). These results suggest that the social support program is effective in reducing depression and increasing perceived social support among older adults. The program can be incorporated into community mental health promotion efforts through group activities tailored to the needs of older adults.

Keywords: social support program, depression, older adults

¹Student, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

²Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahasarakham University and Dean College of Nursing, Dhurakij Pundit University

³Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

²Corresponding author, Email: drdarunee@gmail.com Tel: 081-8731335



บทนำ

ปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2050 จะมีจำนวน 2,000 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 21 ของประชากรโลก¹ ผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นเผชิญกับการเจ็บป่วย ทั้งร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า² ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมาก จากการศึกษาข้อมูลทั่วโลกพบว่า ผู้สูงอายุมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าประมาณ 322 ล้านคน และพบร้อยละ 5.70 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ประมาณ 280 ล้านคนที่มีภาวะซึมเศร้า³ สำหรับประเทศไทย พบว่าผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่ากลุ่มวัยอื่น โดยพบได้มากถึงร้อยละ 10 -13 และพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าและรักษาอยู่ในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นร้อยละ 15.60 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด ซึ่งอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้⁴ การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของ ปิติคุณ เสตะปุระ⁵ พบว่า การเจ็บป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบมากที่สุด คือ ภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 10.50 รองลงมาคือภาวะซึมเศร้าแบบซึมเศร้า และจังหวัดอุบลราชธานีมีผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าเป็นอันดับสองของประเทศไทย

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นผลมาจากปัจจัยที่ซับซ้อนทั้งปัจจัยทางสังคม จิตวิทยา และชีววิทยา ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าทางร่างกาย สุขภาพจิตเสื่อมถอย มีอารมณ์หดหู่ รู้สึกเศร้า หงุดหงิด ว่างเปล่า สูญเสียความสุขหรือความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ⁶ การศึกษาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า พบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่มากขึ้น มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะซึมเศร้าที่ลดลง ซึ่งให้เห็นว่า การสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิตและลดความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ⁶ การรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคม ได้รับการยืนยันว่าเป็นตัวบ่งชี้สำคัญของความพึงพอใจในชีวิตในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนทางอารมณ์ ข้อมูล หรือการช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีสุขภาพจิตที่ดีในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ⁷ ในทางกลับกัน การขาดการรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และคนสำคัญอื่น ๆ เพิ่มความเปราะบางต่อภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้น การให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นแนวทางที่น่าจะนำมาใช้ในการป้องกันและบำบัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ⁸

จากการศึกษาประสิทธิภาพของการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนที่มีภาวะซึมเศร้า โดยการทบทวนอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์ทอริมาน พบว่า หากผู้สูงอายุมีส่วนร่วมทางสังคมมาก เช่น การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม จะทำให้คะแนนซึมเศร่าลดลง การสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมและดี ช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ⁹ จากข้อมูลของเขตสุขภาพที่ 10 พบว่าในอำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี มีผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในปี พ.ศ. 2564-2566 จำนวนร้อยละ 28.42, 30.13 และ 33.21 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยบริบทของพื้นที่พบว่า สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นวัยแรงงาน ต้องไปทำงานต่างจังหวัด ทำให้ผู้สูงอายุจำนวนมากต้องอยู่บ้านเพียงลำพัง เกิดความเหงา เศร้า ขาดที่พึ่งทางใจ การร่วมกิจกรรมทางสังคมในชุมชนยังมีข้อจำกัด ทำให้ขาดการมีส่วนร่วมและการเชื่อมโยงทางสังคม นอกจากนี้ภาวะซึมเศร่ายังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ทำให้ครอบครัวและผู้ดูแลต้องเผชิญกับภาระที่เพิ่มขึ้น การป้องกันและบำบัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง¹⁰

งานวิจัยที่ผ่านมาได้ชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของการสนับสนุนทางสังคมต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ¹¹ แต่อย่างไรก็ตามการวิจัยส่วนใหญ่ยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนเกี่ยวกับผลลัพธ์ของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่มีโครงสร้างการออกแบบกิจกรรมที่ชัดเจนและเป็นระบบ นอกจากนี้ งานวิจัยส่วนมากยังคงมุ่งเน้นในบริบทต่างประเทศ ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมของผู้สูงอายุในประเทศไทย ดังนั้น จึงยังคงมีช่องว่างของความรู้ (Knowledge gap) ในด้านการออกแบบและประเมินผลโปรแกรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุไทย จากช่องว่างดังกล่าว งานวิจัยนี้จึงมีความสำคัญในการประเมินผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่มีโครงสร้างชัดเจน และพัฒนากิจกรรมที่เน้นความต้องการของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ ทำความเข้าใจกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายและความต้องการที่ผู้สูงอายุได้สื่อสารอย่างชัดเจน นำมาบูรณาการกับแนวความคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Cobb¹² และ Schaefer et al.¹³ ดังนั้นโปรแกรมดังกล่าวจึงยึดความต้องการของผู้สูงอายุเป็นหลัก การวิจัยนี้มุ่งทดสอบผลลัพธ์ต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในบริบทของประเทศไทย ซึ่งจะเป็นการเติมเต็มความรู้ที่ขาดหายไป และส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบและยั่งยืน



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติเพียงอย่างเดียว

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้พัฒนาโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมมาจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม เน้นความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่วิจัยเป็นสำคัญ ซึ่งเกิดจากการที่ผู้วิจัยทำความเข้าใจกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่วิจัย และนำมาบูรณาการกับแนวความคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Cobb¹² และ Schaefer et al.¹³ ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า 2) การสำรวจตนเอง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และยอมรับซึ่งกันและกัน 3) การประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง 4) กิจกรรมที่ทำให้อารมณ์ดีด้วยวิธีง่าย ๆ และ 5) การเรียนรู้แหล่งบริการที่สามารถดูแลเรื่องภาวะซึมเศร้าเบื้องต้นได้ การสนับสนุนทางสังคมใน 5 ด้าน ตามแนวคิดของ Cobb¹² และ Schaefer et al.¹³ ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และ 3) การสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรมรวมทั้งการบริการ (4) การสนับสนุนให้การยอมรับและการเห็นคุณค่า 5) การสนับสนุนให้มีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมที่ออกแบบตามความต้องการของผู้สูงอายุ มีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่วิจัย จะส่งผลให้คะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุลดลง

วิธีดำเนินการวิจัย

ดำเนินการวิจัย ณ หมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลแห่งหนึ่งของจังหวัดอุบลราชธานี

1. รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Group pretest posttest design)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอแห่งหนึ่งใน จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการประเมินด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ (Thai Geriatric Depression Scale-15: TGDS-15) มีคะแนน 5-10 คะแนน ซึ่งเป็นกลุ่มที่เริ่มมีภาวะซึมเศร้า จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1.9.7 จากผลวิจัยที่ใกล้เคียงของ พรพิมล เพ็ชรบุรี¹⁴ เรื่องผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยกำหนดค่า Effect size ได้เท่ากับ 1.13¹⁵ อำนาจในการวิเคราะห์ (Power analysis) เท่ากับ 0.95 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α) เท่ากับ .05 ซึ่งจากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 36 คน อย่างไรก็ตาม เพื่อป้องกันการเกิดความผิดพลาดและคงไว้ซึ่งขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมกับการวิเคราะห์ผลการวิจัย เมื่อเกิดการสูญเสีย จึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10¹⁶ เป็นจำนวนทั้งหมด 40 คน เป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน



เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) มีดังนี้

1. เป็นผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. มีระดับภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมินวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ (TGDS-15) ที่คะแนนตั้งแต่ 5 -10 คะแนน เพราะเป็นกลุ่มที่เริ่มมีภาวะซึมเศร้าควรได้รับคำแนะนำเบื้องต้น รวมถึงผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าแล้ว รับประทานยา และสามารถควบคุมอาการได้
3. ไม่มีปัญหาเรื่องการได้ยินและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ทั้งพูดและเขียน
4. ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคติดสุรา
5. ยินดีเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. เมื่อคัดเข้าร่วมวิจัยแล้วมีปัญหาสุขภาพทางกายจนเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม
2. เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบร้อยละ 80
3. เสียชีวิต

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากเลือก 1 ตำบลจากจำนวน 9 ตำบล และจับฉลากจำนวน 2 หมู่บ้านจากทั้งหมด 17 หมู่บ้าน โดยหมู่บ้านแรกเป็นกลุ่มทดลอง และหมู่บ้านที่สองเป็นกลุ่มควบคุม จากนั้นทำการคัดเลือกผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และจับฉลากรายชื่อแยกกลุ่มตามหมู่บ้านจากทั้งสองหมู่บ้าน กลุ่มละ 20 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่สร้างขึ้นเอง ตามความต้องการของกลุ่มเป้าหมายในที่นี้ คือผู้สูงอายุ เป็นศูนย์กลางในการออกแบบกิจกรรม โดยการทำความเข้าใจกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ โดยการสังเกตพฤติกรรม การสัมภาษณ์ การฟังอย่างลึกซึ้ง เพื่อให้เข้าใจเป้าหมายและประเด็นที่ผู้สูงอายุต้องการ แล้วกำหนดเป็นปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ พบว่า การร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง รู้สึกเศร้า ไม่เข้าใจการดูแลตัวเอง การแสวงหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพมีข้อจำกัดด้วยไม่ทราบแหล่งข้อมูล และวิธีการเข้าถึงข้อมูล จึงต้องการพบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการดูแลตนเอง ต้องการทราบแหล่งข้อมูล ในการรับบริการ และกิจกรรมส่งเสริมด้านอารมณ์การร้องรำด้วยดนตรีพื้นบ้าน โดยพบว่า ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุมีความชัดเจน ประเด็นการขาดแรงสนับสนุนทางสังคม ดังนั้นโปรแกรมการทดลองจึงออกแบบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ร่วมโปรแกรม 2) การทำความเข้าใจตนเองโดยการสำรวจตนเอง และการเข้าใจผู้อื่น 3) การประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง และออกแบบการวัดและประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง 4) การฟื้นฟูอารมณ์และกิจกรรมง่าย ๆ 5) เรียนรู้แหล่งบริการ และการเข้าถึงแหล่งบริการ การดำเนินการในกิจกรรมทั้ง 5 กิจกรรมใช้เวลา 2 สัปดาห์ โปรแกรมได้จัดทำเป็นรูปเล่มสำหรับแจกผู้เข้าร่วมโปรแกรม

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

- 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ ชื่อ- สกุล (เป็นความลับจะขออนุญาตผู้สูงอายุในกรณีเพื่อการส่งต่อการรักษา) อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัวของผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว
- 2) แบบประเมินวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ (TGDS-15) ซึ่งทดสอบคุณสมบัติในกลุ่มตัวอย่างชาวไทย โดย ฌนทัย วงศ์ปการณีย์¹⁷ มีจำนวน 15 ข้อ การคิดคะแนน ให้ 1 คะแนน หากตอบว่า ใช่ ในข้อต่อไปนี้ 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15 ให้ 1 คะแนน หากตอบว่า ไม่ใช่ ในข้อต่อไปนี้ 1, 5, 7, 11, 13 จากนั้นรวมคะแนน ช่วงคะแนนเท่ากับ 0 -15 คะแนน ผู้ที่ได้ 0 - 4 คะแนน เป็นกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ผู้ที่ได้ 5 -10 คะแนน เป็นกลุ่มที่เริ่มมีภาวะซึมเศร้าควรได้รับคำแนะนำเบื้องต้น และผู้ที่ได้ 11-15 คะแนน เป็นกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า ควรพบแพทย์เพื่อรับการรักษา ซึ่งกลุ่มนี้จะถูกส่งต่อไปรับการรักษา



3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของอัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ¹⁸ ซึ่งใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Cobb¹² และ Schaefer et al.¹³ เป็นแบบวัดเพื่อประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม จำนวน 25 ข้อ มีระดับการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน มาก เท่ากับ 4 คะแนน ปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน น้อย เท่ากับ 2 คะแนน และน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนนโดยรวมอยู่ในช่วง 25 – 57 มีระดับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ คะแนนโดยรวมอยู่ในช่วง 58 – 92 มีระดับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง คะแนนโดยรวมอยู่ในช่วง 93 – 125 มีระดับการสนับสนุนทางสังคมสูง

4. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม โดยหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยจำแนกตัวแปรให้ครอบคลุมตามแนวคิด วัตถุประสงค์การวิจัย และพัฒนาโปรแกรมให้มีความครอบคลุมทั้งตัวแปรและวัตถุประสงค์ ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช จำนวน 1 คน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ประจำคลินิกผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน พยาบาลเฉพาะทางสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช และจบปริญญาโท ประจำคลินิกผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน และพยาบาลหัวหน้ากลุ่มงานวิจัยและพัฒนาประจำสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 1 คน ผู้วิจัยได้ปรับเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา มีค่าเท่ากับ 0.80 การทดลองใช้เครื่องมือ หลังจากปรับเนื้อหาตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำแล้ว ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือดังกล่าวไปปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่หมู่บ้านแห่งหนึ่ง ที่อยู่ในเขตตำบลใกล้เคียงกับพื้นที่ในการศึกษาวิจัย ดำเนินการทำการกิจกรรมจนครบทุกขั้นตอน และปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือแบบประเมินวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ (TGDS-15) และแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม โดยการนำปilotสอบกับผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ตำบลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่พื้นที่วิจัย จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเครื่องมือเท่ากับ .76 และ .86 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยได้วัดการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเริ่มดำเนินการทดลองและหลังการทดลอง
2. ผู้วิจัยได้จัดโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มทดลองเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ๆ ละ 2 วัน โดยแบ่งเป็นกลุ่ม ๆ ละ 10 คน ร่วมกับการดูแลตามปกติ คือ กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพในพื้นที่วิจัย ได้ดำเนินการแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งได้รับบริการจากสาธารณสุขประกอบด้วย การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ รวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้านจากนักบริบาลและพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ ซึ่งจัดให้มีขึ้น เพื่อให้บริการกับผู้สูงอายุในชุมชน การติดตามเยี่ยมจะเน้นเยี่ยมในผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพกายเท่านั้น ยังขาดการประเมินความเศร้าผู้สูงอายุในชุมชน ผู้ที่ได้รับการประเมินส่วนใหญ่จะเป็นโรคเรื้อรัง โดยกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลปกติเหมือนเดิม และได้รับกิจกรรมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมเพิ่ม โดยกิจกรรมประกอบด้วย

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้เข้าร่วมกิจกรรม แนะนำโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้จักกันและสร้างความคุ้นเคย
2. เพื่อให้เข้าใจในเรื่องความซึมเศร้า และผู้สูงอายุกับความซึมเศร้า

ระยะเวลาที่ใช้ 60 นาที

รูปแบบ/อุปกรณ์ที่ใช้ การบรรยาย กิจกรรมกลุ่ม คลิปวิดีโอจากยูทูบเรื่องความซึมเศร้า



การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยกล่าวทักทาย แนะนำทีม และให้ผู้สูงอายุแนะนำตัว ด้วยกิจกรรมสนทนาการ เรื่องการแนะนำชื่อของตนเอง โดยการพูดชื่อตัวเองต่อด้วยคำว่าเอาอะไรมาฝาก เช่น “ฉันชื่อสวณันนี่เอากล้วยมาฝาก” เพื่อสร้างความคุ้นเคย และกล่าวถึงกิจกรรมที่จะทำในวันนี้ แจ้งเวลาในการดำเนินกิจกรรม เป็นเวลา 60 นาที
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์และลักษณะของกิจกรรมในโปรแกรม ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมทั้งหมด ให้ผู้สูงอายุบอกความคาดหวังของตนเอง และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสอบถามเพิ่มเติม
3. ให้ผู้สูงอายุร่วมกันกำหนดกติกาในครั้งนี้ เช่น การรักษาความลับ การตรงต่อเวลา ฯลฯ
4. ผู้สูงอายุ ชมคลิปสั้นเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุใช้เวลา 6 นาที เมื่อจบแล้วให้ผู้สูงอายุเล่าเรื่องของคลิปวิดีโอ และสิ่งที่ได้เรียนรู้
5. ผู้วิจัยบรรยายสั้น ๆ เพิ่มเติมเกี่ยวกับ ความหมายของภาวะซึมเศร้า อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า ผลกระทบเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้า การรักษาภาวะซึมเศร้า การดูแลตนเองจากภาวะซึมเศร้า
6. เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ซักถามในสิ่งที่สงสัยเพิ่มเติม และเชื่อมโยงกับคลิปวิดีโอ
7. ให้ผู้สูงอายุทุกคนในกลุ่มสะท้อนคิดในเรื่องภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เช่น ภาวะซึมเศร้าคืออะไร ทำไมถึงเกิดได้กับผู้สูงอายุ คนเรามีโอกาสรู้สึกว่ามีอาการซึมเศร้าได้เองหรือไม่ เราควรทำอะไรเมื่อรู้สึกว่ามีภาวะซึมเศร้า ใครบ้างที่จะช่วยเราได้ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 2 การสำรวจตนเอง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้ผู้สูงอายุ ได้ยอมรับซึ่งกันและกัน เข้าใจ และยอมรับฟังความคิดเห็นระหว่างกัน
วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุทำความเข้าใจตนเองในอาการซึมเศร้า
2. รับฟังผู้อื่นและยอมรับในอาการซึมเศร้าของผู้อื่น
3. ให้แสดงออกถึงความเข้าใจผู้อื่น และแสดงการสนับสนุนผู้อื่น

ระยะเวลาที่ใช้ 60 นาที

รูปแบบ/อุปกรณ์ที่ใช้ การบรรยาย กิจกรรมกลุ่ม

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกกลุ่ม เพื่อสร้างสัมพันธภาพ และกล่าวถึงกิจกรรมที่จะทำในวันนี้ แจ้งเวลาในการดำเนินกิจกรรม เป็นเวลา 60 นาที
2. ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมที่ทำในสัปดาห์ก่อน
3. ผู้สูงอายุจับคู่กัน และเล่าให้กันฟังถึงวิธีการเผชิญความซึมเศร้า โดยใช้คำถาม เช่น “เวลาฉันเหงา รู้สึกโดดเดี่ยว นอนไม่หลับ รู้สึกเศร้า ๆ ฉันทำอะไรให้หาย” และมิกคิดว่าผู้รับฟังจะต้องชมเชยวิธีการที่ใช้ดีอย่างไร และคิดว่าจะนำไปปรับใช้กับตัวเองอย่างไร
4. ให้ผู้สูงอายุพูดถึงการได้รับการช่วยเหลือ “เวลามีปัญหา ได้รับการช่วยเหลือจากใครบ้าง” และคิดว่าการได้รับการช่วยเหลือจากผู้รับฟังรู้สึกอย่างไรบ้าง
5. เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ แสดงความคิดเห็น ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตน เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม เกิดการเรียนรู้ ร่วมกัน และผู้สูงอายุได้เข้าใจความรู้สึกของตนเอง การเรียนรู้การเผชิญปัญหา การมีคุณค่าในตัวเอง ให้ผู้สูงอายุกล่าวขอบคุณ ผู้สูงอายุคนอื่นอย่างน้อย 1 คน และทุกคนต้องได้รับคำขอบคุณ
6. ผู้สูงอายุยืนล้อมวง จับมือและกล่าวขอบคุณกัน เมื่อจบกิจกรรมให้ผู้สูงอายุขอบคุณคู่ของตนเองที่ได้เล่าเรื่องดี ๆ และตนเองได้เรียนรู้กับความเศร้ามากขึ้น



สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง โดยผลิตพวงกุญแจการ์ดวัดความเศร้า ใช้การสนับสนุนทางสังคม
ด้านวัตถุสิ่งของและบริการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุ ได้ใช้ประเมินตัวเอง และบุคคลรอบข้างรวมถึงแนะนำแหล่งข้อมูล ที่ผู้สูงอายุ สามารถเข้าถึงบริการใน
การดูแลเมื่อมีภาวะซึมเศร้า

ระยะเวลาที่ใช้ 60 นาที

รูปแบบ/อุปกรณ์ที่ใช้ การบรรยาย กิจกรรมกลุ่ม พวงกุญแจ กระดาษ กรรไกร

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกกลุ่ม เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพ และกล่าวถึงกิจกรรมที่จะทำในวันนี้ แจ้งเวลาใน
การดำเนินกิจกรรม เป็นเวลา 60 นาที

2. ผู้วิจัยเตรียมแบบประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม และ 9 คำถาม และเบอร์โทรติดต่อเมื่อต้องการปรึกษา เป็นแผ่น
เคลือบสำเร็จ เพื่อให้ผู้สูงอายุใช้ประกอบเป็นพวงกุญแจ อธิบายการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง ตามแบบประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้า

3. เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ซักถามข้อสงสัยและสาธิตการประเมินภาวะซึมเศร้า โดยจับคู่ฝึก

4. แจกอุปกรณ์การประดิษฐ์ พวงกุญแจการ์ดวัดความเศร้า ให้ผู้สูงอายุ

5. สาธิต การทำพวงกุญแจการ์ดวัดความเศร้า พร้อมให้ผู้สูงอายุทำไปพร้อมกัน

6. ให้ตัวแทนผู้สูงอายุได้สรุปสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้และนำกลับไปใช้ในชีวิตประจำวันที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมที่ทำให้อารมณ์ดี ด้วยวิธีง่าย ๆ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างความเข้าใจ เรื่องของอารมณ์กับความซึมเศร้า

2. เพื่อสร้างความเพลิดเพลินให้ผู้สูงอายุ โดยเน้นให้ความสำคัญกับปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น ระหว่างให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้เรื่อง
อารมณ์กับความซึมเศร้า

ระยะเวลาที่ใช้ 30 นาที

รูปแบบ/อุปกรณ์ที่ใช้ บรรยายร่วมกับเปิดเพลงพ็อนรำ กลอง แคน

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกกลุ่ม เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพ และกล่าวถึงกิจกรรมที่จะทำในวันนี้ แจ้งเวลาในการดำเนินกิจกรรม

2. ผู้วิจัยให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุเรื่องอารมณ์กับความซึมเศร้า แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้เรื่องความเศร้ากับผู้สูงอายุ
เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจภาวะอารมณ์ของตนเอง

3. ให้ผู้สูงอายุลุกขึ้น ยืนล้อมเป็นวงกลม โดยมีตัวแทนร้องเพลง พ็อนรำตามทำนองพื้นบ้าน เพื่อสร้างความสำราญให้
ผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการตอบสนองการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุ

4. หลังร้องเพลงและเต้นรำ ให้ผู้สูงอายุแบ่งปันความรู้สึกเมื่อได้ทำกิจกรรมนี้ว่ารู้สึกสนุกสนาน ผ่อนคลาย หรือคิดถึงอดีตอย่างไรบ้าง

5. ให้ผู้สูงอายุได้สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรมผ่านเสียงเพลง ถึงประโยชน์และการนำไปปรับใช้ ในชีวิตประจำวัน

และกิจกรรมที่ 5 เรียนรู้แหล่งบริการที่สามารถดูแลเรื่องภาวะซึมเศร้าเบื้องต้นได้ ซึ่งดำเนินการหลังจบกิจกรรมที่ 4

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้จักแหล่งประโยชน์ ในการช่วยเหลือบรรเทาความซึมเศร้า

2. รู้จักวิธีการเข้าถึงบริการที่ช่วยเหลือในเรื่องความซึมเศร้า

ระยะเวลาที่ใช้ 30 นาที

รูปแบบ/อุปกรณ์ที่ใช้ บรรยาย แผ่นพับ



การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยบรรยาย แหล่งประโยชน์ บริการด้านสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใน การให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุ
2. ทำสลากคำถาม ให้ผู้สูงอายุจับสลากเพื่อตอบ โดยคำถาม ให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็น 1. เวลาที่มีความเศร้าและเสี่ยงต่อซึมเศร้า จะไปขอความช่วยเหลือจากใคร แหล่งประโยชน์อะไร 2. เพื่อนที่ร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ เมื่อจบกิจกรรมไปแล้วจะเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมให้กันต่อได้ไหม 3. เมื่อฉันเหงา ฉันอยู่คนเดียว ฉันจะทำอะไร สามารถขอความช่วยเหลือจากใครได้บ้าง
3. กระตุ้นให้มีการสร้างกลุ่มปรึกษาหรือชมรมผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม มีกิจกรรมและความถี่ในการพบปะที่ชัดเจน โดยมีการประสานงานกับ อสม. ชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พร้อมเชิญเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องมาร่วมในกิจกรรมนี้ด้วย ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติเพียงอย่างเดียว

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา, Chi-Square และ Fisher's Exact Test และตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้ Shapiro-Wilk Test เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดน้อยกว่า 50 หน่วย พบว่า ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตัวแปรด้านภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุนั้นมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ในขณะที่ตัวแปรอื่น ๆ มีการแจกแจงแบบปกติผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้ค่า Z ของ Skewness & Kurtosis ซึ่งพบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ดังนั้น จึงเป็นเหตุผลที่ผู้วิจัยเลือกใช้สถิติ Parametric ในการวิจัยครั้งนี้ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุก่อนและหลังภายในกลุ่มด้วย Paired t-test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มด้วย Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่รับรอง 702-657/2567 ลงวันที่ 20 พฤศจิกายน พ.ศ.2567 ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามหลักการเคารพในบุคคล การเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ รวมทั้งเคารพในหลักการไม่ก่ออันตรายต่อผู้เข้าร่วมวิจัย หลักความยุติธรรมในการคัดเลือกและปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างเสมอภาค และข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) เป็นเพศหญิง และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75) เป็นเพศชาย กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุ 71-75 ปี (ร้อยละ 50) ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุ 66-70 ปี และ 71-75 ปี ในสัดส่วนที่เท่ากัน (ร้อยละ 35) สถานภาพสมรสของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่คู่กัน (ร้อยละ 60) ส่วนกลุ่มควบคุมอยู่คู่กันและโสดในสัดส่วนที่เท่ากัน (ร้อยละ 40) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 80 และ 65 ตามลำดับ) และมีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 85 และ 70 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปร แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานที่คล้ายคลึงกัน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง จากผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองก่อนการทดลองเท่ากับ 7.35 (S.D. = 1.92) และหลังการทดลองเท่ากับ 1.90 (S.D. = 1.07) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 13.39, p < .001$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลองเท่ากับ 7.50 (S.D. = 2.09) และหลังการทดลองเท่ากับ 6.75 (S.D. = 2.22) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ($t = .99, p = .334$) ดังแสดงรายละเอียดตามตารางที่ 1



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง
โดยใช้สถิติ Paired t-test

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
กลุ่มทดลอง							
ภาวะซึมเศร้า (Depression)	7.35	1.92	1.90	1.07	19	13.39	.001
กลุ่มควบคุม							
ภาวะซึมเศร้า (Depression)	7.50	2.09	6.75	2.22	19	.99	.334

* $p < .05$

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง
จากผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองก่อนการทดลองเท่ากับ 74.95 (S.D.=9.90) และหลังการทดลองเท่ากับ 94.20 (S.D. =5.06) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 19, p < .001$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุก่อนการทดลองเท่ากับ 72.05 (S.D. = 9.13) และหลังการทดลองเท่ากับ 72.75 (S.D. = 29.17) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ($t = .99, p = .334$)

4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรม
จากผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 1.90 (S.D. = 1.07) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 6.75 (S.D. = 2.22) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -8.79, p < .001$) นอกจากนี้ ยังพบว่าคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมหลังการทดลองของกลุ่มทดลองเท่ากับ 94.20 (S.D. = 5.06) ซึ่งอยู่ในระดับสูง ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 72.75 (S.D. = 9.17) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.15, p < .001$) ดังแสดงรายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรม
โดยใช้สถิติ Independent t-test

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		df	t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
หลังการทดลอง							
การสนับสนุนทางสังคม (Social support)	94.20	5.06	72.75	9.17	38	9.15	.001
ภาวะซึมเศร้า (Depression)	1.90	1.07	6.75	2.22	38	-8.79	.001

* $p < .05$



การอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยสามารถอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 ดังนี้ หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากระดับเริ่มมีภาวะซึมเศร้า (7.35 คะแนน) เป็นระดับไม่มีภาวะซึมเศร้า (1.90 คะแนน) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Zhang¹ และการศึกษาของ อุมพร เคนศิลา และคณะ¹⁹ ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การลดลงของภาวะซึมเศร้าอาจเป็นผลมาจากการออกแบบโปรแกรมที่ตรงกับตามความต้องการของผู้สูงอายุ และกิจกรรมการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยผ่านการได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการเสริมสร้างความรู้สึกรักคุณค่าในตนเอง ในระยะเวลา 2 สัปดาห์

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Cobb¹² และ Schaefer et al.¹³ นี้ประกอบด้วย 5 กิจกรรม โดยแต่ละกิจกรรมมีบทบาทสำคัญต่อการลดภาวะซึมเศร้า กิจกรรมที่ 1 และ 2 เป็นการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านการให้การยอมรับและการเห็นคุณค่า และการสนับสนุนให้มีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจภาวะซึมเศร้าและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทำให้เกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีระดับความพึงพอใจในชีวิตสูงขึ้น และมีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองมากขึ้น ช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Eagle et al.⁶ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีระดับความพึงพอใจในชีวิตสูงขึ้น และมีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองมากขึ้น กิจกรรมที่ 3 เป็นการสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรมรวมทั้งการบริการ ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองได้ กิจกรรมที่ 4 เป็นการสนับสนุนด้านอารมณ์ เน้นการสร้างอารมณ์ดีผ่านดนตรีและการเดินรำ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ เจษฎา อังกาบสี และคณะ²⁰ ที่พบว่าศิลปะบำบัดและดนตรีบำบัดมีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย การสนับสนุนด้านอารมณ์ สามารถบรรเทาภาวะซึมเศร้า และผู้ที่ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอจะสามารถเผชิญและจัดการกับภาวะซึมเศร้าได้²¹ และกิจกรรมที่ 5 เป็นการสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรมรวมทั้งการบริการ ช่วยให้ผู้สูงอายุรู้จักแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชนเมื่อผู้สูงอายุรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่มากขึ้น มีผลทำให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุลดลง

นอกจากนี้ ยังพบว่าคะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับสูง แสดงให้เห็นว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้น มีผลทำให้ภาวะซึมเศร้าที่ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Eagle⁶ ที่พบว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะซึมเศร้าที่ลดลง

2. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (1.90 vs 6.75, $p < .001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมมีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้ามากกว่าการดูแลตามปกติ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee et al.⁸ ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมทางสังคม และการเชื่อมโยงเครือข่าย ช่วยลดคะแนนซึมเศร้าในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Nuwamanya et al.²² ที่พบว่า การมีส่วนร่วมทางสังคมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อความพึงพอใจในชีวิตและการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

การที่กลุ่มทดลองมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (94.20 vs 72.75, $p < .001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมช่วยเพิ่มการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง โดยสอดคล้องกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Cobb¹² และ Schaefer et al.¹³ ที่ว่าการสนับสนุนทางสังคมช่วยให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่า เป็นที่ยอมรับ และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม อันนำไปสู่สุขภาพจิตที่ดีขึ้น



จุดเด่นของโปรแกรมนี้คือการออกแบบกิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วม ส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุในบริบทชุมชนชนบท โดยเฉพาะกิจกรรมด้านศิลปะและดนตรีที่บ้านที่ช่วยกระตุ้นอารมณ์ด้านบวก ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ เกษฎา อังกาสี และคณะ¹⁹ พบว่ามีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย

ข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยมีการเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายใต้บริบทของกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กและเป็นกลุ่มเฉพาะที่อยู่ในพื้นที่ชนบท ครอบครัวมีเศรษฐกิจฐานะทางสังคมต่ำ จึงไม่สามารถนำผลการศึกษาไปอธิบายในประชากรส่วนใหญ่ของประเทศได้ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ ระยะเวลาในการติดตามผลมีระยะเวลาเพียง 2 สัปดาห์ การศึกษาในอนาคตควรเพิ่มระยะเวลาการติดตามผลเพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ในระยะยาว

ข้อเสนอแนะด้านการพยาบาล

1. พยาบาลจิตเวชและทีมสุขภาพในชุมชนอาจนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าหรือมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า เนื่องจากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้า
2. ควรจัดตั้งกลุ่มสนับสนุนทางสังคมในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ โดยนำกิจกรรมจากโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ เช่น การพบปะ พูดคุย การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ กิจกรรมศิลปะและดนตรี เพื่อส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและลดภาวะซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการประเมินติดตามผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในระยะยาว เช่น 3 เดือน 6 เดือน เพื่อศึกษาความยั่งยืนของผลลัพธ์
2. ควรพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์ต่อเนื่องที่บ้าน เช่น การเยี่ยมบ้าน การรับประทานอาหารร่วมกัน เพื่อเสริมสร้างความยั่งยืนของโปรแกรม ซึ่งเป็นข้อเสนอแนะของกลุ่มตัวอย่าง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่เสียสละเวลาให้คำแนะนำในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย ขอขอบคุณผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการวิจัยและให้ความร่วมมือในการวิจัยจนสิ้นสุดกระบวนการ และขอขอบคุณบุคลากรโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล รวมทั้งคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่สนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้

References

1. Zhang Y, Jiang X. The effects of physical activity and exercise therapy on frail depression: A narrative review. *Medicine*. 2023;102(34):e33756.doi:10.1097/MD.00000000000034908
2. World Health Organization. Mental health of older adults [Internet]. 2023 [cited 2025 May 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
3. World Health Organization. Depressive disorder (depression) [Internet]. 2023 [cited 2025 May 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
4. Chanthaphim S, Theeranoot A. Mental health status and associated factors among elderly living alone in urban communities, Khon Kaen province. *Journal of Nursing and Health Care*. 2021;39(4):135–47. (in Thai)



5. Setapura P, Chaisongkram N. Prevalence and associated factors of depression among older adults in Thailand. *Journal of Health Center* 9. 2021;15(2):74–86. (in Thai)
6. Eagle DE, Hybels CF, Proeschold-Bell RJ. Perceived social support, received social support, and depression among clergy. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2019;36(7):2055-73. doi:10.1177/0265407518776134
7. Sahin DS, Ozer O, Yanardag MZ. The role of perceived social support in elderly depression: a meta-analytic review. *Iranian Journal of Ageing* .2019;23(1):33-43. doi:10.21859/sija-1202192
8. Tariq A, Beihai T, Abbas N, Ali S, Yao W, Imran M. Role of perceived social support on the association between physical disability and symptoms of depression in senior citizens of pakistan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(5):1485. doi:10.3390/ijerph17051485
9. Lee SH, Lee H, Yu S. Effectiveness of social support for community-dwelling elderly with depression: a systematic review and meta-analysis. *Healthcare*. 2023;10(9):1598. doi:10.3390/healthcare10091598
10. Intarangkul T. Prevalence and factors affecting depression of the elderly: a cross-sectional study in Thailand. *Journal for ReAttach Therapy and Developmental Diversities*. 2023.6(3 Suppl):691–7. (in Thai)
11. Hongsakhonprasoet K. Effect of a social support program on depression among older adults with depressive disorder. *Multidisciplinary Journal for Health*. 2022;4(2):15-26. (in Thai)
12. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Scientific Research and Academic Publisher. Psychosomatic Medicine*. 1976;38(5) doi:10.1097/00006842-197609000-00003
13. Schaefer C, Coyne JC, Lazarus RS. The health-related functions of social support. In: Unsar S, Dindar I, Kurt S. Activities of daily living, quality of life, social support and depression levels of elderly individuals in Turkish society [Master thesis]. Turkey: Medical Nursing, Faculty of Sciences, Trakya University; 1981.
14. Phetchaburi R, Somprasert C, Othaganont P. Effect of a social support program on mental health status among older adults. *Nursing and Health Care Journal*. 2017;35(2):188–97. (in Thai)
15. Kankhing I. Effect of a caregiver coaching program for social support on mental well-being among depressed older adults [Internet]. 2022 [cited 2025 May 20]. Available from: <https://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2016/19309/1/6210420052.pdf> (in Thai)
16. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. [Internet]. Philadelphia: Lippincott; 2012. [cited 2025 May 20]. Available from: <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1596228>
17. Wongpakaran N. Thai geriatric depression scale (TGDS). *Journal Psychiatric Association Thailand*. 2007;52(4):358–76. (in Thai)
18. Supitch A. Quality of life and social support among people with schizophrenia [Master's thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2004. (in Thai)
19. Khensila U, Nakhamin K, Loonprom N, Thajang S, Buengmoom N, Chaplik N. Social support and depression among older adults in urban communities, Udon Thani province. *Journal of Community Health Development, Khon Kaen University*. 2020;8(3):377–89. (in Thai)



20. Angkabsri J, Khunthongkiet W, Kumchan P, Malathum P, Prapaipanich W. Types of therapeutic programs effective in reducing depression among Thai older adults. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 2022;36(3):1–15. (in Thai)
21. Cui L, Li S, Wang S, Wu X, Liu Y, Yu W, et al. Major depressive disorder: hypothesis, mechanism, prevention and treatment. *Signal Transduction and Targeted Therapy*. 2024;9(1):30. doi:10.1038/s41392-024-01738-y
22. Nuwamanya S, Nkola R, Najjuka SM, Nabulo H, Al-Mamun F, Mamun MA, et al. Depression in Ugandan caregivers of cancer patients: The role of coping strategies and social support. *Psycho Oncology*. 2023;32(1):113-24.doi:10.1002/pon.6057



ความสัมพันธ์ระหว่างการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์กับปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และผลการเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา

สิริกร ขาวบุญมาศิริ พย.ม.¹

กชกร เพ็ญชัยย ปร.ด.²

ชนกมณ สีสรี ปร.ด.³

(วันรับบทความ : 16 มีนาคม พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 5 สิงหาคม พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ: 13 สิงหาคม พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

นักเรียนมัธยมศึกษาเป็นกลุ่มคนที่เสี่ยงต่อการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์มากที่สุด ทำให้มีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างในโลกความจริงลดลง ความสนใจต่อกิจกรรมการเรียนลดลง การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความสัมพันธ์ของการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์กับปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและผลการเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษาสายสามัญศึกษาของจังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 6 จำนวน 123 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบไปด้วย ข้อมูลทั่วไปและผลการเรียนแบบสอบถามการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ และแบบสอบถามการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งแบบสอบถามทั้งสองส่วนมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.00 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 และ 0.93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในระดับปานกลาง ในขณะที่ผลการเรียนอยู่ในระดับดีมาก การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์ทางลบกับปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ในระดับสูงมาก ($r = -0.849$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ แต่ทั้งการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์และปฏิสัมพันธ์ทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับผลการเรียน การติดสื่อออนไลน์ของนักเรียนมัธยมศึกษาในโรงเรียนขยายโอกาส โรงเรียนระดับอำเภอ และโรงเรียนระดับจังหวัดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ดังนั้น ครูจึงควรจัดกิจกรรมให้นักเรียนมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนในชั้นเรียนมากขึ้น กำกับดูแลไม่ให้นักเรียนใช้สื่อออนไลน์มากเกินไป ซึ่งอาจเกิดผลเสียต่อสุขภาพกายและจิตใจของเด็กนักเรียนพยาบาลควรหาวิธีหรือกิจกรรมที่สร้างความตระหนักให้แก่เด็กและเยาวชนถึงการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่เหมาะสมเพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบกับปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับคนในครอบครัวและบุคคลรอบข้าง

คำสำคัญ: การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ผลการเรียน นักเรียนมัธยมศึกษา

¹อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลจิตเวช สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

²หน้าสาขาวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ หน้าสาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

²ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: kodchakon@sut.ac.th Tel: 089-8456155



Social Media Addiction, Social Interaction, and Academic Performance Among Secondary School Students in Nakhon Ratchasima Province

Sirikon Khaobunmasiri M.N.S.¹

Kodchakon Piasai Ph.D.²

Thanakamon Leesi Ph.D.³

(Received Date: March 16, 2025, Revised Date: August 5, 2025, Accepted Date: August 13, 2025)

Abstract

Currently, adolescents who are secondary school students are the group most vulnerable to social media addiction, which reduces face-to-face interactions and lowers interest in academic activities. This descriptive research aimed to examine the correlations between social media addiction, social interaction, and academic performance among secondary school students in the elementary education system of Nakhon Ratchasima province. The participants consisted of 123 secondary school students in grades 7 to 12 who were selected through purposive sampling. Data were collected from December 2024 to February 2025. The research instruments included: the Social-Media Addiction Screening Scale and 2) The Social Interaction Questionnaire, both of which had a content validity index of 1.00 and reliabilities of 0.91 and 0.93, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, as well as inferential statistics through Pearson's product moment correlation coefficients and one-way ANOVAs.

The results of this study found that the participants had moderate levels of social media addiction and social interaction, while their academic performance was at a very high level. Social media addiction was found to be strongly and negatively correlated with social interaction ($r = -0.849, p < .001$), but neither social media addiction nor social interaction showed a significant relationship with academic performance. Levels of social media addiction varied significantly among students who were attending opportunity expansion schools, district-level schools, and provincial-level schools ($p < .05$). These findings suggest that teachers should implement activities that promote peer interaction in the classroom and monitor students' social media use to prevent adverse effects on their physical and mental health. Additionally, nurses should develop strategies or activities to raise awareness among children and adolescents about appropriate social media use, thereby preventing negative impacts on social interaction with family members and peers.

Keywords: social media addiction, social interaction, academic performance, secondary school students

¹Instructor of Psychiatric Nursing, Institute of Nursing, Suranaree University of Technology

²Head of School of Pediatric and Adolescent Nursing, Suranaree University of Technology

³Assistant Professor, Head of School of Community Health Nursing, Suranaree University of Technology

²Corresponding author, Email: kodchakon@sut.ac.th Tel: 089-8456155



บทนำ

อินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์เริ่มมีการใช้ครั้งแรกในปี ค.ศ. 1997 และได้กลายมาเป็นส่วนหนึ่งของการดำรงชีวิตในปัจจุบันการใช้สื่อสังคมออนไลน์กลายเป็นวิถีชีวิตปกติของคนทุกเพศทุกวัย มีผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์ทั่วโลกโดยเฉพาะบุคคลที่มีอายุ 13 ปีขึ้นไป ประมาณ 4.48 พันล้านคน¹ โดยกลุ่มของผู้ที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์มากที่สุดคือวัยรุ่น² ซึ่งเด็กวัยรุ่นร้อยละ 92 เข้าใช้สื่อสังคมออนไลน์ทุกวัน³ โดยเด็กวัยรุ่นมีจำนวนชั่วโมงการเข้าใช้สื่อสังคมออนไลน์เฉลี่ยมากกว่า 12 ชั่วโมง/วัน⁴ และเด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่คิดว่าตนเองติดสื่อสังคมออนไลน์ระดับปานกลาง⁵⁻⁷ นอกจากนี้นักเรียนและนักศึกษาของประเทศในเอเชียยังมีอัตราการติดสื่อสังคมออนไลน์สูงที่สุด⁸ ซึ่งผลกระทบจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์มากๆ มีผลต่อสมองและทำให้เกิดการเสพติดได้ การใช้สื่อสังคมออนไลน์อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเป็นเวลานาน จะมีผลกระทบด้านเคมีในสมอง คือ โดพามีน (Dopamine) ซึ่งการใช้งานสื่อออนไลน์ซ้ำ ๆ จะสร้างวงจรประสาทแบบเดียวกับการใช้ยาเสพติดที่ส่งผลต่อร่างกายและจิตใจ โดยสมองจะหลั่งโดพามีน (Dopamine) ซึ่งเป็นสารแห่งความสุข ทำให้สมองเหมือนได้รับรางวัล การได้รับการชื่นชมจากคนในสังคมออนไลน์ (Like) หรือความสนใจจากบุคคลอื่นที่มาแสดงความคิดเห็น (Comments) ต่อสื่อสังคมออนไลน์ที่บุคคลนั้นโพสต์ ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกพึงพอใจ และสมองหลั่งโดพามีนปริมาณจึงทำให้รู้สึกมีความสุขเสพติดความสุขนั้น^{9,10} นอกจากผลต่อสมองแล้ว สาเหตุของการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ในเด็กและวัยรุ่น มักมาจากความรู้สึกเหงา ความเหงา ความรู้สึกเบื่อหน่าย ความเครียด อารมณ์ซึมเศร้าหรือความวิตกกังวล ความซื่อๆ ทำให้เด็กใช้การติดต่อสื่อสารในโลกของความจริงน้อยลงแต่หมกมุ่นอยู่กับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ติดต่อกับบุคคลอื่น ๆ ในโลกเสมือนจริงมากขึ้น ซึ่งเป็นการหนีจากคนรอบข้างและปัญหาในโลกความจริง หลีกเลี่ยงความรู้สึกไม่สบายใจที่เข้ามาในชีวิตของเด็ก³ การใช้สื่อสังคมออนไลน์ในเด็กนักเรียนส่วนใหญ่จะใช้สำหรับการติดต่อสื่อสาร ทั้งการโทรผ่านเสียง การส่งข้อความ (Chat) และการวิดีโอคอล นอกจากการใช้สื่อออนไลน์จะเพิ่มความสะดวกรวดเร็วในการติดต่อระหว่างบุคคลหรือกลุ่มบุคคลแล้วยังช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายมากกว่าการใช้ติดต่อทางอื่น ๆ และที่สำคัญการใช้สื่อออนไลน์เพื่อความบันเทิงผ่านแพลตฟอร์มต่าง ๆ เช่น Instagram Facebook TikTok ยังทำให้เด็กมีความอิสระของการแสดงออกในตัวตนของตัวเองได้ปลดปล่อยความชอบส่วนตัว นำเสนอไลฟ์สไตล์ (Life-style) หรือความต้องการสื่อสารให้ผู้อื่นรับรู้ข้อมูลของตนเอง นอกจากนี้สื่อออนไลน์ยังถูกใช้เพื่อการศึกษาค้นคว้าข้อมูลต่าง ๆ แต่สำหรับเด็กนักเรียนซึ่งเป็นวัยที่ยังไม่สามารถควบคุมการใช้สื่อออนไลน์ได้ด้วยตนเอง หรือขาดความยับยั้งชั่งใจในการใช้สื่อออนไลน์อย่างเหมาะสม จึงทำให้เกิดการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ อาการที่แสดงให้เห็นว่าเด็กนักเรียนเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ คือ การใช้เวลากับสื่อสังคมออนไลน์มากกว่าปกติ ใช้เวลาทั้งคิดเกี่ยวกับสื่อสังคมออนไลน์ วางแผนที่จะใช้และเข้าใช้สื่อสังคมออนไลน์มากกว่าปกติ การใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาส่วนตัวในโลกของความจริง การพยายามลดการใช้สื่อสังคมออนไลน์แต่ไม่สำเร็จ หรือมีอาการผิดปกติ เช่น กระสับกระส่ายหากไม่สามารถเข้าใช้สื่อสังคมออนไลน์ได้ หรือได้รับผลกระทบในทางที่ไม่ดีต่อการเรียนหรือการทำงาน⁹

ผลของการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์กระทบต่อปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของเด็กนักเรียน ซึ่งปฏิสัมพันธ์ทางสังคม หมายถึง การแสดงออกของบุคคลที่ถ่ายทอดความคิด ความรู้สึกระหว่างบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ทั้งด้วยคำพูด การกระทำ การสัมผัส รวมไปถึงการแสดงออกทางสีหน้าเพื่อสื่อสารซึ่งกันและกัน¹¹ ปัจจุบันเด็กนักเรียนมีปฏิสัมพันธ์ผ่านสังคมออนไลน์อย่างแพร่หลายเพื่อลดช่องว่างของระยะทางและเวลา รวมถึงเป็นการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย ซึ่งเด็กนักเรียนซึ่งเป็นกลุ่มวัยรุ่นมีการเปิดรับเทคโนโลยีใหม่อยู่เสมอ จนทำให้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนและความสัมพันธ์กับผู้คนรอบข้างลดลง¹²

เด็กนักเรียนมัธยมศึกษา คือบุคคลที่มีอายุระหว่าง 13-18 ปี¹³ ซึ่งเป็นกลุ่มที่กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 6 การศึกษาของไทยแบ่งระดับการศึกษาเป็นระดับประถมศึกษาขยายถึงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นหรือที่เรียกว่าโรงเรียนขยายโอกาส ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ซึ่งนักเรียนในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลายจะเรียนในโรงเรียนมัธยมศึกษาที่เป็นโรงเรียนขนาดใหญ่ (โรงเรียนระดับจังหวัด) และโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดกลาง (โรงเรียนระดับอำเภอ) ซึ่งโรงเรียนทั้ง 3 ระดับนี้มีการจัดการเรียนการสอนที่ให้ความสำคัญกับเทคโนโลยีสารสนเทศ การเรียนรู้ตลอดชีวิต และการใช้สื่อออนไลน์ในการจัดการเรียนการสอนตามการเปลี่ยนแปลงของสังคมปัจจุบันที่แตกต่างกัน¹⁴



จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ในเด็กนักเรียนระดับมัธยมศึกษาทั้งในและต่างประเทศพบว่า การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพต่าง ๆ เช่น การใช้เวลากับสื่อสังคมออนไลน์ที่มากเกินไปส่งผลให้คุณภาพการนอนหลับลดลง^{15,16} หรือผลการศึกษาศึกษาการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ของวัยรุ่นหญิงในประเทศตุรกีมีความสัมพันธ์ทางลบกับกิจกรรมทางกายที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางความคิด⁵ ด้านสัมพันธ์ภาพกับบุคคลในครอบครัว การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์จะทำให้เด็กวัยรุ่นมีปฏิสัมพันธ์กับบิดามารดาลดลง¹⁷ ในประเทศปากีสถานมีการศึกษาศึกษาการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ของเด็กวัยรุ่น พบว่า การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ที่สูงขึ้นมีผลให้ระดับความผาสุกของเด็กวัยรุ่นลดลง¹⁸ นอกจากนี้มีการศึกษาความสัมพันธ์ของการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ต่อปัญหาสุขภาพจิต พบว่า การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกลดต่ำของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษา¹⁹ แต่การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ทำให้ความมั่นใจในตนเองของเด็กลดลง²⁰ ซึ่งในประเทศไทยมีการศึกษาศึกษาการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในอำเภอหนึ่งของภาคใต้ พบว่า เด็กนักเรียนส่วนใหญ่ติดสื่อสังคมออนไลน์ระดับปานกลาง ปัจจัยที่ส่งผลให้นักเรียนมีการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์คือภาวะซึมเศร้า และการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ส่งผลให้คุณภาพการนอนหลับลดลง นอกจากนี้การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ยังมีความสัมพันธ์ทางลบกับความมั่นใจในตนเองของเด็กนักเรียนอีกด้วย²¹ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเปรียบเทียบการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ของเด็กนักเรียนระดับมัธยมศึกษาของไทยและญี่ปุ่นพบว่า เด็กวัยรุ่นนักเรียนไทยเสพติดสื่อสังคมออนไลน์มากกว่าเด็กนักเรียนญี่ปุ่น เนื่องจากบิดามารดาของเด็กญี่ปุ่นจำกัดการใช้โทรศัพท์มือถือ (Smartphone) มากกว่าบิดามารดาไทย²² แต่หากเปรียบเทียบการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ของเด็กนักเรียนระดับมัธยมศึกษาและนักศึกษามหาวิทยาลัยจะพบว่า เด็กนักเรียนระดับมัธยมศึกษาเสพติดสื่อสังคมออนไลน์มากกว่านักศึกษาระดับมหาวิทยาลัย²³

ส่วนการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์กับผลการเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายของประเทศอินเดีย พบว่า การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์ทางลบกับผลการเรียนระดับต่ำ คล้ายกันกับผลการศึกษาศึกษาการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ของนักศึกษาปริญญาตรีของประเทศตุรกี ที่พบว่า การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับผลการเรียน²⁴ การศึกษาในประเทศไทยพบว่าการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการเรียนของนักศึกษาระดับปริญญาตรี²⁵ จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมดนี้ พบว่า ยังไม่มีการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์กับปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและผลการเรียนของเด็กนักเรียนระดับมัธยมศึกษาจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งเป็นเยาวชนที่มีปัญหาด้านการติดสื่อสังคมออนไลน์ และมีลักษณะครอบครัวที่แตกต่างจากเยาวชนภาคอื่น ๆ คือ ร้อยละ 25 ไม่ได้อาศัยอยู่กับบิดามารดา หรืออยู่บ้านคนเดียวหลังเลิกเรียน รวมถึงการขาดการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว²⁶ นอกจากนี้ เด็กนักเรียนมัธยมศึกษาที่อยู่ในโรงเรียนที่มีลักษณะแตกต่างกัน เช่น โรงเรียนประจำจังหวัดที่มีเป็นสังคมเมือง โรงเรียนประจำอำเภอที่มีลักษณะสังคมกึ่งเมือง และโรงเรียนขยายโอกาสที่มีลักษณะของสังคมชนบท จะมีความแตกต่างกันในการติดสื่อสังคมออนไลน์ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์กับปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและผลการเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาศึกษาการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ของนักเรียนมัธยมศึกษา ในจังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อเปรียบเทียบการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ของนักเรียนมัธยมศึกษา ในจังหวัดนครราชสีมา ระหว่างในโรงเรียนต่างระดับ
3. เพื่อศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างการติดสื่อสังคมออนไลน์กับปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและผลการเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัด นครราชสีมา

คำถามการวิจัย

1. นักเรียนมัธยมศึกษา ในจังหวัดนครราชสีมา มีการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ระดับใด
2. นักเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดนครราชสีมา ที่อยู่ในโรงเรียนต่างระดับกัน มีการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์แตกต่างกันหรือไม่
3. การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ของนักเรียนมัธยมศึกษา ในจังหวัดนครราชสีมา มีความสัมพันธ์กับปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและผลการเรียนหรือไม่ อย่างไร



สมมติฐานการวิจัย

1. นักเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดนครราชสีมาที่มีการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ระดับสูง
2. นักเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดนครราชสีมาที่อยู่ในโรงเรียนระดับต่างกันมีการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ไม่แตกต่างกัน
3. การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ของนักเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดนครราชสีมามีความสัมพันธ์ทางลบกับปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและผลการเรียนระดับสูง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แนวคิดการเสพติดและทฤษฎีปฏิสัมพันธ์ ซึ่งการเสพติดเป็นความผิดปกติทางจิต มีลักษณะเฉพาะ คือ มีพฤติกรรมแสวงหาและพยายามที่จะเสพสิ่งเหล่านั้นอย่างผิดปกติ จนไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้²⁷ ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social interaction) หมายถึงการกระทำหรือการแสดงออกของบุคคลที่ถ่ายทอดความคิด ความรู้สึก คำพูด การกระทำต่าง ๆ ระหว่างบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป¹¹ ซึ่งการวิจัยนี้มุ่งที่จะศึกษาการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ของนักเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดนครราชสีมาที่ศึกษาในโรงเรียนต่างระดับกัน 3 ระดับ ได้แก่ โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาจากโรงเรียนประถมศึกษา โรงเรียนมัธยมศึกษาในระดับอำเภอ และโรงเรียนมัธยมศึกษาในระดับจังหวัด โรงเรียนทั้ง 3 ระดับมีกฎระเบียบหรือข้อบังคับเกี่ยวกับการใช้โทรศัพท์ หรืออุปกรณ์ที่สามารถเข้าถึงสัญญาณอินเทอร์เน็ตที่แตกต่างกันจึงส่งผลต่อการใช้หรือการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ในนักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษา การเข้าถึงอินเทอร์เน็ตหรือสื่อสังคมออนไลน์อย่างสะดวกรวดเร็ว จะทำให้เด็กใช้เวลาในโลกอินเทอร์เน็ตมากขึ้น ไม่ว่าจะทำกิจกรรมใด ๆ ในโลกความจริง หากไม่สามารถเข้าถึงสื่อออนไลน์ หรือไม่สามารถใช้อินเทอร์เน็ตได้ จะทำให้รู้สึกหงุดหงิด กระวนกระวายใจ ซึ่งการกระทำพฤติกรรมเหล่านี้ซ้ำ ๆ โดยไม่สามารถหยุดพฤติกรรมนั้นได้ ถือเป็นอาการเสพติด²⁸ การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ยังส่งผลกระทบต่ออารมณ์และความรู้สึกของผู้เสพ ทำให้ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมและบุคคลรอบข้างลดลงจากการถูกดึงดูดความสนใจไปสู่สื่อสังคมออนไลน์^{29,30} ทำให้เด็กที่ติดสื่อสังคมออนไลน์มีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างสนใจการเรียนลดลงจึงทำให้ผลการเรียนลดลงด้วย ซึ่งสามารถเขียนเป็นแผนภูมิได้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์กับปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและผลการเรียนของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดนครราชสีมา ที่กำลังศึกษาในโรงเรียนมัธยมศึกษาในสังกัดของรัฐบาล 3 ระดับ ได้แก่ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นของโรงเรียนขยายโอกาส นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลายของโรงเรียนมัธยมศึกษาในระดับอำเภอ และโรงเรียนมัธยมศึกษาในระดับจังหวัด ระดับละ 1 โรงเรียน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงบรรยายเพื่อหาความสัมพันธ์ ระหว่างการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ กับปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและผลการเรียน ของนักเรียนมัธยมศึกษา ที่อยู่ในระบบการศึกษาสายสามัญศึกษาของรัฐ ในจังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึง 6 ของโรงเรียนรัฐบาลในจังหวัดนครราชสีมา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นเด็กนักเรียน ที่กำลังศึกษาในระบบการศึกษาสายสามัญ ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึง 6 โรงเรียนรัฐบาล ในจังหวัดนครราชสีมา ประกอบด้วยโรงเรียน 3 ระดับ ได้แก่ โรงเรียนขยายโอกาส (ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 3) โรงเรียนมัธยมศึกษา ประจำอำเภอ และโรงเรียนมัธยมศึกษา ระดับจังหวัด โดยเลือกสุ่มโรงเรียนประจำจังหวัด โรงเรียนระดับอำเภอ และโรงเรียน ขยายโอกาส ระดับละ 1 โรงเรียน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมการคำนวณขนาดตัวอย่างอย่างง่ายของ Yamane³¹ โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนของการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ α เท่ากับ .05 และระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้จำนวนตัวอย่าง 120 ราย แต่การส่งแบบสอบถามให้อาสาสมัครตอบแบบออนไลน์ทำให้ได้จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 123 ราย ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่าง โดยการสแกนคิวอาร์โค้ด (QR Code) และลิงก์ยูอาร์แอล (Link URL) ของการตอบแบบสอบถามให้กับครูที่ได้รับมอบหมาย และครูส่งให้กับนักเรียนในระหว่างการทำกิจกรรมของโรงเรียนพร้อมกันทุกระดับชั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างสแกนคิวอาร์โค้ดเพื่อเข้าตอบ แบบสอบถาม จะมีคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและเอกสารแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง เลือกก่อน หากกลุ่มตัวอย่างเลือกยินยอมให้ข้อมูลจึงจะสามารถเข้าสู่การตอบแบบสอบถามได้

โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เด็กนักเรียนมัธยมศึกษาที่มีอายุ 13 – 18 ปีบริบูรณ์ 2) อยู่ในระบบ การศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการ ประเภทสามัญศึกษา ทั้ง 3 ระดับ ได้แก่ โรงเรียนขยายโอกาส (เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 3) โรงเรียนประจำอำเภอและโรงเรียนประจำจังหวัด (นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 6) 3) มีเครื่องมือสื่อสารออนไลน์ที่สามารถให้ ข้อมูลได้ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ ตอบแบบสอบถามในส่วนสำคัญไม่ครบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้มีเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามที่เก็บรวบรวมข้อมูลผ่านกูเกิ้ลฟอร์ม (Google Form) ประกอบด้วย 1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ระดับโรงเรียน อายุ เพศ ชั้นปีที่กำลังศึกษาอยู่ ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม (Grade Point Average Index: GPAX) อุปกรณ์ที่ใช้ใช้สื่อสังคมออนไลน์ ระยะเวลาในการใช้สื่อสังคมออนไลน์โดยเฉลี่ยต่อวัน ชนิดของสื่อสังคม ออนไลน์ที่ใช้มากที่สุด วัตถุประสงค์หลักในการใช้สื่อออนไลน์ การรับรู้ผลกระทบของการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ต่อการเรียน และ ความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในโรงเรียน 2) แบบสอบถามการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ (Social Media Addiction Screening Scale: S-MASS) ซึ่งได้รับอนุญาตจากศาสตราจารย์ นายแพทย์ชาญวิทย์ พรนภดลที่เป็นผู้พัฒนาแบบประเมินนี้ โดย S-MASS เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) จำนวน 16 ข้อ แต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่ใช่เลย (0 คะแนน), ไม่น่าใช่ (1 คะแนน) น่าจะใช่ (2 คะแนน) และใช่เลย (3 คะแนน) คะแนนรวมการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์มีค่าตั้งแต่ 0-48 คะแนนโดยการแปลผลระดับของการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ ดังนี้ เสี่ยงต่อการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ต่ำ (คะแนน 0 – 15) เสี่ยงต่อการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ปานกลาง (คะแนน 16 – 30) และเสี่ยงต่อการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์สูง (คะแนน 31 – 48) และ 3) แบบสอบถามการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social Interaction Questionnaire: SIQ) ของ Rahma Dewi และ คณะจากงานวิจัยของ กษกร เพี้ยชัยและคณะ²⁵ จำนวน 23 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 มิติ ได้แก่ มิติของการสร้างสภาพแวดล้อมของการมี ปฏิสัมพันธ์ (3 ข้อ), มิติของการสร้างบรรยากาศทางอารมณ์ (4 ข้อ), มิติของการมีจุดมุ่งหมายเฉพาะ (4 ข้อ), มิติของการดำรงอยู่ของ ภาวะผู้นำ (4 ข้อ) โดยมีคำถามทางลบจำนวน 1 ข้อ, มิติของการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย (3 ข้อ) โดยมีคำถามทางลบ จำนวน 2 ข้อ และมิติของความเห็นอกเห็นใจ (5 ข้อ) คะแนนการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมมีค่าตั้งแต่ 23-92 คะแนน โดยการแปลผล การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้



กรณีเป็นคำถามทางบวก

- | | |
|-----------------|-------------------------------|
| 4 คะแนน หมายถึง | ปฏิบัติสม่ำเสมอ/เกือบทุกครั้ง |
| 3 คะแนน หมายถึง | ปฏิบัติบ่อยครั้ง |
| 2 คะแนน หมายถึง | ปฏิบัติเป็นครั้งคราว |
| 1 คะแนน หมายถึง | ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง |

กรณีเป็นคำถามทางลบ

- | | |
|-----------------|-------------------------------|
| 1 คะแนน หมายถึง | ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง |
| 2 คะแนน หมายถึง | ปฏิบัติเป็นครั้งคราว |
| 3 คะแนน หมายถึง | ปฏิบัติบ่อยครั้ง |
| 4 คะแนน หมายถึง | ปฏิบัติสม่ำเสมอ/เกือบทุกครั้ง |

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ประกอบด้วยส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและผลการเรียน ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการเสถียรของข้อมูลออนไลน์ และส่วนที่ 3 แบบสอบถามการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งแบบสอบถามทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชจำนวน 2 ท่าน และจิตแพทย์ 1 ท่าน โดยได้ค่า Content Validity Index ของแบบสอบถามทั้งหมด เท่ากับ 1.00 นอกจากนี้ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทั้งหมดไปทดลองใช้กับอาสาสมัครที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายและหาค่า Cronbach's alpha Coefficient ของแบบสอบถามได้ค่าอัลฟา (α) เท่ากับ 0.91 และ 0.93 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากที่โครงการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ 1) ส่งหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงเรียนทั้ง 3 ระดับ โดยมีเอกสาร คือ หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล โปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ QR code สำหรับตอบแบบสอบถามออนไลน์ทาง Google Form 2) อาสาสมัครจะได้รับคำชี้แจงเกี่ยวกับโครงการวิจัยและเอกสารแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่ได้รับจากโครงการวิจัยแก่อาสาสมัคร 3) เมื่ออาสาสมัครอ่านคำชี้แจงการวิจัยและยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว อาสาสมัครจะต้องกดยืนยันเพื่อเข้าตอบแบบสอบถาม ซึ่งจะถือว่าการยินยอมโดยการปฏิบัติ 4) ผู้วิจัยตรวจสอบจำนวนอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัยจาก Google Form จนครบตามที่คำนวณขนาดตัวอย่างไว้ แต่เนื่องจากการเก็บรวบรวมข้อมูลออนไลน์ทำให้ควบคุมจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามได้ยาก จึงมีอาสาสมัครเข้าตอบแบบสอบถามเกินจำนวนที่คำนวณขนาดตัวอย่างไว้ ดังนั้นจึงมีอาสาสมัครที่เข้าร่วมการวิจัยทั้งสิ้นจำนวน 123 ราย

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี เลขที่รับรอง COE No. 171/2567 เมื่อวันที่ 26 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 จากนั้นผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงเรียนพร้อมกับโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์และลิงก์ (Link) สำหรับตอบคำถามในกูเกิ้ลฟอร์ม (Google form) ไปด้วย ซึ่งจะมีคำชี้แจงโครงการวิจัยให้อาสาสมัครทราบก่อน หากอาสาสมัครยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยจะมีกล่องให้เลือก “ยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัย” จึงจะสามารถเข้าไปตอบแบบสอบถามได้ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เริ่มเก็บข้อมูลหลังจากที่ได้รับอนุมัติให้จากผู้อำนวยการโรงเรียนแล้ว นอกจากนี้อาสาสมัครยังสามารถถอนตัวออกจากกรวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลที่เก็บรวบรวมถูกเก็บรักษาเป็นความลับอย่างเคร่งครัด ในระบบคอมพิวเตอร์ มีการใส่รหัสที่คาดเดาได้ยาก โดยมีเพียงคณะผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลดังกล่าวได้ ทั้งนี้งานวิจัยนี้นำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวมและไม่ระบุเจาะจงถึงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมการวิจัยแต่อย่างใด



การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการหา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอ้างอิง (Inferential Statistics) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์และปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์และผลการเรียน ด้วยสถิติ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient และเปรียบเทียบระดับการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาที่อยู่ในโรงเรียนแต่ละระดับด้วยสถิติ One-way ANOVA โดยก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติโดยเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ One-way ANOVA

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 123 คน ส่วนใหญ่ศึกษาในโรงเรียนระดับจังหวัดร้อยละ 48.78 เพศหญิง ร้อยละ 60.98 อายุเฉลี่ย 15.60 ปี (S.D.=1.24) กำลังศึกษาในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 38.21 ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม (GPAX) เฉลี่ย 3.54 (S.D.=0.48) อุปกรณ์ที่ใช้สื่อออนไลน์ส่วนใหญ่ใช้ Smartphone ร้อยละ 97.56 จุดประสงค์หลักในการใช้สื่อออนไลน์เพื่อความบันเทิง ร้อยละ 95.12 ระยะเวลาที่ใช้สื่อต่อวันเฉลี่ย 6.97 ชั่วโมง (S.D.=3.62) โดยสื่อที่ใช้มากที่สุดคือ TikTok ร้อยละ 91.87 การรับรู้ผลกระทบของการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ต่อการเรียนของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่าการติดสื่อสังคมออนไลน์ไม่ส่งผลกระทบต่อการเรียน ร้อยละ 54.47 และความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของโรงเรียน เช่น บำเพ็ญประโยชน์ ต่าง ๆ ส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรม 1 – 2 ครั้ง/เดือน ร้อยละ 33.33 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 123)

ตัวแปร		n	Percent	Mean	S.D.
โรงเรียน	โรงเรียนขยายโอกาส	28	22.76		
	โรงเรียนระดับอำเภอ	35	28.46		
	โรงเรียนระดับจังหวัด	60	48.78		
เพศ	ชาย	32	26.02		
	หญิง	75	60.98		
	LGBTQ+	15	12.20		
อายุ	ตั้งแต่ 13 – 18 ปี			15.60	1.24
ระดับชั้น	มัธยมศึกษาปีที่ 1	9	7.32		
	มัธยมศึกษาปีที่ 2	6	4.88		
	มัธยมศึกษาปีที่ 3	23	18.70		
	มัธยมศึกษาปีที่ 4	47	38.21		
	มัธยมศึกษาปีที่ 5	34	27.64		
	มัธยมศึกษาปีที่ 6	4	3.25		
เกรดเฉลี่ยสะสม (GPAX)	ตั้งแต่ 2.04 – 4.00			3.54	0.48
ระยะเวลาในการใช้สื่อ/วัน (ชั่วโมง)	ตั้งแต่ 3 – 20 ชั่วโมง			6.97	3.62



ตัวแปร		n	Percent	Mean	S.D.
สื่อที่ใช้มาก 5 อันดับแรก (ตอบได้มากกว่า 1 สื่อ)	TikTok	113	91.87		
	Instagram	109	88.62		
	YouTube	97	78.86		
	Messenger	80	65.04		
	Facebook	69	56.10		
การรับรู้ผลกระทบของการติด	ส่งผลดีต่อการเรียน	49	39.84		
สื่อสังคมออนไลน์ต่อการเรียน	ไม่ส่งผลกระทบต่อการเรียน	67	54.47		
	ส่งผลเสียต่อการเรียน	7	5.69		
ความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรม ในโรงเรียน	เข้าร่วมกิจกรรม < 1 ครั้ง/เดือน	2	1.63		
	เข้าร่วมกิจกรรม 1-2 ครั้ง/เดือน	41	33.33		
	เข้าร่วมกิจกรรม 3-4 ครั้ง/เดือน	40	32.52		
	เข้าร่วมกิจกรรม > 4 ครั้ง/เดือน	40	32.52		

ผลการศึกษาในส่วนของการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ (social media addiction: SMA) การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social Interaction: SI) และผลการเรียน (Grade point average index: GPAX) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ตั้งแต่ 5 – 45 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนนการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์เท่ากับ 23.65 (S.D. = 7.48) คะแนนปฏิสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ระหว่าง 24 – 92 คะแนน เฉลี่ยเท่ากับ 71.78 (S.D.=9.07) และผลการเรียนมีคะแนนเฉลี่ยสะสมอยู่ระหว่าง 2.04 – 4.00 โดยมีคะแนนเฉลี่ยสะสมเฉลี่ยเท่ากับ 3.54 (S.D. = 0.48) ส่วนระดับการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์อยู่ในระดับเสี่ยงต่อการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ระดับต่ำ เสี่ยงปานกลาง และเสี่ยงสูง ร้อยละ 14.63, 65.04, และ 20.33 ตามลำดับ

เปรียบเทียบการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดนครราชสีมา ระหว่างกลุ่มที่อยู่ในโรงเรียนขยายโอกาส โรงเรียนมัธยมศึกษาประจำอำเภอ และโรงเรียนมัธยมศึกษาประจำจังหวัด พบว่า เด็กนักเรียนมัธยมศึกษาทั้ง 3 กลุ่มนี้มีการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์แตกต่างกัน $F(2, 120) = 10.25$ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษา จำแนกตามระดับของโรงเรียนที่ศึกษา

ระดับของโรงเรียน	Mean	S.D.	df	F	p-value
โรงเรียนขยายโอกาส	23.46	5.97	2	10.25	< .001
โรงเรียนระดับอำเภอ	27.94	6.63			
โรงเรียนระดับจังหวัด	21.23	7.57			

ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างภายหลัง (Post-hoc test) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาที่อยู่ในโรงเรียนขยายโอกาส (Mean = 23.46, S.D. = 5.97) มีแตกต่างกับค่าเฉลี่ยคะแนนการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาที่อยู่ในโรงเรียนระดับอำเภอ (Mean = 27.94, S.D. = 6.63) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ และค่าเฉลี่ยคะแนนการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาที่อยู่ในโรงเรียนระดับอำเภอแตกต่างกับค่าเฉลี่ยคะแนนการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาที่อยู่ในโรงเรียนระดับจังหวัด (Mean = 21.23, S.D. = 7.57) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ แต่การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาที่อยู่ในโรงเรียนขยายโอกาสไม่แตกต่างกับเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาที่อยู่ในโรงเรียนระดับจังหวัดดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาที่อยู่ในโรงเรียนขยายโอกาส โรงเรียนระดับอำเภอ และโรงเรียนระดับจังหวัด

ระดับของโรงเรียน	Mean difference	Std. Error	Sig.
ร.ร.ขยายโอกาส			
ร.ร.ระดับอำเภอ	-4.479*	1.768	.013
ร.ร.ระดับจังหวัด	2.231	1.596	.165
ร.ร.ระดับอำเภอ			
ร.ร.ขยายโอกาส	4.479*	1.768	.013
ร.ร.ระดับจังหวัด	6.710***	1.483	.000
ร.ร.ระดับจังหวัด			
ร.ร.ขยายโอกาส	-2.231	1.596	.165
ร.ร.ระดับอำเภอ	-6.710***	1.483	.000

หมายเหตุ * $p < .05$ *** $p < .001$

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์กับการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม พบว่า การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์ทางลบกับปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในระดับสูงมาก ($r = -.849$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = .000$ แต่การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการเรียนเฉลี่ยของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดนครราชสีมา ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ (SMA) กับปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (SI) และผลการเรียนเฉลี่ยสะสม (GPAX) ของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา ($n=123$)

ตัวแปร	SMA	SI	GPAX
การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ (SMA)	1		
ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (SI)	-0.849*	1	
ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม (GPAX)	-0.105	0.111	1

*หมายเหตุ $p < .001$

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษา ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นนักเรียนจากโรงเรียนระดับจังหวัด ร้อยละ 48.78 อาจเป็นเพราะเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาที่อยู่ในโรงเรียนระดับจังหวัดมีโทรศัพท์ Smartphone หรือ iPad มากกว่าเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาในโรงเรียนระดับอื่น ๆ ซึ่งการศึกษานี้เก็บข้อมูลผ่าน Google Form ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 60.98 อายุตั้งแต่ 13 ถึง 18 ปี อายุเฉลี่ย 15.60 ปี เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 เกณฑ์เฉลี่ยสะสมตั้งแต่ 2.04 – 4.00 เฉลี่ย 3.54 ซึ่งเป็นผลการเรียนเฉลี่ยในระดับดีมาก ระยะเวลาที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์เฉลี่ยต่อเท่ากับ 6.97 ชั่วโมง/วัน แตกต่างกับระยะเวลาการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในนักเรียนมัธยมปลายในเทศบาลนครหาดใหญ่ที่พบว่านักเรียนมัธยมปลายใช้สื่อสังคมออนไลน์เฉลี่ย 8.38 ชั่วโมง/วัน²¹ อาจเป็นเพราะการศึกษานี้เก็บข้อมูลในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้นักเรียนต้องเรียนและทำงานกลุ่มแบบออนไลน์ จึงมีระยะเวลาการใช้สื่อสังคมออนไลน์สูงกว่าการวิจัยครั้งนี้ที่เก็บข้อมูลระหว่างปลายปี พ.ศ. 2567 ถึงต้นปี พ.ศ. 2568 ที่การระบาดของโรคสิ้นสุดลง และมีการเรียนการสอนแบบในชั้นเรียนเต็มรูปแบบ และการศึกษาการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในประเทศตุรกีพบว่าเด็กวัยรุ่นใช้สื่อออนไลน์สูงที่สุด 1-3 ชั่วโมง/วัน³² แต่ระยะเวลาการใช้สื่อสังคมออนไลน์ใกล้เคียงกับการศึกษาในนักเรียนมัธยมในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่นักเรียนใช้สื่อสังคมออนไลน์เฉลี่ยวันละ 6 – 9 ชั่วโมง/วัน²⁹ สื่อสังคมออนไลน์ที่เด็กวัยรุ่นใช้มากที่สุด คือ



TikTok รองลงมาคือ Instagram และ YouTube ตามลำดับ ใกล้เคียงกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในเด็กนักเรียนมัธยมปลายภาคใต้ที่ใช้ Instagram มากที่สุด²¹ แต่แตกต่างกับเด็กวัยรุ่นในต่างประเทศที่ใช้ WhatsApp มากที่สุด^{26,28,29} ส่วนการรับรู้การใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อผลการเรียน เด็กนักเรียนมัธยมศึกษาส่วนใหญ่คิดว่าการใช้สื่อสังคมออนไลน์ไม่ส่งผลกระทบต่อการเรียน ร้อยละ 54.47 สัมพันธ์กับการศึกษาในนักศึกษาระดับปริญญาตรีของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งซึ่งส่วนใหญ่คิดว่าการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ไม่ส่งผลกระทบต่อการเรียน²⁵ ความถี่ของการเข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียน เด็กนักเรียนมัธยมศึกษาส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียน 3 – 4 ครั้ง/เดือนและมากกว่า 4 ครั้ง/เดือน เท่ากันคือร้อยละ 32.52 แตกต่างจากการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของนักศึกษาระดับมหาวิทยาลัยที่ส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากที่สุดคือนาน ๆ ครั้ง²⁵

ผลการศึกษาการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ (Social Media Addiction: SMA) ของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดนครราชสีมาส่วนใหญ่อยู่ในระดับ เสี่ยงต่อการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ในต่างประเทศ ที่พบว่านักเรียนมัธยมส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าตนเองติดสื่อสังคมออนไลน์ระดับปานกลาง⁵ และในประเทศไทยทั้งเด็กนักเรียนมัธยมและนักศึกษาปริญญาตรีที่มีระดับการติดสื่อสังคมออนไลน์ระดับปานกลาง^{25,35,36} ผลการศึกษาเปรียบเทียบการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาที่อยู่ในโรงเรียนระดับต่างกัน พบว่า เด็กนักเรียนมัธยมศึกษาที่อยู่ในโรงเรียนขยายโอกาส โรงเรียนมัธยมระดับอำเภอ และโรงเรียนมัธยมระดับจังหวัดมีการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ที่ต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบภายหลัง (Post hoc tests) ที่พบว่า เด็กนักเรียนมัธยมศึกษาที่อยู่ในโรงเรียนขยายโอกาส แตกต่างกับการติดสื่อสังคมออนไลน์ของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาที่อยู่ในโรงเรียนระดับอำเภอ และเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาที่อยู่ในโรงเรียนระดับอำเภอติดสื่อสังคมออนไลน์แตกต่างกับโรงเรียนระดับจังหวัดนั้น เนื่องจากในโรงเรียนระดับอำเภอมีการควบคุมการใช้โทรศัพท์ของนักเรียนโดยให้เก็บโทรศัพท์มือถือในขณะเข้าชั้นเรียน ในขณะที่โรงเรียนระดับอื่นไม่ได้ควบคุมการใช้โทรศัพท์ของเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า เด็กนักเรียนมัธยมศึกษาที่อยู่ในโรงเรียนในเมืองติดสื่อสังคมออนไลน์มากกว่านักเรียนที่อยู่ในโรงเรียนในชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ³⁷

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ (Social Media Addiction: SMA) กับปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social Interaction: SI) ของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาจังหวัดนครราชสีมาพบว่า การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์ทางลบกับปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ระดับสูงมาก ($r = -.849$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า เด็กวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์ระดับสูงจะมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับเพื่อนในชีวิตจริงน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ³⁸ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มนักศึกษาระดับปริญญาตรีที่การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์ทางลบกับปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ระดับสูง²⁵ ซึ่งเป็นผลจากการใช้เวลากับสื่อสังคมออนไลน์นาน ๆ จะทำให้บุคคลแยกตัวออกจากสังคมปกติมากขึ้น³⁹ หรือมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนรอบข้างลดลง³⁸ รวมทั้งมีปฏิสัมพันธ์กับคนในครอบครัวในโลกความจริงลดลง⁴⁰

ส่วนการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์กับผลการเรียน พบว่า การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับผลการเรียน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.105, p = .111$) สัมพันธ์กับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า การติดสื่อสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์ทางลบกับผลการเรียนของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายที่ระดับต่ำ ($r = -.113$)³⁷ และผลการศึกษาในนักศึกษาระดับปริญญาตรีก็พบว่าการศึกษาการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำมากกับผลการเรียน²⁵ เนื่องจาก การศึกษาในปัจจุบันเน้นให้นักเรียนนักศึกษาค้นคว้าหาความรู้จากอินเทอร์เน็ตมากขึ้น ดังนั้นการใช้เวลากับสื่อออนไลน์หรืออินเทอร์เน็ตจึงไม่ส่งผลกระทบกับผลการเรียน รวมทั้งทัศนคติของเด็กรุ่นใหม่ทั้งเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาและนักศึกษามหาวิทยาลัยที่ส่วนใหญ่มีความรู้สึว่าการใช้สื่อสังคมออนไลน์ไม่ส่งผลกระทบต่อผลการเรียน



สรุปผลการวิจัย

จากการวิจัยสรุปได้ว่า เด็กนักเรียนมัธยมศึกษาของจังหวัดนครราชสีมา มีการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ระดับเสี่ยงต่อการติดสื่อสังคมออนไลน์ปานกลาง การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมระดับปานกลาง ผลการเรียนรู้ในระดับดีมาก การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์ทางลบกับปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในระดับสูงมาก และไม่มีความสัมพันธ์กับผลการเรียน แต่การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาที่อยู่ในโรงเรียนต่างระดับกันมีความแตกต่างกันโดย เด็กนักเรียนมัธยมศึกษาที่อยู่ในโรงเรียนขยายโอกาส มีการติดสื่อสังคมออนไลน์สูงกว่าเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาที่อยู่ในโรงเรียนระดับอำเภอ และเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาที่อยู่ในโรงเรียนระดับอำเภอมีการติดสื่อสังคมออนไลน์ต่ำกว่าเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาที่อยู่ในโรงเรียนระดับจังหวัด ในขณะที่เด็กนักเรียนมัธยมศึกษาที่อยู่ในโรงเรียนขยายโอกาสมักมีการติดสื่อสังคมออนไลน์ไม่ต่างกับเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาที่อยู่ในโรงเรียนระดับจังหวัด

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาที่กำลังศึกษาในโรงเรียนมัธยมศึกษา ในสังกัดกรมสามัญศึกษาของรัฐบาลเท่านั้น จึงอาจจะไม่เป็นตัวแทนของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดนครราชสีมาทั้งหมด ยังขาดข้อมูลส่วนของเด็กนักเรียนที่กำลังศึกษาในโรงเรียนอาชีวศึกษาและโรงเรียนมัธยมศึกษาของเอกชนด้วย นอกจากนี้บางโรงเรียนจะจำกัดสิทธิในการใช้อุปกรณ์สื่อสาร เช่น ไอแพด (iPad) หรือแท็บเล็ต (Tablet) หรือสมาร์ตโทรศัพท์ (Smartphone) ในขณะที่โรงเรียนทำให้เด็กนักเรียนกลุ่มนี้ไม่ได้มีส่วนร่วมในการตอบแบบสอบถาม

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการศึกษา ควรส่งเสริมการเรียนรู้ การคิดวิเคราะห์ ความน่าเชื่อถือของข้อมูลจากสื่อสังคมออนไลน์ เพื่อให้เด็กนักเรียนมัธยมศึกษา สามารถเลือกใช้ความรู้จากสื่อออนไลน์ที่ถูกต้องและเหมาะสม รวมถึงการรู้เท่าทันสื่อออนไลน์
2. ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาเรื่องการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ในกลุ่มเด็กนักเรียนทั้งระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษา และระดับอาชีวศึกษา ทั่วประเทศเพื่อให้ได้ข้อมูลการใช้สื่อสังคมออนไลน์ครอบคลุมในเด็กนักเรียนในประเทศไทย ควรศึกษาการเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ของเด็กไทย ที่อยู่ในวัยเรียน (อายุ 6 – 12 ปี) เนื่องจากมีรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมที่พบว่าเด็กที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่มีอายุน้อยลงกว่าในอดีต โดยเด็กที่อายุ 6 ปี เริ่มใช้สื่อสังคมออนไลน์มากขึ้นถึงแม้ว่า สื่อสังคมออนไลน์แต่ละแพลตฟอร์ม (Platforms) จะกำหนดให้คนที่อายุตั้งแต่ 13 ปีขึ้นไปจึงจะสามารถสมัครเข้าใช้สื่อสังคมออนไลน์ได้ แต่สื่อต่าง ๆ เหล่านั้นไม่ได้ตรวจสอบข้อมูลที่ถูกต้องจึงทำให้มีเด็กที่อายุน้อยลงใช้สื่อสังคมออนไลน์มากขึ้น รวมทั้งการที่ผู้ปกครองไม่ตระหนักถึงผลเสียของการใช้สื่อสังคมออนไลน์จะส่งผลกระทบต่อเด็กพยาบาลควรศึกษาปัจจัยทำนายการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาและมีการเก็บข้อมูลให้ครอบคลุมทุกภูมิภาคของประเทศไทย

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้งสามท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับการวิจัยนี้ และที่สำคัญ ผู้วิจัยขอขอบคุณเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่เป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยนี้ ท่านผู้อำนวยการโรงเรียนและครูแนะแนวที่อนุญาตให้ทีมวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในครั้งนี้จนสำเร็จ



References

1. Woodward M. Social media addiction statistics for 2025 [Internet]. United Kingdom: 2025 [update 2025 Mar 14; cited 2025 Mar 16]. Available from: <https://www.searchlogistics.com/learn/statistics/social-media-addiction-statistics/>
2. Kumar N, Ruby D. Social media addiction statistics (2025) - facts & trends [Internet]. California: 2024 [update 2024 Dec 20; cited 2025 Mar 16] Available from: <https://www.demandsage.com/social-media-addiction-statistics/>
3. Wallace J. Teens and Social Media Addiction [Internet]. USA: 2025 [cited 2025 Mar 16]. Available from: <https://shepherdshillacademy.org/common-teen-issues/teens-social-media-addiction/>
4. Petcharavej Hospital. Social addiction [Internet]. Bangkok: [publisher unknown]; 2021 [cited 2025 Feb 16]. Available from: https://www.petcharavejhospital.com/th/Article/article_detail/Social-Addiction-Affects-Mental-Health (in Thai)
5. Sari ES, Terzi H, Şahin D. Social media addiction and cognitive behavioral physical activity among adolescent girls: a cross-sectional study. *Public Health Nursing*. 2025;42(1):61-9. doi:10.1111/phn.13446
6. Parasin N, Seeharach K. The impact of smartphone texting on gait speed in adolescent. *Srinagarind Medical Journal*. 2021;36(1):77-81. (in Thai)
7. Chanpeen S, Pornnoppadol C, Vasupanrajit A, Na Ayudhya QD. An assessment of the validity and reliability of the social-media addiction screening scale (S-MASS). *Siriraj Medical Journal*. 2023;75(3):167-80.
8. Salari N, Zarei H, Hosseinian-Far A, Rasoulpoor S, Shohaimi S, Mohammadi M. The global prevalence of social media addiction among university students: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Public Health*. 2023;33:223-36. doi:10.1007/s10389-023-02012-1
9. Hilliard J. Social media addiction [Internet]. Arkansas: Addiction Center; 2025 [update 2025 Mar 14; cited 2025 Mar 16]. Available from: <https://www.addictioncenter.com/behavioral-addictions/social-media-addiction/#:~:text=>
10. Miller S. The addictiveness of social media: How teens get hooked [Internet]. Australia: 2022 [update 2022 Jun 3; cited 2025 Mar 16] Available form: <https://www.jeffersonhealth.org/your-health/living-well/the-addictiveness-of-social-media-how-teens-get-hooked>
11. Phamontri P. The development of creative drama to enhance the social interaction of youth: A case study of youth in Sub-sin 26-7 community building, Klong Toey, Bangkok [Thesis]. Nakhon Nayok: Srinakharinwirot University; 2019. (in Thai)
12. Ngerthaworn SC. Social interaction by social network: A case study of Nakhon Si Thammarat Rajabhat University students. *Narkkhabut Paritat Journal*. 2020;12(1):77-85. (in Thai)



13. Senapeng K. Behavior of Thai teenagers today: The case of students in Maha Sarakham Province. *Journal of Sustainable Social Development*. 2023;1(2):15-28. (in Thai)
14. Liwweha S, Petchroj L. The administration of educational opportunity expansion school using information technology base under Nonthaburi primary educational service area office. *Journal of Humanities and Social Sciences, Rajapruk University*. 2022;8(1):256-71. (in Thai)
15. Sumen A, Evgin D. Social media addiction in high school students: a cross-sectional study examining its relationship with sleep quality and psychological problems. *Child Indicators Research*. 2021;14:2265-83. doi:10.1007/s12187-021-09838-9
16. Çağlar S, Kesgin MT. The influence of sleep education supported and unsupported with social media reminders on the sleep quality in adolescents aged 14–18: a three-center, parallel-arm, randomized controlled study. *Sleep and Breathing*. 2024;28:2581-90. doi:10.1007/s11325-024-03138-6
17. Bilgin M, Şahin I, Togay A. Social media addiction in adolescents and parent-adolescent relationship. *Education and Science*. 2020;45:263-81. doi:10.15390/EB.2020.8202
18. Riaz S, Anjum F, Soomro LA. Effect of social media addiction on the wellbeing of adolescents. *International Journal of Contemporary Issued in Social Sciences*. 2024;3(1):242-50.
19. Can Y. Social media addiction and loneliness of high school students. *Advances in Mobile Learning Educational Research*. 2023;3(2):893-902. doi:10.25082/AMLER.2023.02.016
20. Duzenli O, Ugur-Erdogmus F, Korkmaz O, Cakir R. An investigation of high school students' social media use, internet addiction and self-confidence levels. *International Journal of Technology in Education*. 2023;6(4):593-619. doi:https://doi.org/10.46328/ijte.521
21. Muanjan M, Tangwongchai S. Social media addiction and self-esteem of high school students in Hat Yai municipality, secondary educational service area office 16, Thailand. *Chulalongkorn Medical Journal*. 2022;66(4):441-8. doi:10.58837/CHULA.CMJ.66.4.8
22. Tangmunkongvorakul A, Musumari PM, Tsubohara Y, Ayood P, Srithanaviboonchai K, Techasrivichien T, et. al. Factors associated with smartphone addiction: A comparative study between Japanese and Thai high school students. *PLOS ONE*. 2020;15(9):e0238459. doi:https://doi.org/10.1371/journal.pone0238459
23. Simsek A, Elciyar K, Kizilhan T. A comparative study on social media addiction of high school and university students. *Contemporary Educational Technology*. 2019;10(2):106-19. doi:https://doi.org/10.30935/cet.554452
24. Aslan I, Polat H. Investigating social media addiction and impact of social media addiction, loneliness, depression, life satisfaction and problem-solving skills on academic self-efficacy and academic success among university students. *Frontiers in Public Health*. 2024;12:1-14. doi:10.3389/fpubh.2024.1359691



25. Piasai K, Khaobunmasiri S, Moentanoo P, Phakayaem K, Ainli S, et al. The correlations between social media addiction, social interaction, and academic performance among undergraduate students at Suranaree university of technology. *Journal of Nursing and Therapeutic Care*. 2025;43(2):1-14 e277655. (in Thai)
26. Prapas P, Saijunjam J, Subharamedhi S, Rajpariyattivimol P, Apiyano A, Chueaphruan J, Vathakaew P. Prevention on the youth's aggressive behaviors with the direction in left to reduce family problems in the lower northeastern region. *Payap University Journal*. 2019;29(1):143-152. (in Thai)
27. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. 2013.
28. Kalayasiri R. Addiction [Internet]. Bangkok: Psychiatry Faculty of Medicine Chulalongkorn University; 2019 [cited 2025 Mar 16] Available from: <https://cads.in.th/cads/content?id=75#:~:text=> (in Thai)
29. Thung-jan S, Sermsiri S, Jermjitpornchai S, Rattanametawee W, Suraphee S. A study on the effects of using social media on the risk of depression and suicidal ideation for the case study of high school students of the extra-large schools in Mueang Maha Sarakham District. *Journal of Man and Society*. 2022;8(1):149-65. (in Thai)
30. Talaue GM, AlSaad A, AlRushaidan N, AlHugail S. The impact of social media on academic performance of selected college students. *International Journal of Advanced Information Technology*. 2018;8(4/5):27-35.doi:10.5121/ijait.2018.8503
31. Yamane T. Statistics, an introductory analysis. 2nd Ed. New York. Harper and Row; 1967.
32. Avcı A, Ünal AS. Assessment of internet and social media addiction levels in adolescents aged 12-18 years by nurses: A multicenter cross-sectional study. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 2024;37(4):e70004. doi:10.1111/jcap.70004.
33. Sarialioğlu A, Oluç T. The relationship between social media addiction and perceived stress in adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 2024;37(4):e70004. doi:<https://doi.org/10.1111/jcap.70000>
34. Abdul-Latif CA, Maabobr Kor, JA, Stephen N. Social media addiction and its impact on University of Cape Coast distance education students' academic achievement. *Journal of Education, Society and Behavioural Science*. 2024;37(6):105-18. doi:10.9734/jesbs/2024/v37i61332
35. Kulsawat T, Narkwatchara P. Factors affecting social media addiction of undergraduate students in the eastern region university. *Journal of MCU Nakhondhat*, 2021;8(10):1-15.
36. Parasin N, Seeharach K. The impact of smartphone texting on gait speed in adolescent. *Srinagarind Medical Journal*. 2021;36(1):77-81. (in Thai)



37. Sarkar N. Social media addiction and academic achievement of secondary level school students. International Journal for Multidisciplinary Research. 2023;5(5):1-9. doi:10.36948/ijfmr.2023.v05i05.7895
38. Yang SY, Wang YC, Lee YC, Lin YL, Hsieh PL, Lin PH. Does smartphone addiction, social media addiction, and/or internet game addiction affect adolescents' interpersonal interactions? Healthcare. 2022;10(5):963. doi:https://doi.org/10.3390/healthcare10050963
39. Sutikno H, Basit A. The impact of social media use on social interaction of students of the faculty of medicine, Jenderal Soedirman University. International Journal of Social Science Education Communication and Economics. 2023;2(2):227-82. doi:https://doi.org/10.54443/sj.v2i2.136
40. Azzaakiyyah HK. The Impact of Social Media Use on Social Interaction in Contemporary Society. Technology and Society Perspectives. 2023;1(1):1-9. doi:https://doi.org/10.61100/tacit.v1i1.33



ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้
แบบมีส่วนร่วมต่อความเครียดของผู้ปกครองเด็กออทิสติกที่มาใช้บริการ
แบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

สุภาวดี คำภูนา ส.ม.¹

ศักดิ์ดา ขำคม ศ.ศ.ด.²

โยธัน สิทธิคุณ ป.พ.ส.³

อรุณกมล ทราบรัมย์ พย.ม.³

(วันรับบทความ : 1 มิถุนายน พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 17 สิงหาคม พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ: 18 สิงหาคม พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

ออทิสติกเป็นความผิดปกติของพัฒนาการทางระบบประสาท ด้านทักษะการสื่อสาร พฤติกรรมที่ผิดปกติและความบกพร่องทางสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ปกครองหรือดูแล ซึ่งมักจะเกิดความเครียดจากการที่ต้องดูแลเด็กออทิสติกตลอดเวลาและเป็นระยะเวลานาน ๆ การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดศึกษา 2 กลุ่มตัวอย่าง วัดก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยการประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลหลักของเด็กออทิสติกที่ได้รับการวินิจฉัยโรคออทิสติกที่มาใช้บริการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน ได้รับโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น จำนวน 4 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที กลุ่มควบคุม จำนวน 25 คนได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยการประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และแบบสอบถามระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ One-way Repeated Measure ANOVA เปรียบเทียบภายในกลุ่ม และใช้สถิติ Two-way Repeated Measure ANOVA เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ระหว่างก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และระยะติดตาม 1 เดือน

ผลการวิจัย เมื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า ระดับความเครียดลดน้อยลงกว่าก่อนทดลองมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ ทั้งในระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตาม 1 เดือน มีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.68 และ 1.71 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดในระยะติดตาม 1 เดือนหลังทดลองพบว่า กลุ่มทดลองระดับความเครียดลดลงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ มีความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.74 โปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม สามารถลดความเครียดของผู้ปกครองเด็กออทิสติกที่มาใช้บริการแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ได้

คำสำคัญ: การให้การปรึกษา การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ความเครียด ผู้ปกครองเด็กออทิสติก

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อุบลราชธานี

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี นครราชสีมา

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อุบลราชธานี

²ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email sakdakh@sut.ac.th Tel: 0837927207



The Effects of a Counseling Program Based on the Participatory Learning Processes on Stress Among Parents of Children with Autism Receiving Inpatient Services at Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital

Supawadee Khamkuna M.P.H.¹

Sakda Khumkom Ph.D.^{2,4}

Yohun Sittikun Dip.N.S.³

Arunkamon Saprum M.N.S.³

(Received Date: June 1, 2025, Revised Date: August 17, 2025, Accepted Date: August 18, 2025)

Abstract

Autism is a neurodevelopmental disorder characterized by impairments in communication skills, abnormal behaviors, and social deficits. These challenges significantly affect parents and primary caregivers, often causing chronic stress due to the demands of long-term care. This quasi-experimental study employed a two-group pretest-posttest design. The objectives were to compare the stress levels of the experimental group before and after receiving a counseling program based on participatory learning processes, and to compare the outcomes between the experimental and control groups. The sample consisted of 50 primary caregivers of children diagnosed with autism who were receiving inpatient treatment at the Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital in Ubon Ratchathani. The participants were divided into two groups: the experimental group ($n = 25$) received a participatory learning-based counseling program delivered in four sessions, each lasting 60–90 minutes, while the control group ($n = 25$) received standard nursing care. The research tools included the counseling program based on participatory learning processes and a parental stress questionnaire. Data were analyzed using One-way Repeated Measures ANOVAs for within-group comparisons and Two-way Repeated Measures ANOVAs for between-group comparisons at the pre-test, post-test at the completion of program, and at the one-month follow-up timepoints.

The results showed that the stress levels of the experimental group had significantly decreased after participating in the program ($p < .001$), both immediately after the intervention and at the one-month follow-up, with mean differences of 1.68 and 1.71, respectively. At the one-month follow-up, the stress levels of the experimental group were significantly lower than those of the control group ($p < .001$), with a mean difference of 0.74. Therefore, the counseling program incorporating participatory learning processes effectively reduced stress levels among parents of autistic children receiving inpatient services at Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital.

Keywords: counseling, participatory learning, stress, autistic child's parent

¹Registered Nurse (Senior Professional Level), Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital, Ubon Ratchathani.

²Assistant Professor, Institute of Nursing, Suranaree University of Technology. Nakhon Ratchasima.

³Registered Nurse (Professional Level), Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital. Ubon Ratchathani.

²Corresponding Author, Email: sakdakh@sut.ac.th Tel: 083-7927207



บทนำ

ออทิสติก (Autism spectrum disorder: ASD) เป็นโรคที่รู้จักกันมานาน พบทุกประเทศทั่วโลก แม้จะมีความชุกแตกต่างกันในแต่ละประเทศ แต่ก็พบว่ามีความโน้มเอียงเพิ่มขึ้นเหมือนกัน Zeidan และคณะ¹ ได้ทำการทบทวนงานวิจัยของ 71 เรื่องจาก 34 ประเทศทั่วโลกในรอบ 10 ปี (ค.ศ.2012-2021) พบความชุกร้อยละ 1 พบสูงสุดที่ทวีปอเมริกาและยุโรปเพศชายมากกว่าเพศหญิง 4.20 เท่า และมีความบกพร่องทางสติปัญญาาร่วมด้วยร้อยละ 33 จากการเฝ้าระวังของเครือข่ายการติดตามโรคออทิสติกและความบกพร่องทางพัฒนาการจาก 16 พื้นที่ของสหรัฐอเมริกาในปี 2022 พบว่า ความชุกร้อยละ 3.22 พบเพศชายมากกว่าเพศหญิง 3.40 เท่า² จากการศึกษาสถานการณ์โรคจิตเวชเด็กไทยปี พ.ศ. 2565 – พฤษภาคม พ.ศ. 2566 ในกลุ่มเด็ก 2-5 ปี พบว่า มีอัตราผู้ป่วยออทิสติกรายใหม่ เท่ากับ 112.87 คนต่อแสนประชากร โดยสูงสุด 3 อันดับแรกในเขตสุขภาพที่ 1, 6 และ 4 ในอัตรา 174.44, 143.91 และ 130.06 คนต่อแสนประชากรตามลำดับ³ สำหรับโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ สถิติการให้บริการผู้ป่วยโรคออทิสติก พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในปี พ.ศ. 2563 ถึง พ.ศ. 2565 มีจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 3,368, 3,567 และ 4,364 ราย ตามลำดับ คิดเป็นจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเพิ่มขึ้น จำนวน 3 และ 9 เท่า ตามลำดับ และผู้ป่วยโรคออทิสติกที่มีอาการรุนแรงจำเป็นต้องรักษาแบบผู้ป่วยในมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี 2562 - 2564 จำนวน 117, 122 และ 106 ราย ตามลำดับ⁴ เด็กที่เป็นโรคออทิสติกมักมีปัญหาในการโต้ตอบกับผู้อื่น และปัญหาในกิจกรรมทางสังคม นอกเหนือจากความท้าทายทางสังคม และการสื่อสารแล้ว เด็กที่เป็นออทิสติกมักมีปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรม ความก้าวร้าว ความวิตกกังวล ความหงุดหงิด พฤติกรรมทำร้ายตนเอง⁵ ความบกพร่องและความยากลำบากทั้งหมดนี้ต้องอาศัยการดูแลและช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง จึงทำให้ผู้ดูแลโดยเฉพาะผู้ปกครองต้องเผชิญกับความท้าทายและภาระที่หนักหน่วง เป็นที่ทราบกันดีว่าผู้ปกครองของเด็กออทิสติกมักมีความเครียดในระดับที่สูงกว่าผู้ปกครองของเด็กที่มีพัฒนาการตามปกติ และเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการอื่น ๆ⁶ นอกจากนี้ ผู้ปกครองเหล่านี้มักมีรายงานเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิต เช่น ความเครียด ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า⁷ เช่นเดียวกันกับการศึกษาจำนวนมากแสดงให้เห็นว่าผู้ปกครองของเด็กที่เป็นโรคออทิสติกต้องเผชิญกับความท้าทายที่ไม่เหมือนใคร และประสบกับระดับความเครียดที่สูงกว่าผู้ปกครองที่มีเด็กพัฒนาการปกติโดยทั่วไป⁸ ปัญหาเหล่านี้เป็นสิ่งที่ท้าทายในการจัดการสำหรับเด็กเอง และเป็นสิ่งที่ท้าทายอย่างมากสำหรับผู้ปกครอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับมารดาที่เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กที่เป็นโรคออทิสติกนำไปสู่ความไม่พอใจในชีวิตประจำวัน ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในที่สุด⁹

มีรายงานการศึกษาจำนวนมากที่ใช้ให้เห็นว่าผู้ปกครองของเด็กที่เป็นโรคออทิสติกมีความเครียดในการเลี้ยงลูกในระดับที่สูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับความพิการที่เกี่ยวข้องกับเด็กอื่น ๆ ในปัจจุบัน¹⁰ การทบทวนอย่างเป็นระบบที่ประเมินสุขภาพจิตของผู้ปกครองของเด็กออทิสติก พบว่า มีความเครียดสูงในหมู่ผู้ปกครองในยุโรป อเมริกาใต้ และอเมริกาเหนือ เอเชีย ตะวันออกกลาง และโอเชียเนีย^{11,12} โดยพบว่าความเครียดที่เกิดจากการดูแลเด็กออทิสติกเป็นระยะเวลานาน ส่งผลกระทบกับคุณภาพชีวิต กลุ่มพ่อแม่ผู้ปกครองที่ดูแลเด็กออทิสติกมีความเครียดระดับสูงขึ้น และมีความเป็นอยู่ที่ต่ำกว่าผู้ปกครองเด็กที่มีพัฒนาการปกติ โดยพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียด คือ ความรุนแรงของอาการออทิสติก ความยากลำบากในการดูแล ความกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษา รวมถึงความยุ่งยากในการเข้าถึงบริการจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต¹³ ในประเทศไทยก็เช่นกันมีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดของผู้ปกครองเด็กออทิสติก สาเหตุทั่วไปของความเครียด ได้แก่ การขาดการสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของอาการออทิสติก ความยากลำบากทางการเงิน การรับรู้ และความเข้าใจของผู้ปกครองต่อโรคออทิสติก ความวิตกกังวลของผู้ปกครอง และความกังวลเกี่ยวกับอนาคตของลูก และความเชื่อทางศาสนา ปัญหาอุปสรรคสำคัญในการดูแลเด็กออทิสติกยังเกิดจากผู้ปกครองขาดความรู้เรื่องโรคออทิสติก การใช้ยาที่ถูกต้อง ขาดทักษะในการดูแลกิจวัตรประจำวัน และการฝึกพัฒนาการของเด็กออทิสติก และไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กออทิสติก ตลอดจนผู้ปกครองมีความต้องการแหล่งสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การได้รับข้อมูล และคำแนะนำในการดูแลเด็ก โดยเฉพาะสิทธิทางการศึกษา สิทธิด้านการรักษาพยาบาล การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการ และการรักษาสิทธิในการรับทราบข่าวประชาสัมพันธ์ กิจกรรม หรือความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลรักษาเด็ก เพื่อให้สามารถดูแลเด็กได้อย่างเหมาะสม¹⁴



ดังนั้น ความรู้และทักษะที่เหมาะสมในการเผชิญปัญหา และการได้รับการจัดการกับภาวะการดูแลดังกล่าว จึงมีความจำเป็นต่อผู้ดูแล ซึ่งเป็นผู้ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการช่วยเหลือเด็กออทิสติก การเตรียมพลังกาย และพลังใจในตัวเอง จึงมีความสำคัญมาก ทีมบุคลากรที่ดูแลควรให้การปรึกษา ถึงสิ่งที่ผู้ปกครองเป็นกังวลใจ ปัญหา และแนวทางการดูแลที่เหมาะสม¹⁵ สำหรับการดูแลช่วยเหลือผู้ปกครองเด็กออทิสติกในต่างประเทศ มีรายงานการศึกษาผลของระดับการสนับสนุนต่อความเครียด ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลของผู้ปกครองและต่ออาการของเด็กออทิสติก โดยการสำรวจออนไลน์ในการให้คะแนนระดับการสนับสนุน (คู่สมรส ครอบครัว เพื่อน ผู้เชี่ยวชาญ) กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 585 คน กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงอาการของลูก ความเครียดที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและการให้คะแนนของการบำบัดของเด็ก ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองมองว่าคู่สมรสและครอบครัวให้การสนับสนุน มากกว่าเพื่อนและผู้เชี่ยวชาญ การสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวข้องกับการลดระดับความเครียดที่เกี่ยวข้องกับการดูแล¹⁶ ในประเทศไทย การศึกษาของ สุภาวดี คำคุณา¹⁴ ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้นต่อความเครียดของผู้ปกครอง เด็กออทิสติกหลังได้รับการวินิจฉัยในผู้ปกครองเด็กออทิสติกที่มารับบริการที่กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบว่าหลังใช้โปรแกรมฯ ผู้ปกครองมีความรู้เรื่องโรค และมีทักษะการดูแลเด็กเพิ่มขึ้น ระดับความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

จากการประเมินปัญหาและสถานการณ์ของเด็กออทิสติกที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ระหว่างปี พ.ศ. 2564 – พ.ศ. 2565 พบว่า มีแนวโน้มรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากเด็กออทิสติกที่มีปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์รุนแรง และจากการประเมินระดับความเครียดของพ่อแม่ผู้ปกครองของเด็กออทิสติก ระหว่างเดือน มกราคม พ.ศ. 2565 - มีนาคม พ.ศ. 2565 จำนวน 50 คน พบว่าร้อยละ 60 ของผู้ปกครองมีความเครียดสูงกว่าปกติระดับปานกลาง และร้อยละ 40 มีความเครียดสูงกว่าปกติระดับมาก โดยผู้ปกครองเครียดวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของบุตร รู้สึกเหนื่อยล้า บางคนนอนไม่หลับ หรือรับประทานอาหารได้น้อยลง ส่งผลต่อสุขภาพกาย และจิตใจ ซึ่งปัญหาดังกล่าวจะส่งผลต่อคุณภาพการดูแลเด็กออทิสติก ด้วยการช่วยเหลือที่ผู้ปกครองได้รับ คือ การให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลเด็ก โดยจะให้คำแนะนำก่อนการจำหน่ายผู้ป่วย และให้คำปรึกษารอบครัวในรายที่มีความจำเป็น ซึ่งพบว่า ยังไม่เพียงพอที่จะช่วยให้ผู้ปกครองมีทัศนคติที่ดี มีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะในการดูแลเด็กออทิสติกได้ ผู้ปกครองส่วนใหญ่ยังมีความเครียดวิตกกังวล ไม่มั่นใจในการดูแลเด็ก ส่งผลให้มีเด็กออทิสติกที่กลับมารักษาซ้ำด้วยปัญหาเดิม ๆ

จากความสำคัญของปัญหา และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงได้นำโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้นต่อความเครียดของผู้ปกครองเด็กออทิสติกหลังได้รับการวินิจฉัยของ สุภาวดี คำคุณา และคณะ¹⁴ ซึ่งนำมาใช้กับผู้ปกครองเด็กออทิสติก ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ มาปรับปรุงและพัฒนาให้เข้ากับบริบทของผู้ป่วยใน โดยปรับโครงสร้างโปรแกรมฯ เพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมการสื่อสาร ความเครียดและการจัดการที่เหมาะสม และการฝึกปฏิบัติเพื่อผ่อนคลายความเครียด ใช้เทคนิคกระบวนการการให้คำปรึกษาภายใต้สัมพันธภาพที่ตระหนักรู้ให้ผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับการปรึกษา โดยคาดหวังว่าโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการประยุกต์ใช้กระบวนการการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้นนี้จะส่งผลให้ผู้ปกครองมีทัศนคติที่ดี มีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะในการจัดการกับอารมณ์ความเครียดของตนเองได้ มีความพร้อมและมีศักยภาพในการดูแลเด็กออทิสติกให้มีอารมณ์และพัฒนาการที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยประยุกต์กระบวนการการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความเครียดของผู้ปกครองเด็กออทิสติกที่มารับบริการแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ดังนี้

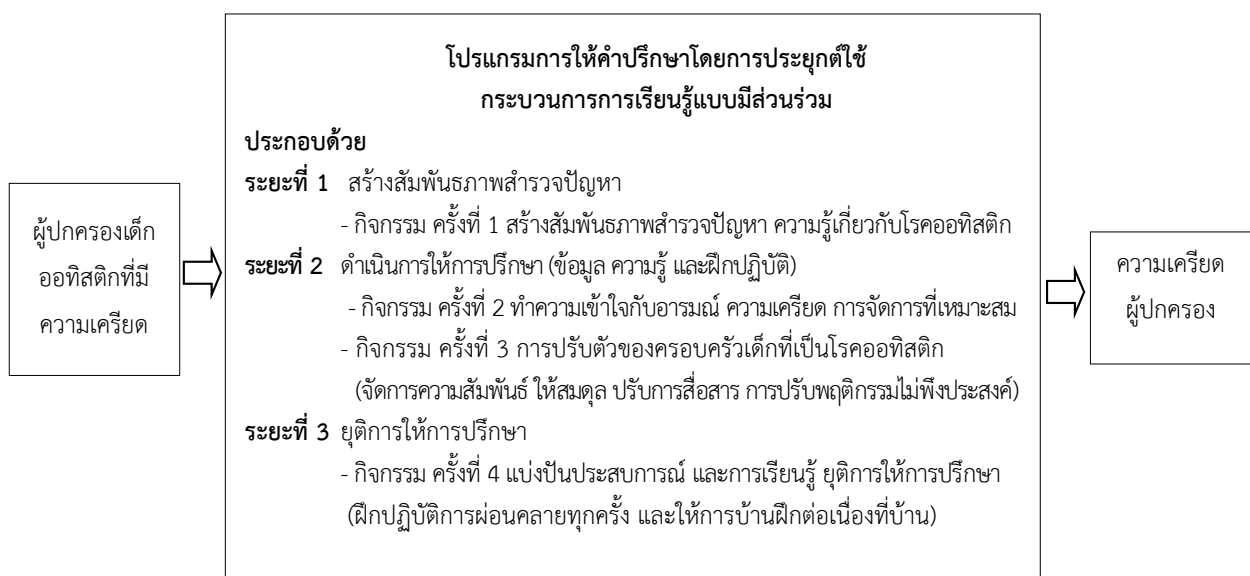
1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดของผู้ปกครองเด็กออทิสติกก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยการประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดของผู้ปกครองเด็กออทิสติกระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยการประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ



กรอบแนวคิดการวิจัย

ความเครียดตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman¹⁷ เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และสิ่งแวดล้อม เมื่อบุคคลรับรู้ว่าจะต้องเผชิญกับความกดดันจากเหตุการณ์ภายนอก ซึ่งมีมากกว่าความสามารถที่ตนจะสามารถรับมือได้ ก่อให้เกิดความเครียด บุคคลจะพยายามจัดการหรือเผชิญกับเหตุการณ์อย่างเต็มที่ เพื่อตอบสนองต่อความเครียด และเพื่อให้ความเครียดลดลง วิธีการเผชิญความเครียดต้องผ่านกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคลนั้น พิจารณาดัดสินใจถึงความสำคัญของเหตุการณ์ 3 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินขั้นปฐมภูมิ เป็นการประเมินตัดสินถึงความสำคัญ และความรุนแรงของเหตุการณ์ต่อตนเอง 2) การประเมินขั้นทุติยภูมิ เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์ และทางเลือกที่จะจัดการกับเหตุการณ์นั้นๆ 3) การประเมินตัดสินใหม่ เป็นการประเมินเหตุการณ์เดิมจากการได้รับข้อมูลใหม่ และพิจารณาเหตุการณ์ที่ผ่านมาแล้ว ประเมินซ้ำเพื่อดูว่ายังมีอันตรายหรือลดลง

การจัดการความเครียดของผู้ปกครองเด็กออทิสติกตามโปรแกรมการให้คำปรึกษา โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความเครียดของผู้ปกครองเด็กออทิสติก ซึ่งพัฒนามาจากโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้นต่อความเครียดของผู้ปกครองเด็กออทิสติกหลังได้รับการวินิจฉัยของ สุภาวดี คำภุณา และคณะ¹⁴ เป็นการจัดการความเครียดตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman¹⁷ และการให้คำปรึกษารายกลุ่ม ใช้กระบวนการ ขั้นตอนการให้คำปรึกษา ผ่านกระบวนการการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมตามแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์แบบมีส่วนร่วมของ Kolb¹⁸ และการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ปกครองที่มีความเครียดอาศัยปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับการปรึกษา เน้นที่ตัวผู้รับการปรึกษา (Client-center) ตามแนวคิดของ Rogers¹⁹ โดยมีผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้ช่วยใช้เทคนิคการสื่อสาร เอื้ออำนวยให้ผู้ปกครองเด็กออทิสติกได้สำรวจ ความคิด ความรู้สึก ทักษะคิด ตลอดจนพฤติกรรมต่าง ๆ ของตน ผู้ให้คำปรึกษาสันับสนุนข้อมูล ความรู้ และทักษะในการจัดการความเครียด และการดูแลเด็กออทิสติก และเอื้ออำนวยให้เกิดกระบวนการการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลเด็กออทิสติก จะเป็นแหล่งสนับสนุนให้ผู้ปกครองสามารถนำมาแก้ไขปัญหาของตนได้อย่างเหมาะสม ดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม ๆ ละ 10 - 12 คน จำนวน 4 ครั้ง ๆ ละ 60 - 90 นาที ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพสำรวจปัญหา ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคออทิสติก ระยะที่ 2 ดำเนินการช่วยเหลือเอื้ออำนวยให้ผู้ปกครองได้ทำความเข้าใจกับอารมณ์ ความเครียด และฝึกปฏิบัติ การจัดการที่เหมาะสม การจัดการความสัมพันธ์ในครอบครัวให้สมดุล ปรับเรื่องการสื่อสาร การปรับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของเด็ก ออทิสติก ระยะที่ 3 ยุติการให้คำปรึกษา สนับสนุน เอื้ออำนวยให้สมาชิกกลุ่มได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และยุติกลุ่ม เมื่อได้รับความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะในการจัดการกับปัญหาและความเครียดที่เหมาะสมแล้ว ความเครียดจะลดลง โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัยดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) คือ ผู้ปกครองเด็กออทิสติกที่เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กออทิสติก ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคออทิสติก (autistic spectrum disorder: ASD) เกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Fifth Edition: DSM 5-TR)²⁰ ที่มารับการบริการแบบผู้ป่วยในเนื่องจากมีพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นที่ผู้ปกครองไม่สามารถควบคุมและจัดการได้ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คือ ผู้ปกครองเด็กออทิสติกที่เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กออทิสติกที่ได้รับการวินิจฉัยโรคออทิสติก เกณฑ์ DSM 5-TR ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ระหว่างวันที่ 7 กันยายน พ.ศ. 2565 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 50 คน คัดเลือกแบบเจาะจงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Selection Criteria)

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ดูแลหลัก ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่มีอายุระหว่าง 18 ถึง 60 ปี ของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยโรคออทิสติก ตามเกณฑ์ DSM 5 -TR ที่เข้ามารับบริการแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ที่มีความเครียดระดับปานกลางขึ้นไป
2. เป็นผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือเป็นญาติ เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา เป็นต้น
3. เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยออทิสติกที่อาศัยอยู่ร่วมกัน
4. ไม่มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังใดๆ รวมถึงโรคจิตโรคประสาท
5. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ดูแลที่มีประวัติการรักษาทางจิตเวช และมีภาวะฉุกเฉินทางกาย
2. ผู้ดูแลที่มีข้อจำกัดในการสื่อสารด้วยการพูด อ่าน เขียน

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้คำนวณหาขนาดตัวอย่าง โดยใช้การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่ม โดยใช้สูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ Bernard²¹

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 \times (\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

n = จำนวนขนาดตัวอย่าง

$Z_{\alpha/2}$ = ค่าสถิติภายใต้โค้งมาตรฐาน เมื่อระดับนัยสำคัญทางสถิติ $\alpha = 0.05$ คือ 1.96

Z_{β} = ค่าสถิติภายใต้โค้งมาตรฐาน เมื่อกำหนดระดับอำนาจในการทดสอบ 90% คือ 1.28

μ_1, μ_2 = ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

σ_1, σ_2 = ค่าความแปรปรวนของคะแนนความเครียด แทนด้วย SD ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

โดยนำผลการศึกษาของไวโลร์ตัน สะสมผลสวัสดิ์ และคณะ²² มาใช้ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 5.12 (SD = 1.64) และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 7.04 (SD = 1.94) นำมาแทนค่าดังนี้



$$n = \frac{(1.96 + 1.28)^2 \times (1.641^2 + 1.947^2)}{(5.12 - 7.04)^2}$$

$$n = 19 \text{ รายต่อกลุ่ม} + \text{dropout } 30\% (6 \text{ ราย})$$

$$n = 25 \text{ รายต่อกลุ่ม}$$

ดังนั้นในการศึกษานี้จะใช้กลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 25 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 25 ราย รวมทั้งหมด 50 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยโรคออทิสติก โดยสอบถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว (เฉลี่ยต่อเดือน) ระยะเวลาที่ให้การดูแล เด็กออทิสติก วิธีการดูแลเด็ก ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลเด็ก

2. แบบสอบถามระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกของ ศศิธร แก้วนพรัตน์ อ้างถึงใน สุภาวดี คำภูณา และคณะ¹⁴ นำมาแปลเป็นภาษาไทย โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมกับคนไทย และนำไปลองใช้กับบิดามารดาเด็กออทิสติกในโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 20 ราย เนื่องจากมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มประชากรที่จะศึกษา และหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาค (Cronbach' s Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น = .86 แบบสอบถามระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก มีจำนวน 17 ข้อ ลักษณะแบบสอบถาม ประกอบด้วย

คำถามเชิงบวก จำนวน 9 ข้อ คือ 1, 2, 6, 8, 10, 11, 13, 16, 17 ให้คะแนน 5 = เป็นความจริงมากที่สุด 4 = เป็นความจริงมาก 3 = เป็นความจริงปานกลาง 2 = เป็นความจริงน้อย 1 = เป็นความจริงน้อยที่สุด

และคำถามเชิงลบ จำนวน 8 ข้อ คือ 3, 4, 5, 7, 9, 12, 14, 15 ให้คะแนน 1 = เป็นความจริงมากที่สุด 2 = เป็นความจริงมาก 3 = เป็นความจริงปานกลาง 4 = เป็นความจริงน้อย 5 = เป็นความจริงน้อยที่สุด

การแปลผลคะแนน แบ่งระดับความเครียดตามคะแนนเฉลี่ยดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49 = ระดับความเครียดมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49 = ระดับความเครียดมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49 = ระดับความเครียดปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 = ระดับความเครียดน้อย

คะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 = ระดับความเครียดน้อยที่สุด

3. โปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยประยุกต์กระบวนการการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้นต่อความเครียดของผู้ปกครองเด็กออทิสติกหลังได้รับการวินิจฉัยของ สุภาวดี คำภูณา และคณะ¹⁴ ซึ่งศึกษาในกลุ่มผู้ปกครองเด็กออทิสติกที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ นำมาปรับโครงสร้าง เพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของ เด็กออทิสติก การสื่อสารเชิงบวก การจัดการความสัมพันธ์ในครอบครัวให้สมดุล ความเครียด และการจัดการที่เหมาะสม และการฝึกปฏิบัติ เพื่อผ่อนคลายความเครียด ซึ่งในโปรแกรมฯ จะดำเนินการเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 10 - 12 คน ดำเนินกิจกรรม กลุ่มละ 4 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที แบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพสำรวจปัญหา กิจกรรม 1 ครั้ง ระยะที่ 2 ดำเนินการให้การปรึกษา กิจกรรม 2 ครั้ง ระยะที่ 3 ยุติการให้คำปรึกษา กิจกรรม 1 ครั้ง ในแต่ละครั้งใช้เทคนิค และกระบวนการของการให้คำปรึกษา สัมพันธภาพที่เกิดขึ้นระหว่างการให้การปรึกษาจะเอื้ออำนวยให้ผู้ปกครองเด็กออทิสติก ได้สำรวจ ความคิด ความรู้สึกทัศนคติ ตลอดจนพฤติกรรมต่าง ๆ ของตน อันจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหา โดยใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของสมาชิกในกลุ่มทำการบำบัดระหว่างเด็กอยู่โรงพยาบาล จำนวน 3 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และหลังจำหน่าย ครบ 1 เดือน จำนวน 1 ครั้ง บำบัดโดยผู้วิจัยหลักและผู้ช่วยวิจัย



การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมการให้คำปรึกษา โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีการหาความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) โดยการนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาไปตรวจสอบหาดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) และภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น จำนวน 1 ท่าน พยาบาลที่ได้รับวุฒิบัตรความรู้ความชำนาญเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลจิตเวชที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น จำนวน 1 ท่าน พิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหา พร้อมกับการตรวจสอบความครอบคลุมความสมบูรณ์ของเนื้อหา หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ และคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) มีค่าเท่ากับ 1 และจากนั้นผู้วิจัยนำไปทดลองใช้ ในผู้ดูแลหลักของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยโรคออทิสติกที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน แล้วนำมาปรับปรุงก่อนนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่ได้ไปใช้จริง

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้เสนอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ วันที่ 2 กันยายน พ.ศ. 2565 ได้รับการรับรอง วันที่ 7 กันยายน พ.ศ. 2565 COA No. 09/2565 ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ โดยกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการครั้งนี้ จะได้รับการอธิบายให้เข้าใจวัตถุประสงค์ของโครงการ วิธีการเข้าร่วมโครงการ รายละเอียดขั้นตอน ระยะเวลา และกิจกรรมที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการ ประโยชน์ที่จะได้รับ และความไม่สุขสบายหรือความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะได้รับจากกรรมวิธีการวิจัย และวิธีการป้องกันแก้ไขที่ผู้วิจัยเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น การขอความยินยอมจากอาสาสมัครเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลเสียใด ๆ เกิดขึ้น การรักษาความลับของข้อมูลการวิจัย โดยใช้รหัสแทน ชื่อ – นามสกุล ของกลุ่มตัวอย่าง โดยผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น การเก็บข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนี้ แยกเก็บข้อมูลไปยินยอมออกจากแบบเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ ไว้ในตู้เอกสารแบบทึบ ที่มีกุญแจล็อคคนละตู้ และจะสามารถเปิด-ปิดด้วยกุญแจได้เฉพาะทีมผู้วิจัย สำหรับไฟล์เอกสารในคอมพิวเตอร์จะถูกป้องกัน โดยมีรหัสผ่านเข้าข้อมูลได้เพียงทีมผู้วิจัยเท่านั้น โดยข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายหลังจากผลการวิจัยนี้ได้ทำการเผยแพร่

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเตรียมการดำเนินการวิจัย

1. เสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เพื่อขอรับการรับรองจริยธรรมการวิจัย ขออนุมัติผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และขออนุญาตหัวหน้ากลุ่มภารกิจบริการทางการแพทย์พยาบาลจิตเวช เพื่อดำเนินการวิจัย
2. เตรียมทีมผู้ช่วยนักวิจัย จำนวน 3 คน โดยได้ทำความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยหลักเตรียมเรื่องการบำบัดตามโปรแกรม ผู้ช่วยวิจัย คัดเลือก การเก็บรวบรวมข้อมูล การใช้เครื่องมือประเมินผล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ การเตรียมบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการวิจัย เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับการวิจัย โดยผู้วิจัยขออนุญาตหัวหน้ากลุ่มภารกิจบริการทางการแพทย์พยาบาลจิตเวช จัดประชุมบุคลากรที่เกี่ยวข้องอธิบายเกี่ยวกับการดำเนินการทดลอง
3. เตรียมเครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก 3) โปรแกรมการให้คำปรึกษา โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อใช้ในการดำเนินกิจกรรมการบำบัดตามโปรแกรม ให้มีจำนวนเพียงพอและพร้อมใช้



4. เตรียมคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยโรคออทิสติก ที่เข้ามารับการรักษาที่จิตเวชเด็ก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า และเกณฑ์คัดออก ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับ งามความสมัครใจ และลงนามในใบยินยอม เข้าร่วมโครงการแล้วนำมาสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีจับฉลาก เพื่อลดความลำเอียงจากการจัดเข้ากลุ่ม

ขั้นตอนการทดลอง ดำเนินการระหว่างวันที่ 7 กันยายน พ.ศ. 2565 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2566 นักวิจัยผู้บำบัดตามโปรแกรมฯ จำนวน 2 คน คือ ผู้วิจัยหลักและผู้ร่วมวิจัย ทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม และผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม ทำหน้าที่บำบัดรายกลุ่มตามแผนกิจกรรมของโปรแกรมฯ และให้การช่วยเหลือกรณีกลุ่มตัวอย่างมีความต้องการการช่วยเหลือหรือออกจากกลุ่ม

ขั้นประเมินผลการทดลอง ประเมินผลหลังการทดลอง หลังเสร็จสิ้นการทดสอบทันที และติดตามอีก 1 เดือน ด้วยแบบสอบถามระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก โดยผู้ช่วยนักวิจัยอีก 1 คน ซึ่งเป็นพยาบาลจิตเวชที่ไม่ได้ทำการบำบัดตั้งแต่แรกจนถึงสิ้นสุดการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ระหว่างเดือน มีนาคม พ.ศ. 2566 - เมษายน พ.ศ. 2566 ดังนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสูงสุด ต่ำสุด
2. ใช้สถิติเชิงเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

2.1 เพศ (หญิง-ชาย) และความเพียงพอของรายได้ (เพียงพอ-ไม่เพียงพอ) ใช้สถิติ Chi-square test (Fisher Exact test)

2.2. อายุ (แบ่งช่วงอายุ) สถานภาพสมรส อาชีพ การศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ใช้สถิติ Chi-square test (Pearson Chi-Square)

2.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของอายุ รายได้ และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ใช้ โดยใช้สถิติ Independent t-test

3. เปรียบเทียบระดับความเครียดจากความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียดของกลุ่มทดลองก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม หลังร่วมกิจกรรมสิ้นสุดตามโปรแกรมทันที และระยะติดตาม 1 เดือน หลังได้รับโปรแกรม ภายในกลุ่ม โดยใช้สถิติ One-way Repeated Measure ANOVA และใช้ Post hoc analysis ด้วยวิธีของ Bonferroni เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

4. เปรียบเทียบระดับความเครียดจากคะแนนเฉลี่ยความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ในแต่ละช่วงเวลา โดยใช้สถิติ Two-way Repeated Measure ANOVA และใช้ Post hoc analysis ด้วยวิธีของ Bonferroni เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็กออทิสติก

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลอง จำนวน 25 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 มีอายุเฉลี่ย 36.40 ปี (S.D. = 6.50) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส ร้อยละ 88 ประกอบอาชีพรับราชการ ร้อยละ 32 จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี/เทียบเท่ามากที่สุด ร้อยละ 56 รายได้มากกว่า 15,000 บาท/เดือน ร้อยละ 60 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ 4 ปี ร้อยละ 44

สำหรับกลุ่มควบคุม ซึ่งมี จำนวน 25 คน ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 80 มีอายุเฉลี่ย 35.64 ปี (S.D. = 5.85) ส่วนใหญ่ สถานภาพสมรส ร้อยละ 88 ประกอบอาชีพรับราชการ ร้อยละ 32 จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี/เทียบเท่ามากที่สุด ร้อยละ 64 รายได้มากกว่า 15,000 บาท/เดือน ร้อยละ 56 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ 4 ปี ร้อยละ 36

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างในทุกประเด็นของคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม



ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เปรียบเทียบระดับความเครียดของผู้ปกครองเด็กออทิสติกก่อนและหลังที่ได้รับการให้คำปรึกษา โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 พบว่า ระดับความเครียดของกลุ่มทดลองหลังได้รับการให้คำปรึกษา โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมลดลงกว่าก่อนได้รับการให้คำปรึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ปกครองเด็กออทิสติก ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม หลังร่วมกิจกรรมสิ้นสุดตามโปรแกรมทันที และระยะติดตาม 1 เดือน หลังได้รับการให้คำปรึกษา มีความแตกต่างกันอย่างน้อยหนึ่งช่วงเวลา ($p < .001$) โดยอ่านผลการวิเคราะห์ข้อมูลจาก Greenhouse-Geisser (Mauchly's $W = .68$, Chi-Square = 8.92 และมีค่า $p = .012$) จึงทดสอบรายคู่ วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างช่วงเวลา โดยควบคุมความผิดพลาดด้วยวิธีของ Bonferroni พบว่า ในระยะก่อนร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด แตกต่างกับหลังร่วมกิจกรรม และระยะติดตาม ($p < .001$) โดยหลังร่วมกิจกรรม และระยะติดตามจะมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1.68 และ 1.71 ตามลำดับ ส่วนในระยะหลังร่วมกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ยความเครียด ไม่ต่างกับระยะติดตาม $p = .137$ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียดของผู้ปกครองเด็กออทิสติกภายในกลุ่มทดลอง ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม หลังร่วมกิจกรรมสิ้นสุดตามโปรแกรมทันที และระยะติดตาม 1 เดือน (n=25)

ระยะ	ความเครียด		Time	ความเครียด		ความแตกต่าง		p-value
	mean	S.D.		mean	S.D.	Mean	S.E	
ก่อน	1.90	0.06	หลัง	3.58	0.09	1.68	0.02	<0.001*
			ติดตาม	3.61	0.09	1.71	0.02	<0.001*
หลัง	3.58	0.09	ติดตาม	3.61	0.09	0.03	0.01	0.137

* มีนัยสำคัญทางสถิติ < .05

2.2 เปรียบเทียบระดับความเครียดของผู้ปกครองเด็กออทิสติกระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษา โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับการให้คำปรึกษาโดยการประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ จากการทดสอบด้วย One-between one-within ANOVA พบว่า อิทธิพลร่วมระหว่างกลุ่มและเวลาถึงระดับนัยสำคัญ ($F=725.04$, $p < .001$) คือ รูปแบบความเครียดของผู้ปกครองเด็กออทิสติก ในช่วงเวลาต่าง ๆ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างน้อยหนึ่งช่วงเวลา โดยอ่านผลการวิเคราะห์ข้อมูลจาก Greenhouse-Geisser (Mauchly's $W = .78$, Chi-Square = 11.47, $p = .003$) ด้วยเหตุนี้ จึงทดสอบเป็นรายคู่ วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ในแต่ละช่วงเวลาด้วยวิธีของ Bonferroni เมื่อทดสอบอิทธิพลรายคู่ พบว่า ในระยะก่อนร่วมกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน $p = .142$ ในระยะหลังร่วมกิจกรรมกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความเครียด แตกต่างกับกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดมากกว่ากลุ่มควบคุม เท่ากับ 0.97 ในระยะติดตาม 1 เดือน กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดมากกว่ากลุ่มควบคุมเท่ากับ 0.74 รายละเอียดดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความเครียดของผู้ปกครองเด็กออทิสติก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง หลังทดลองสิ้นสุดตามโปรแกรมทันที และระยะติดตาม 1 เดือนหลังได้รับโปรแกรม (n=50)

ความเครียด	กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)		ความแตกต่าง		95% CI ของ ความแตกต่าง		p-value [£]
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.E.	lower	upper	
ก่อนร่วมกิจกรรม	1.90	0.06	1.87	0.06	0.06	0.02	0.01	0.06	0.142
หลังร่วมกิจกรรม	3.58	0.09	2.61	0.09	0.97	0.03	0.92	1.03	<0.001*
ติดตาม 1 เดือน	3.61	0.09	2.86	0.10	0.74	0.03	0.69	0.80	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติ < .05

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยผู้วิจัยมีประเด็นการอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 เปรียบเทียบระดับความเครียดของผู้ปกครองเด็กออทิสติกก่อนและหลังที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยการประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจากการเปรียบเทียบคะแนนความเครียด พบว่าระดับความเครียดลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ปกครองที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้มีโอกาสดูแลบุตรหลาน ความรู้สึก ความคับข้องใจเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการดูแลเด็กออทิสติก การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลเด็กออทิสติกของแต่ละครอบครัว ทำให้เกิดความรู้สึกที่เป็นสากล (Universality) คือ ผู้ปกครองได้เรียนรู้ว่าไม่ใช่มีเฉพาะตนเองที่กำลังประสบปัญหา ผู้ปกครองอื่นก็มีปัญหาเช่นเดียวกัน การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ช่วยให้ผู้ปกครองได้สำรวจปัญหา รู้ว่าอะไรคือปัญหา และหาแนวทางในการแก้ปัญหา เกิดการเรียนรู้วิธีการในการแก้ปัญหา มีการให้กำลังใจซึ่งกันและกันในสมาชิกผู้ปกครองด้วยกัน รวมทั้งส่งเสริมทักษะการเผชิญปัญหา เพื่อช่วยลดความเครียดของผู้ดูแล โดยการมุ่งเน้นที่การปรับอารมณ์ (Emotional focus coping) โดยการฝึกให้บุตรหลานความรู้สึกกับบุคคลที่ไว้วางใจ เพื่อเรียนรู้ว่าจำเป็นต้องระบายออกมาหรือฝึกทักษะการหายใจแบบลึก เมื่อเกิดความเครียด²¹ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลโลว์ตัน สะสมผลสวัสดิ์ และคณะ²² ที่ศึกษาผลของกลุ่มประคับประคองและสุขภาพจิตศึกษาต่อความเครียดของผู้ปกครองเด็กออทิสติก พบว่าหลังผู้ปกครองได้รับโปรแกรมกลุ่มประคับประคองความเครียดของผู้ปกครองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และทั้งนี้อาจเกิดจากการได้รับการปรึกษา สนับสนุนแหล่งประโยชน์ โดยการให้ข้อมูลความรู้ ทักษะในการจัดการความเครียด และแนวทางการจัดการดูแลเด็กออทิสติกที่เหมาะสมจากทีมผู้วิจัย สอดคล้องกับการศึกษาของ แสงนภา บารมี และทยาวิรุ จันทรวัดมน²³ ที่ศึกษาระดับความเครียดและแนวทางการจัดการกับความเครียดของผู้ปกครองเด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษาด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาพบว่า ผู้ปกครองของเด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีความเครียดระดับสูง ผู้ปกครองของเด็กออทิสติกมีการจัดการกับความเครียด โดยมุ่งแก้ไขปัญหามุ่งแก้ไขอารมณ์อยู่ในระดับมาก เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ผู้ปกครองจะพยายามหาวิธีในการแก้ไขปัญหานั้นหลากหลายวิธีและเลือกใช้วิธีที่เป็นไปได้มากที่สุดในการแก้ไขปัญห และพยายามวิเคราะห์ถึงสาเหตุ ของปัญหานั้นอย่างรอบคอบเพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างถูกต้อง และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา จันทร์สุวรรณ และคณะ²⁴ ที่พบว่าผู้ดูแลเด็กออทิสติกมีความเครียดอยู่ในระดับสูง และมีความต้องการการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม ให้เด็กช่วยเหลือตนเองได้ในอนาคตและมีสถานที่ดูแลตลอดชีวิตและการศึกษาของ ธนวุฒิ คำประเทือง²⁵ ที่พบว่าสมาชิกในครอบครัวของเด็กออทิสติก มีวิธีการจัดการความเครียดที่หลากหลาย โดยวิธีการที่พบมากที่สุด คือ การพูดคุยปรับทุกข์กับผู้อื่น รองลงมา คือ การอ่านหนังสือ ฟังเพลง ดูหนัง ออกกำลังกาย ซึ่งเลือกวิธีที่พอปฏิบัติได้และแตกต่างไปตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล



วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2 เปรียบเทียบระดับความเครียดของผู้ปกครองเด็กออทิสติกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษา โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีระดับความเครียดลดลงมากกว่าทั้งนี้เพราะในโปรแกรมฯ ที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นและและผู้วิจัยเป็นพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ได้มีกิจกรรมการสร้างสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ปกครองเป็นรายกลุ่ม เพื่อให้เกิดความไว้วางใจท่ามกลางบรรยากาศที่ผ่อนคลาย รับฟังประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลเด็กออทิสติก สรรวจผลกระทบของอาการของบุตรหลานต่อจิตใจของผู้ปกครอง และสร้างความเข้าใจใหม่กับผู้ปกครองสามารถมีความสุขไปพร้อม ๆ กับการดูแลบุตรหลานได้ และบริการทางด้านความรู้และทักษะที่เหมาะสมในการเผชิญปัญหา การให้การปรึกษาถึงสิ่งที่ผู้ปกครองเป็นกังวลใจ ความคับข้องใจ เน้นให้ผู้ปกครองได้เรียนรู้เกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึกด้านลบ ความเครียดและการจัดการที่เหมาะสม และมีการฝึกทักษะเทคนิคการผ่อนคลายทุกครั้ง รวมทั้งการที่สมาชิกในครอบครัวได้มาเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมร่วมกัน ได้ปรับปรุงในเรื่องการสื่อสารในครอบครัว การปรับสมดุลของบทบาทหน้าที่ในการดูแล มีความเข้าใจกันมากขึ้นภายในครอบครัว เกิดความเห็นอกเห็นใจไม่ได้ทิ้งให้ใครเป็นผู้ดูแลเพียงฝ่ายเดียว บรรยากาศในครอบครัวดีขึ้น ส่งผลให้ความเครียดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Goedeke และคณะ¹⁶ พบว่า ผู้ปกครองมองว่า คู่สมรสและครอบครัวให้การสนับสนุนมากกว่าเพื่อนและผู้เชี่ยวชาญ นอกจากนี้ในโปรแกรมยังมีการสนับสนุนด้านความรู้เกี่ยวกับข้อมูล ทักษะการดูแลเด็กออทิสติกที่จำเป็นเฉพาะในแต่ละรายการสื่อสารและจัดการพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กออทิสติก เหล่านี้ช่วยให้ผู้ปกครองคลายความกังวลลง สอดคล้องของ สุภาวดี คำภุณา และคณะ¹⁴ และการศึกษาของ Kuravackel และคณะ²⁶ ที่พบว่า การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสติก การปรับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ทักษะการสื่อสาร การส่งเสริมพฤติกรรมเชิงบวกของเด็ก สามารถลดความเครียดของผู้ปกครองเด็กออทิสติกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการค้นพบของ Rojas-Torres และคณะ²⁷ ที่พบว่า โปรแกรมที่มุ่งลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กที่ส่งเสริมการทำงานร่วมกัน เพื่อรักษาพฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสม มีผลลัพธ์เชิงบวกในแง่ของการลดระดับความเครียด และในขั้นตอนของแต่ละกิจกรรม ตามโปรแกรมได้มีการจัดให้ผู้ปกครองได้ฝึกปฏิบัติการจัดการอารมณ์ ความเครียดที่เหมาะสม ฝึกผ่อนคลาย และนำไปฝึกที่บ้าน พร้อมนำผลการฝึกมาแลกเปลี่ยนในกลุ่มการฝึกต่อเนื่อง ส่งผลให้ระดับความเครียดของผู้ปกครองลดลงได้ และการศึกษาของ เสาวภาค ทัดสิงห์²⁸ ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดแบบผสมผสานต่อทักษะการจัดการกับความเครียดของมารดาเด็กออทิสติกสเปกตรัม ผลการศึกษาพบว่า มารดาเด็กออทิสติกสเปกตรัมที่ได้รับโปรแกรมฯ มีทักษะการจัดการความเครียดดีกว่าและมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดแบบผสมผสานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปการวิจัย

โปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยการประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความเครียดของผู้ปกครองเด็กออทิสติกที่มารับบริการแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ สามารถลดความเครียดของผู้ปกครองเด็กออทิสติกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังรับโปรแกรมฯ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มผู้ปกครองที่ได้รับการบำบัดตามกิจกรรมโปรแกรมฯ ความเครียดลดลงมากกว่ากลุ่มผู้ปกครองที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในระยะหลังร่วมกิจกรรมเสร็จสิ้น กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง ศึกษาจากกลุ่มทดลอง 25 คนและกลุ่มควบคุม 25 คน ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างเฉพาะที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อุบลราชธานี โดยเก็บข้อมูลช่วงกันยายน 2565 ถึงมีนาคม 2566 จึงอาจมีข้อจำกัดด้านการควบคุมตัวแปรรบกวนบางประการ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาแบบการทดลองที่มีกระบวนการสุ่มอย่างเข้มงวด ซึ่งอาจมีลักษณะเฉพาะทางด้านบริบท สังคม ระบบบริการสุขภาพ และสถานการณ์ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจในช่วงเวลานั้น อาจส่งผลต่อความเครียดของผู้ปกครอง และความสามารถในการสรุปทั่วไป (Generalizability) ของผลการวิจัยไปยังกลุ่มผู้ปกครองเด็กออทิสติกในบริบทอื่น ๆ



ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สามารถนำไปประกอบการให้คำปรึกษาโดยประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมนี้ ไปถ่ายทอดแก่ผู้ปฏิบัติงานและบุคลากรใช้ในหน่วยบริการอื่นที่ให้บริการผู้ป่วยโรคออทิสติกได้
2. สามารถใช้ผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในการให้บริการและช่วยลดความเครียดในผู้ปกครองเด็กในครอบครัวที่มีเด็กป่วยหรือมีความผิดปกติอื่นที่คล้ายคลึงกัน เช่น ครอบครัวเด็กที่บกพร่องทางพัฒนาการอื่นๆ และเด็กป่วยเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาต่อไป

การศึกษารั้งนี้ เป็นการศึกษาผลการให้การปรึกษา โดยใช้การประยุกต์กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อระดับความเครียดของผู้ปกครองหลังการบำบัดเสร็จสิ้นทันที และติดตามผล 1 เดือน เป็นการได้ผลในระยะสั้น จึงควรมีการศึกษาระยะยาว รวมทั้งมีการติดตามการนำไปใช้ของผู้รับการบำบัดประเมินความเครียดเป็นระยะ 3 เดือน 6 เดือนและ 1 ปี เพื่อประสิทธิผลความคงทนที่เกิดขึ้นต่อไป

References

1. Zeidan J, Fombonne E, Scorch J, Ibrahim A, Durkin MS, Saxena S, et al. Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Research*. 2022;15:778–90. doi:10.1002/aur.2696.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Data and statistics on autism spectrum disorder [Internet]. 2025 [cited 2025 Jun 14]. Available from: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>
3. Chuta W, Jayana R, Srirueangrat D, Makklai K. The situation of child psychiatric disorders in Thailand from 2022 to May 2023: Surveillance of psychiatric disorders and mental health problems. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2024. (in Thai)
4. Prasrimahabhodi Hospital. Annual statistical report for the fiscal year 2022. Ubon Ratchathani: Prasrimahabhodi Hospital; 2022. (in Thai)
5. Tsai CH, Chen KL, Li HJ, Chen KH, Hsu CW, Lu CH, et al. The symptoms of autism including social communication deficits and repetitive and restricted behaviors are associated with different emotional and behavioral problems. *Scientific Reports*. 2020;10:20509. doi:10.1038/s41598-020-76292-y.
6. Schnabel A, Youssef GJ, Hallford DJ, Hartley EJ, McGillivray JA, Stewart M, et al. Psychopathology in parents of children with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis of prevalence. *Autism: The International Journal of Research and Practice*. 2020;24(1):26–40. doi:10.1177/1362361319844636.
7. Scherer N, Verhey I, Kuper H. Depression and anxiety in parents of children with intellectual and developmental disabilities: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2019;14(7):e0219888. doi:10.1371/journal.pone.0219888.
8. Torbet S, Proeve M, Roberts RM. Self-compassion: A protective factor for parents of children with autism spectrum disorder. *Mindfulness*. 2019;10(12):2492–506. doi:10.1007/s12671-019-01224-5.
9. John A, Roblyer MZ. Mothers parenting a child with intellectual disability in urban India: An application of the stress and resilience framework. *Intellectual and Developmental Disabilities*. 2017;55(5):325–37. doi:10.1352/1934-9556-55.5.325.



10. Weinberg M, Gueta N, Weinberg J, Much MA, Akawi A, Sharkia R, et al. The relationship between parental stress and mastery, forgiveness, and social support among parents of children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2021;81:101712. doi:10.1016/j.rasd.2020.101712.
11. Ilias K, Cornish K, Kummar AS, Park MSA, Golden KJ. Parenting stress and resilience in parents of children with autism spectrum disorder (ASD) in Southeast Asia: A systematic review. *Frontiers in Psychology*. 2018;9:280. doi:org/10.3389/fpsyg.2018.00280.
12. Suen MW, Ningrum V, Widayat, Yuniardi MS, Hasanati N, Wang JH. The association between parenting stress, positive reappraisal coping, and quality of life in parents with autism spectrum disorder (ASD) children: A systematic review. *Healthcare (Basel)*. 2021;10(1):52. doi: 10.3390/healthcare10010052.
13. Thomas BR, Lafasakis M, Spector V. Brief report: Using behavioral skills training to teach skateboarding skills to a child with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2016;46(12):3824–9. doi:10.1007/s10803-016-2900-8.
14. Khamkuna S, Drukanjanprut S, Joomprabut W. Effects of a brief counseling program on stress in parents of children with autism after diagnosis. *Ubon Ratchathani Public Health Journal*. 2019;18(3):121–7. (In Thai)
15. Siriratrekha T. Mental health care manual for children with learning difficulties. 2nd ed. Bangkok: Prosperous Plus Publishing; 2018. (in Thai)
16. Goedeke S, Shepherd D, Landon J, Taylor S. How perceived support relates to child autism symptoms and care-related stress in parents caring for a child with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2019;60:36–47. doi:10.1016/j.rasd.2019.01.005.
17. Lazarus RS, Folkman S. Stress appraisal and coping. Washington (DC): Springer Publishing Company; 1984.
18. Kolb DA. Experiential learning: Experience as the source of learning and development. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 2005.
19. Rogers CR. On becoming a person. Boston (MA): Houghton Mifflin Company; 1961.
20. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: text revision (DSM-5-TR). 5th ed. Washington (DC): American Psychiatric; 2023.
21. Bernard R. Fundamentals of biostatistics. 5th ed. Belmont (CA): Thomson Learning; 2000.
22. Sasompholsawat W, Sitthikhun P, Surabrum A. The effect of supportive group and mental health education on stress among parents of children with autism. Ubon Ratchathani: Prasimahabhodi Hospital; 2019. (in Thai)
23. Tasod S, Kewmungmueang, P. Stress reduction in caregivers of children with autism spectrum disorder: nursing roles. *Journal of Nursing and Health Research*. 2023;24(2):112-24. (in Thai)
24. Baramee S, Juntarawiwat T. The stress level and stress management in Autistic child's parents at department of child and adolescent psychiatry, Nakhon Ratchasima Rajanagarindra Psychiatric Hospital. *Journal of Health Research and Development, Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office*. 2023;9(1):44-61. (in Thai)
25. Jansuwan S, Kachat S, Phothong P, Saenchalad S. The needs of Autistics' mother for helping support of children with Autism. *Journal of Public Health Nursing*. 2017;30(3):16-25. (in Thai)



26. Kamprathueang T. A study on stress levels and stress management of family members of students with autism [Master's thesis]. Maha Sarakham: Rajabhat Maha Sarakham University; 2019. (inThai)
27. Kuravackel GM, Ruble LA, Reese RJ, Ables AP, Rodgers AD, Toland MD. COMPASS for Hope: Evaluating the effectiveness of parents training and support program for children with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorder*. 2018;48:404–16. doi:10.1007/s10803-017-3333-8.
28. Rojas-Torres LP, Alonso-Esteban Y, Alcantud-Marín F. Early intervention with parents of children with autism spectrum disorders: A review of programs. *Children (Basel)*. 2020;7(12):294. doi:10.3390/children7120294
29. Thadsing S. The effect of an integrative stress management program on stress management skills of mothers of children with autism spectrum disorder [Master's thesis]. Pathum Thani: Thammasat University; 2016. (in Thai)

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน (ฉบับปรับปรุง เริ่มใช้ตั้งแต่ฉบับที่ 3/2568)

วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ เป็นของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นสื่อกลางของบุคลากรพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้อง ในการส่งเสริมเผยแพร่ความรู้และแนวปฏิบัติจากงานวิจัย รับผิดชอบต่อความทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เพื่อเพิ่มพูนความเข้มแข็งของวิชาชีพพยาบาล ดังนั้นจึงใคร่ขอเชิญชวนให้พยาบาลทุกท่าน และผู้ที่เกี่ยวข้องที่สนใจส่งผลงานมาเผยแพร่ในวารสาร โดยอยู่ในขอบเขตดังนี้

ประเภทของเรื่องที่รับตีพิมพ์

1. บทความทางวิชาการ (Academic article) เป็นบทความที่เรียบเรียงสาระความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลและการดูแลสุขภาพสาขาต่างๆ ที่มีเนื้อหาทันสมัย นำมาสรุปวิเคราะห์ เปรียบเทียบ สังเคราะห์โดยผู้เขียน นำเสนอองค์ความรู้และข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ
2. บทความวิจัย (Research article) เป็นบทความเกี่ยวกับการรายงานการวิจัยทางการพยาบาลและการดูแลสุขภาพสาขาต่าง ๆ ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ รวมทั้งการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) และการสังเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-synthesis)

ประเภทของเรื่องที่ไม่รับตีพิมพ์

บทความวิจัยที่เป็นการวิจัยนำร่อง (Pilot studies) และงานวิจัยที่ผลการค้นพบเบื้องต้น (Preliminary findings)

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับที่จะส่งมาตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ ต้องเป็นผลงานที่แล้วเสร็จไม่เกิน 5 ปี และไม่เป็นเรื่องที่เคยตีพิมพ์หรือกำลังอยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารอื่น
2. ผู้มีรายชื่อในบทความทุกคนต้องมีส่วนร่วมในกระบวนการผลิตผลงานวิชาการนั้น ๆ และมีความเห็นพ้องต้องกันในเนื้อหาสาระของบทความก่อนส่งเข้ามาเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่
3. ผู้เขียนต้องมั่นใจว่าได้ตรวจสอบเนื้อหาของบทความแล้ว และไม่มีการลักลอบเลียนงานวิชาการ (Plagiarism) โดยมีการอ้างอิงแหล่งที่มาตามหลักวิชาการที่ถูกต้องครบถ้วน
4. การส่งบทความให้ผู้เขียนแนบผลการตรวจสอบการลักลอบเลียนงานวิชาการ (Plagiarism) จากโปรแกรมมาตรฐาน เช่น Turnit-in, Copyleaks, อีกรวบรวมสิทธิ์ เป็นต้น สำหรับการแนบไฟล์ผลการตรวจสอบให้เลือกเฉพาะหน้าแรกที่แสดงค่า Similarity Index ซึ่งบทความที่ส่งมาตีพิมพ์ต้องมีค่า Similarity Index ไม่เกิน 25%
5. บทความที่เป็นผลงานของนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา ให้มีการลงลายมือชื่อของอาจารย์ที่ปรึกษาทุกท่าน เพื่อรับรองว่าได้อ่านและพิจารณาเนื้อหาสาระของบทความนั้นแล้ว ก่อนส่งบทความเข้ามาพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่
6. สำหรับบทความวิจัยที่ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เป็นมนุษย์ ให้แนบเอกสารรับรองการวิจัยในมนุษย์ (Certificate of Approval: COA) กรณีบทความที่ส่งมาเป็นโครงการย่อยของโครงการวิจัยขนาดใหญ่ ให้ระบุในเนื้อหาของบทความว่า “บทความฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัย” งานวิจัยที่ไม่ได้ขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจะได้รับการลงตีพิมพ์
7. บทความต้นฉบับพร้อมเอกสารแนบต้องส่งเข้าในฐานข้อมูล ICT Thaijo ของวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ (<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned>) เท่านั้น

รูปแบบของการเตรียมต้นฉบับ

การจัดเตรียมต้นฉบับให้เนื้อหาบทความที่มีความยาว 16-18 หน้า (นับตั้งแต่บทคัดย่อ รวมรูปภาพ ตาราง และเอกสารอ้างอิง) พิมพ์จากโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป MS word for window พิมพ์ด้วยตัวอักษร TH Sarabun New ขนาด 14 pt. ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 เท่า เว้นระยะขอบบนล่าง ซ้าย และขวา 2.54 เซนติเมตร ในแต่ละหน้าขอให้ระบุเลขที่หน้าไว้ที่หัวกระดาษบนด้านขวา และไม่ต้องจัดคอลัมน์ การใช้ภาษาอังกฤษในเนื้อหาให้ใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะเท่านั้นที่ตัวแรกใช้ตัวพิมพ์ใหญ่ หากจำเป็นต้องใช้ชื่อย่อในเนื้อหา จะต้องพิมพ์ครั้งแรกแบบชื่อเต็ม ตามด้วย : ชื่อย่อ ตัวอย่าง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD)

Title page:

จัดทำ Title page แยกไฟล์ ซึ่งประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียนและทีม พร้อมทั้งคุณวุฒิชื่อย่อ ภาษาไทย (ภาษาอังกฤษ) อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ชิดขอบกระดาษด้านขวา ขนาดตัวอักษร 14 pt. พร้อมระบุตัวเลขเป็นด้วยยกท้ายชื่อผู้เขียนตามลำดับ ตัวอย่าง รุ่งลาวัลย์ เอี่ยมกุลกลิง ปร.ด.¹ ตามแบบฟอร์มของวารสาร เพื่อให้สอดคล้องกับเชิงอรรถด้านท้าย โดยเชิงอรรถด้านท้ายประกอบด้วย

1. แหล่งทุน (ถ้ามี)
2. ตำแหน่ง สถาบันต้นสังกัดที่ผู้เขียนปฏิบัติงาน โดยด้านหน้าให้ใส่ตัวเลขแบบด้วยยกท้ายลำดับให้สอดคล้องกับชื่อผู้เขียนและทีม ด้านบน
3. ระบุคำว่า “Corresponding author” หน้าชื่อผู้เขียนหลัก
4. ระบุอีเมลและเบอร์โทรศัพท์ของผู้เขียนหลัก

องค์ประกอบของบทความ

1. บทความวิชาการ เรียงลำดับดังนี้

- 1.1 ชื่อเรื่อง (Title) ควรจะสั้นได้ใจความและสอดคล้องกับเนื้อหาในเรื่อง โดยพิมพ์ไว้ด้านบนของบทคัดย่อ
- 1.2 บทคัดย่อภาษาไทย ไม่เกิน 350 คำ โดยให้ครอบคลุมหัวข้อดังนี้ เกริ่นนำสิ่งที่ทำ สรุปผลสำคัญที่ได้รับคุณค่าสำคัญไว้ด้านล่าง 3 - 5 คำ โดยกำหนดคำสำคัญที่เป็นสากล สามารถสืบค้นได้ คือ กำหนดตาม Medical subject headings (MeSH)
- 1.3 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) ให้เขียนบทคัดย่อขยาย (Extended abstract) ไม่เกิน 800 คำ และระบุคุณค่าสำคัญด้านล่าง 3-5 คำ โดยกำหนดคำสำคัญที่เป็นสากล สามารถสืบค้นได้ คือ กำหนดตาม Medical subject headings (MeSH)
- 1.4 ส่วนเนื้อหา (Content) ประกอบด้วยบทนำ เนื้อหาสาระ และบทสรุป โดยบทนำให้อธิบายความสำคัญ และวัตถุประสงค์ของบทความวิชาการ ส่วนเนื้อหาควรมีการจัดลำดับเนื้อหาที่เหมาะสม เข้าใจง่าย แสดงการวิเคราะห์ วิเคราะห์อย่างสมเหตุสมผลด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ส่วนบทสรุปควรสั้น กระชับ ที่สะท้อนการนำไปใช้ประโยชน์ได้ชัดเจน
- 1.5 ส่วนเอกสารอ้างอิง (Reference) เป็นส่วนท้ายของบทความ ให้ดำเนินการตามเกณฑ์ที่วารสารกำหนด

2. บทความวิจัย เรียงลำดับดังนี้

- 2.1 ชื่อเรื่อง (Title) ควรจะสั้นได้ใจความ ระบุตัวแปรที่ศึกษา สะท้อนวิธีการวิจัยและสอดคล้องกับเนื้อหาในเรื่อง โดยพิมพ์ไว้ด้านบนของบทคัดย่อ
- 2.2 บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกินอย่างละ 350 คำ โดยนำเสนอเป็น 2 ย่อหน้า โดยย่อหน้าแรกประกอบด้วย ที่มาและความสำคัญ (Introduction) วิธีดำเนินการศึกษา (Methods) ย่อหน้าที่สองประกอบด้วย ผลการศึกษา (Results) ที่ไม่ต้องระบุตัวเลขทางสถิติ สรุปผลการวิจัยและการนำไปใช้ (Conclusion and implications) ซึ่งไม่ต้องระบุการอ้างอิงในเนื้อหา
- 2.3 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) ให้เขียนบทคัดย่อขยาย (Extended abstract) ไม่เกิน 800 คำ ประกอบด้วย ที่มาและความสำคัญ (Introduction) วัตถุประสงค์ (Objective) วิธีการศึกษา (Material and method) ผลการวิจัย (Result) การอภิปราย (Discussion) ข้อสรุปการวิจัย (Conclusion) ข้อจำกัดการวิจัย (Limitation) ข้อเสนอแนะ และการนำผลการวิจัยไปใช้ (Recommendation for future research) โดยแบ่งออกเป็น 2 ย่อหน้าให้สอดคล้องกับบทคัดย่อภาษาไทย
- 2.4 คำสำคัญ (Keywords) เป็นคำหรือข้อความสั้น ๆ ที่เป็นจุดสำคัญของเนื้อเรื่องทั้งหมดรวมกัน 3 - 5 คำ โดยกำหนดคำสำคัญที่เป็นสากล สามารถสืบค้นได้ คือ กำหนดตาม Medical subject headings (MeSH)
- 2.5 บทนำ (Introduction) กล่าวถึง ที่มาและความสำคัญของปัญหาการวิจัยอย่างสั้นๆ ที่ครอบคลุมตัวกระตุ้นจากความรู้ (Knowledge trigger) จากการปฏิบัติงาน (Practice trigger) และ/หรือจากผู้ใช้บริการ (Patient trigger) มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องแบบบูรณาการเกี่ยวกับเรื่องที่ท่าง่ายๆ สะท้อนสถานะองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องในการศึกษาและจุดอ่อนในองค์ความรู้ (Gap of knowledge) และ/หรือจุดอ่อนในการปฏิบัติงาน (Gap of practice)
- 2.6 วัตถุประสงค์การวิจัย อธิบายเป้าหมายของการวิจัยที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและชื่อเรื่อง ที่ครอบคลุมตัวแปรและประชากรที่ต้องการศึกษา
- 2.7 ขอบเขตการวิจัย อธิบายขอบเขตการศึกษาทั้งกลุ่มประชากร สถานที่ศึกษา และระยะเวลาการศึกษาที่ชัดเจน

2.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย อธิบายทฤษฎีหรือแนวคิดที่นำมาเป็นอธิบายตัวแปร หรือความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ต้องการศึกษา โดยเขียนเชื่อมโยงระหว่างทฤษฎีหรือแนวคิดมาสู่การศึกษาวิจัยให้มีความชัดเจน ครอบคลุมตัวแปรที่ศึกษา

2.9 วิธีดำเนินการวิจัย (Methods) ให้กล่าวถึง

2.9.1 รูปแบบของการวิจัย (Research design) อธิบายรูปแบบของการวิจัยที่นำมาศึกษา ทั้งนี้ต้องเป็นรูปแบบที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย

2.9.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง อธิบายลักษณะ การกำหนดขนาดตัวอย่างและเกณฑ์การสุ่มหรือการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

2.9.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ควรอธิบายเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล อธิบายรายละเอียดเครื่องมือ การแปลผลคะแนน การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทั้งความตรง ความเชื่อมั่นและอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง หากมีเครื่องมือในการทดลองหรือแนวปฏิบัติ (กรณีการวิจัยแบบทดลอง) อธิบายองค์ประกอบ เนื้อหา วิธีการใช้ และการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

2.9.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล ระบุวิธีการและขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อสะท้อนให้เห็นคุณภาพของข้อมูลและมาตรฐานในการดำเนินการศึกษา

2.9.5 การวิเคราะห์ข้อมูล หากเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ระบุสถิติที่ใช้และขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพระบุวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลและการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของผลการวิเคราะห์

2.9.6 จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ให้ระบุรหัส หรือหมายเลขที่ได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (IRB No.) พร้อมทั้งอธิบายกระบวนการในการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยสังเขป

2.10 ผลการวิจัย (Results) เป็นการนำเสนอผลการศึกษิตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย อาจแยกเป็นหัวข้อเพื่อให้เข้าใจง่าย

2.10.1 ตาราง จะต้องไม่เกิน 5 ตาราง ใช้ตัวเลขในการกำหนดลำดับของตาราง โดยระบุลำดับเลขด้านหน้าหัวข้อตาราง บริเวณด้านบนของตาราง การระบุชื่อตัวแปรที่ศึกษาให้ระบุภาษาไทยตามด้วยวงเล็บภาษาอังกฤษ ตัวอย่าง อายุ (age) ทุกตัวแปรที่ปรากฏในตาราง โดยควรมีความสมบูรณ์เพียงพอที่จะให้อ่านเข้าใจข้อมูลที่นำเสนอ เส้นขอบตารางให้มีเพียงเส้นแนวนอน 3 เส้น ได้แก่ เส้นขอบบนสุด เส้นด้านล่างของหัวตาราง และเส้นขอบล่างสุด ซึ่งต้องไม่มีเส้นแนวตั้ง ให้นำเสนอข้อมูลที่สรุปจากผลการศึกษาอย่างชัดเจนพอเหมาะกับหน้ากระดาษในแนวนตั้ง โดยตัวเลขให้ใช้ทศนิยมสองตำแหน่ง และใช้สัญลักษณ์ทางสถิติ ตัวอย่าง ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ค่า p-value ($p < .05$)

2.10.2 รูปภาพและแผนภูมิ ใช้ภาพถ่ายและแผนภูมิที่มีความชัดเจน ที่ผู้เขียนเป็นเจ้าของภาพและแผนภูมิ คำอธิบายภาพและลำดับภาพและแผนภูมิให้ใส่ไว้ได้ภาพและแผนภูมิ ทั้งนี้ภาพและแผนภูมิรวมจะต้องไม่เกิน 2 ภาพ/แผนภูมิ

2.11 การอภิปรายผล (Discussion) อธิบายว่าผลการวิจัยตอบคำถามการวิจัยหรือไม่ ขยายความผลการวิจัยที่ได้ว่าสอดคล้องหรือไม่กับกรอบแนวคิดการวิจัย และสมมติฐานการวิจัยอย่างไร ข้อค้นพบสนับสนุนหรือขัดแย้งกับแนวคิด ทฤษฎี รวมทั้งผลการวิจัยที่ผ่านมาอย่างไร ของใครบ้าง และทำไมจึงเป็นเช่นนั้น ระบุหากผลการวิจัยมีสิ่งค้นพบใหม่และอธิบายที่มาหรือเหตุผลที่น่าเชื่อถือ

2.12 สรุปการวิจัย (Conclusion) การสรุปผลการวิจัยสั้นๆ ระบุจุดแข็งของการวิจัย ข้อจำกัดของการวิจัย (ถ้ามี) และผู้วิจัยได้ดำเนินการอย่างไรเพื่อลดผลกระทบของข้อจำกัดดังกล่าว

2.13 ข้อจำกัดการวิจัย (Study limitations) เป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงขอบเขต หรือปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อความถูกต้องและความครอบคลุมของผลการวิจัย ตลอดจนข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้ หรืออ้างอิงในกลุ่มประชากรอื่น

2.14 ข้อเสนอแนะ (Suggestion) เป็นข้อเสนอแนะจากสิ่งที่ได้จากการวิจัย ทั้งในด้านการให้บริการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ หรือการบริหารการพยาบาล หรือการศึกษาพยาบาล หากเป็นวิจัยเชิงทดลอง ระบุว่าผลการทดลองมีผลมากน้อยเพียงใดต่อสถานการณ์หรือปัญหาของผู้ป่วยที่ต้องการแก้ไข (Clinical significance) และมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด (Practical significance) และข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาต่อไป ผู้วิจัยควรให้ข้อเสนอแนะที่มาจากผลการวิจัยเท่านั้น

2.15 การพิจารณาทางจริยธรรม (Ethical considerations) กรณีที่ผู้แต่งมีการใช้ปัญญาประดิษฐ์เชิงกำเนิด (Generative Artificial Intelligence: Gen AI) ในการช่วยเขียนบทความ ผู้แต่งต้องระบุให้ชัดเจนว่าใช้ Gen AI ไດ ในการช่วยเขียนบทความอย่างไร และด้วยเหตุผลใด ทั้งนี้วารสารไม่อนุญาตให้ระบุ Gen AI ในฐานะผู้เขียนบทความ หรือใช้เป็นแหล่งอ้างอิง

ตัวอย่างข้อความที่ระบุการใช้ปัญญาประดิษฐ์

“ผู้เขียนใช้ Chat GPT เพื่อช่วยในการปรับปรุงความชัดเจนและความถูกต้องของภาษาของต้นฉบับ” หรือ

“The author utilized Chat GPT to assist in improving the linguistic clarity and correctness of the manuscript”

2.16 เอกสารอ้างอิง (References) เป็นส่วนท้ายของบทความ ให้ดำเนินการตามเกณฑ์ที่วารสารกำหนด

3. บทความการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) และการสังเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-synthesis) ประกอบด้วยชื่อเรื่อง บทคัดย่อและคำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ การสืบค้นและแหล่งข้อมูล การคัดกรอง การประเมินคุณภาพงานวิจัย การสกัดข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การเสนอผล การอภิปรายผล ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ และ ข้อจำกัดการวิจัย (ถ้ามี) และเอกสารอ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิง

เอกสารอ้างอิงต้องอ้างเฉพาะเอกสารตรงกับสาระในบทความและให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด แม้ว่าต้นฉบับเอกสารนั้นจะเป็นภาษาอื่นก็ตาม การเขียนเอกสารอ้างอิงต่าง ๆ ให้ใช้ระบบการอ้างอิงแบบ Modified Vancouver Style ดังนี้

1. การอ้างอิงเอกสารในเนื้อเรื่อง (In-text citation) หากมีการอ้างอิงผลงานของผู้แต่งอื่น มาอ้างอิงในบทความให้ใส่ตัวเลขอ้างอิงตามลำดับเนื้อหา โดยให้เริ่มต้นด้วยหมายเลข 1 แล้วเรียงลำดับไปเรื่อย ๆ โดยระบุตัวเลขไว้หลังชื่อผู้แต่ง หรือหลังข้อความที่อ้างอิง หากมีการอ้างอิง หรือคัดลอกข้อความนั้นซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิมตามที่อ้างอิงในครั้งแรกกำกับไว้หลังข้อความนั้นด้วย

1.1 การอ้างอิงในเนื้อเรื่องที่เน้นผู้แต่ง ให้ใส่ตัวเลขอ้างอิงหลังชื่อผู้แต่ง

ตัวอย่าง

ในปี ค.ศ.2016 Silberstein และ Litmanovitz¹ ได้ทำการศึกษาการนำ NIDCAP มาใช้ในการส่งเสริมพัฒนาการสำหรับทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกและพบว่าได้ผลในการป้องกันความเครียดสำหรับทารกได้

1.2 การอ้างอิงในเนื้อเรื่องที่เน้นเนื้อหา/ข้อความ ให้ใส่ตัวเลขอ้างอิงหลังข้อความนั้น

ตัวอย่าง

การส่งเสริมพัฒนาการสำหรับทารกในหอผู้ป่วยวิกฤต จำเป็นต้องอาศัยบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล ร่วมกับผู้ปกครองทารก ในการร่วมกันป้องกันความเครียดในทารกและส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสม ซึ่งจะเป็นการป้องกันปัญหาด้านระบบประสาทและการเรียนรู้ของทารกในอนาคตได้เป็นอย่างดี⁸

1.3 การอ้างอิงในเนื้อเรื่องที่มีหลากหลายรายการพร้อมกัน หากเป็นการอ้างอิงในข้อความเดียวกันให้ใส่เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างตัวเลขโดยไม่ต้องเว้นวรรคเพื่อแยกตัวเลข กรณีอ้างอิงในเนื้อหาตั้งแต่ 2 รายการขึ้นไป ให้ใช้เครื่องหมายยัติภังค์ (-) คั่นระหว่างตัวเลขลำดับแรกกับลำดับสุดท้ายโดยไม่ต้องเว้นวรรค

ตัวอย่าง

ในปัจจุบันการส่งเสริมพัฒนาการสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนดสามารถทำได้ตั้งแต่อยู่โรงพยาบาล^{2,3} โดยเน้นการมีส่วนร่วมระหว่างแพทย์ พยาบาล และผู้ปกครอง โดยเฉพาะมารดา^{3,5-6} ซึ่งเน้นการป้องกันสิ่งกระตุ้นที่มากเกินไปและส่งเสริมสิ่งกระตุ้นที่เหมาะสมสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนด⁶⁻⁷

2. การอ้างอิงเอกสารท้ายบทความ (Reference) ใช้คำว่า References โดยต้องอ้างเฉพาะเอกสารที่ตรงกับสาระในบทความและให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด แม้ว่าต้นฉบับจะเป็นภาษาไทย โดยให้ใส่ (in Thai) ไว้ข้างท้ายรายการอ้างอิงนั้น โดยจัดเรียงเอกสารอ้างอิงเป็นลำดับตัวเลขตามลำดับเนื้อหา ซึ่งการระบุตัวเลขอ้างอิงต้องตรงกับตัวเลขในเนื้อหา โดยมีวิธีการเขียนดังนี้

2.1 ผู้เขียนคนไทยหรือชาวต่างประเทศ ให้ใช้นามสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อชื่อต้น และชื่อกลาง (ถ้ามี) ดังตัวอย่าง

Runglawon Eamkusolkit

ใช้คำว่า Eamkusolkit R

Adel F Almutairi, Maliha Nasim

ใช้คำว่า Almutairi, AF, Nasim M

2.2 ผู้เขียน 1-6 คน ระบุชื่อทุกคน โดยแต่ละคนให้คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และเว้นวรรค 1 ระยะ ดังตัวอย่าง

Reed JA, EL-Assmy A, O'Brien AD, van de Kamp JM, Williams RC, Hidebrand F.

2.3 ผู้เขียนมากกว่า 6 คน ระบุ 6 คนแรกต่อด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) เว้นวรรค 1 ระยะและใส่คำว่า et al. ดังตัวอย่าง

Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK, et al.

2.4 ผู้เขียนเป็นองค์กร สมาคม หน่วยงาน ถ้ามีมากกว่า 1 หน่วยให้ใส่เครื่องหมายอัฒภาค (;) คั่นระหว่างหน่วยงาน กรณีเป็นหน่วยงานใหญ่และมีหน่วยงานย่อยให้ใส่เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างหน่วยงาน ดังตัวอย่าง

American Dietetic Association; Dietitians of Canada.

Department of Disease Control, Ministry of Public Health.

2.5 การอ้างอิงจากวารสารทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ให้ระบุชื่อเต็มของวารสารที่เป็นรายการอ้างอิงนั้น

2.6 รูปแบบการลงรายการอ้างอิงจากแหล่งอื่นต่าง ๆ ให้ใช้รูปแบบดังนี้ (*เครื่องหมาย / หมายถึงเว้นวรรค 1 ระยะ*)

2.6.1 บทความวารสาร (Articles in journal)

ผู้แต่ง./ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร./ปีที่พิมพ์;ปีที่(ฉบับที่):หน้าแรกบทความ-หน้าสุดท้ายบทความ

ตัวอย่าง Tharakham E, Chaichanasang T. Effects a self-help group on quality of life of caregivers of child with cerebral palsy. Journal of Nursing and Health Care. 2020;43(3):171-9 (in Thai)

2.6.2 บทความวารสารอิเล็กทรอนิกส์ที่มีหมายเลข Digital Object Identifier (DOI)

ผู้แต่ง./ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร./ปีที่พิมพ์;ปีที่(ฉบับที่):หน้าแรกบทความ-หน้าสุดท้ายบทความ./doi:xxxxxx
ในกรณีไม่ระบุเลขหน้า ให้ใช้ค่าตามสำนักพิมพ์ แทนเลขหน้า

ตัวอย่าง Rutledge DN, Retrosi T, Ostrowski G. Barriers to medication error reporting among hospital nurses. Journal of Clinical Nursing. 2018;27(9-10):1941-9. doi: 10.1111/jocn.14335.

2.6.3 หนังสือ (Books)

ผู้แต่ง./ชื่อหนังสือ./ครั้งที่พิมพ์./เมืองที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์./ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

Bundhamchareon K, Teerawattananon Y, Vos T, Begg S. Burden of disease and injuries in Thailand. Nonthaburi: Ministry of Public Health, Thailand; 2002. (in Thai)

2.6.4 บทในหนังสือ (Chapter in Book)

ผู้แต่งบทที่อ้าง./ชื่อบท./In:/ชื่อบรรณาธิการ./editor./ชื่อหนังสือ./สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์;ปีที่พิมพ์./p./หน้าแรกบท-หน้าสุดท้ายบท

ตัวอย่าง Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

2.6.5 โปสเตอร์ที่นำเสนอในการประชุม (Posters Sessions Presented at Meetings)

ผู้แต่ง./ชื่อโปสเตอร์./Poster session presented:/ชื่อการประชุม;/ปี/เดือน(ย่อ)/วันที่ประชุม;/สถานที่ประชุม

ตัวอย่าง Rao RM, Lord GM, Choe H, Lichtman AH, Luscinskas FW, Glimcher LH. The transcription T-bet is required for optimal proinflammatory trafficking of CD4⁺ T cells. Poster session presented at: 25th European Workshop for Rheumatology Research; 2005 Feb 24-27; Glasgow, UK

2.6.6 อินเทอร์เน็ต หากเป็นภาษาไทยให้มี (in Thai) ไว้ท้ายสุด

ผู้แต่ง./ชื่อบทความ./[internet]./ปีที่พิมพ์/[cited ปี เดือน(ย่อ) วันที่สืบค้น]/ Available from:/ URL

ตัวอย่าง Diabetes Association of Thailand. Prevalence of diabetes in Thai population age $\geq$ 15 yrs by age group, NHES-V, 2014. [internet]. 2014 [cited 2025 May 02], Available from: <https://www.dmthai.org/new/index.php/sara-khwam-ru/the-chart/the-chart-1/2018-02-09-00-17-33> (in Thai)

2.6.7 วิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation) กรณีที่วิทยานิพนธ์ได้รับการเผยแพร่แล้ว ให้อ้างอิงจากแหล่งที่เผยแพร่

ผู้แต่ง./ชื่อเรื่อง/[ประเภท/ระดับปริญญา]./เมืองที่พิมพ์:/มหาวิทยาลัย;/ปีที่ได้ปริญญา.

ตัวอย่าง Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis, MO: Washington University; 1995.

ข้อตกลง

1. กองบรรณาธิการจะเป็นผู้พิจารณาคัดเลือกเรื่องเพื่อตีพิมพ์ให้เหมาะสมตามวัตถุประสงค์ของวารสารฯ
2. เรื่องที่ตีพิมพ์แล้วเป็นสมบัติของวารสารและเป็นผู้สงวนลิขสิทธิ์ทุกประการ
3. ความถูกต้องของข้อความหรือเรื่องราวที่ตีพิมพ์ถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน
4. บทความที่ได้รับตีพิมพ์ทุกชนิด ถือเป็นวิทยาทาน ไม่มีค่าตอบแทน
5. การพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ จะประเมินแบบไม่เปิดเผยตัวตนสองทาง (Double-blind review) โดยสรรหาผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านที่มีความเชี่ยวชาญและไม่ใช่ว่าผู้ปฏิบัติงานในสถาบันเดียวกับผู้เขียน เป็นผู้ประเมินและให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาด้านฉบับให้มีคุณภาพและเป็นไปตามเกณฑ์ที่กองบรรณาธิการกำหนด โดยระยะเวลาในการตอบรับการตีพิมพ์ตั้งแต่ส่งต้นฉบับ จะใช้เวลาประมาณ 2-3 เดือน

สถานที่ติดต่อปรึกษา

1. รองศาสตราจารย์ ดร.จันทิรา เจียรณัย บรรณาธิการวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ
สมาคมพยาบาลฯ สำนักงานสาขาคะวันออกเฉียงเหนือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัด
ขอนแก่น 40002 E-mail: chantira@sut.ac.th
2. สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาคะวันออกเฉียงเหนือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002 โทร. 080-8952065 E-mail: jnatned@gmail.com

**สำนักงานสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย
(ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี)
สาขากาตตะวันตกเฉียงเหนือ**

ห้อง 1105 อาคาร 1 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อ.เมืองขอนแก่น จ.ขอนแก่น 40002

Ins : 08-08952065 e-mail : jnatned@gmail.com
Facebook : www.facebook.com/natne.or.th