



# วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

## Journal of Prachomkhalo College of Nursing, Phetchaburi Province

วารสารกลุ่ม 2 ได้รับการรับรองคุณภาพจาก TCI สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

### บทความวิชาการ

- การพัฒนานวัตกรรมการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาล

ปานิสรา ส่งวัฒนายุทธ และคณะ

### บทความวิจัย

- ปัจจัยทำนายความสามารถของผู้ดูแล และแนวทางการดูแลตามแบบแผนความเชื่อสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
- ปัญหาและความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในบริบทอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา
- การศึกษาการเกิดภาวะแทรกซ้อน ระดับความปวด จำนวนวันนอน และค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลสิงห์บุรี
- ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เกื้อหนุนต่อการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรคปอดในผู้ป่วยสูงอายุ ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์
- ความรอบรู้สุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ในเขตเทศบาลตำบลโนนสูง จังหวัดอุดรธานี
- แนวทางการพัฒนาคุณภาพการให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในยุคไทยแลนด์ 4.0 ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
- การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนหลักการและเทคนิคการวัดสัญญาณชีพผ่านระบบบริหารการจัดการเรียนรู้
- ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานออนไลน์ในการพยาบาลเด็กโรคหัวใจ ต่อผลการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์
- ปัจจัยทำนายผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา
- รูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการพันธกิจ เพื่อพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล
- ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ทักษะคิดต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของนักศึกษาพยาบาล
- ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเรียนรู้และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง
- สภาพการณ์การบริหารความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และแนวทางการป้องกันความเสี่ยงขณะฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

สิตารัตน์ ศิริพันธ์ และ

กิตติพร เนาว์สุวรรณ

แหวใจ พันภัย

สัญญา โพธิ์งาม และ

มนพร ขาดิขันธ์

พาขวัญ วิชชุดเวส และ

ปริญญาภรณ์ ธนะบุญปวง

ยุพาภรณ์ ตีระไพรวงศ์ และคณะ

กันยารัตน์ เกิดแก้ว และ

นิตยา สีนเฮา

วิยะดา เปาวนา

สิริลักษณ์ ศรีเสวต และคณะ

วีณา ภักดีสิริวิชัย และคณะ

เพียว พงษ์ศักดิ์ชาติ และคณะ

พิชญภา สาดง และคณะ

วราณี สัมฤทธิ์ และคณะ

พีระนันท์ จีระยิ่งมงคล และคณะ

### กรณีศึกษา

- การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมกับภาวะไตวายเรื้อรัง ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบฉุกเฉิน

บุปผาสวรรค์ อุดมพิชน์

### คำแนะนำในการเขียนต้นฉบับ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี รับผิดชอบตีพิมพ์ผลงานทางวิชาการ ประเภทบทความวิชาการ (Academic articles) บทความวิจัย (Research articles) ทั้งนี้ บทความวิจัย หรือบทความวิชาการ ต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาก่อน หรือไม่อยู่ในระหว่างที่ส่งตีพิมพ์ในวารสารอื่น ยกเว้นเป็นผลงานวิชาการที่ได้นำเสนอในการประชุมทางวิชาการ ที่ไม่มีรายงานสืบเนื่องจากการประชุม วิชาการ (Proceedings) วารสารนี้ มีคณะกรรมการพิจารณาตีพิมพ์ ที่มีผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่างๆ พิจารณา คุณภาพของบทความทุกเรื่องก่อนการตีพิมพ์ อย่างน้อยบทความละ 2 ท่าน ข้อคิดเห็นใดๆ ที่ตีพิมพ์ใน วารสารเป็นความคิดเห็นของผู้เขียน มิใช่ของกองบรรณาธิการ

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย และผลงานวิชาการด้านการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข และการศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่เกี่ยวข้อง
2. เพื่อสร้างเครือข่ายทางวิชาการในการแลกเปลี่ยนความรู้ทางด้านการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข และในการศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่เกี่ยวข้อง

## สำนักงานวารสาร

กองบรรณาธิการ วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี  
เลขที่ 203 หมู่ 2 ถนนคีรีรัฐยา ตำบลธงชัย  
อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี 76000  
โทรศัพท์ 0-32427049 – 50 ต่อ 115  
จดหมายอิเล็กทรอนิกส์มาที่ [journal@pckpb.ac.th](mailto:journal@pckpb.ac.th)

## พิมพ์ที่

มุมหนึ่งปรีนตัง  
เลขที่ 23 หมู่ 1 ตำบลหนองพลับ  
อำเภอเมืองเพชรบุรี  
จังหวัดเพชรบุรี 76000

หมายเหตุ: บทความในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน มิใช่ของกองบรรณาธิการ และมีใช้ความรับผิดชอบของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

<p><b>ที่ปรึกษา</b> ศ.เกียรติคุณ นพ.กำแหง จาตุรจินดา</p> <p><b>บรรณาธิการ</b> ดร.อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์</p> <p><b>ผู้ช่วยบรรณาธิการ</b> ดร.จุไรรัตน์ ดวงจันทร์</p> <p><b>กองจัดการ</b> ดร.รพีพรรณ นาคบุบผา อาจารย์วารุณี เกตุอินทร์ อาจารย์สัญญา คำดี นางไสภิษฐ์ มิตรดี นายณพิชญ์ วิบูลย์ศิริชัย</p> <p><b>เจ้าของ</b> วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี</p>	<p><b>กองบรรณาธิการ</b></p> <p>ศ.ดร.วิภาดา คุณาวิทิกุล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ศ.เกียรติคุณ ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รศ.ดร.ยาใจ สิทธิมงคล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รศ.ดร.สุดาภรณ์ พัยคมเรือง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รศ.ดร.ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ศ.ดร.บุญทิพย์ สิริธรงค์ สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช รศ.ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช รศ.ดร.วัลย์พร นันทคุภวัฒน์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต รศ.ดร.วันดี สุทธิรังษี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รศ.ดร.ศิริพันธุ์ ศรีพันธุ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์ รศ.ดร.วิลาวัลย์ ชมนิรัตน์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ดร.ปัทมา ทองสม สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ดร.จุรีรัตน์ กิจสมพร สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ดร.ศุภกรใจ เจริญสุข วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี Dr.Paul Alexander Turner โรงเรียนเซนต์ฟรังซิสเซเวียร์ ดร.อติญาณ์ ศรีเกษตริน วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ดร.ธัญพร ชื่นกลิ่น วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ดร.นงนภัทร รุ่งเนย วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ดร.จินตนา ทองเพชร วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ดร.กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี</p>
---	---

**กำหนดเผยแพร่ปีละ 3 ฉบับ**

ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

บทความในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน มิใช่ของกองบรรณาธิการ และมีข้อความรับผิดชอบของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

**ราคาจำหน่ายเล่มละ 250 บาท**

## บทบรรณาธิการ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ได้รับการรับรองคุณภาพวารสารจากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thailand Citation Index: TCI) ในกลุ่ม 2 สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2567 บทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสาร ได้รับการพิจารณากลับกรองอย่างน้อย 2 ท่านต่อบทความ แบบ Double blinded ซึ่งมีการจัดทำเป็นวารสารอิเล็กทรอนิกส์ (Online journal) ISSN 2697-5279X (Online) ควบคู่กับฉบับที่ตีพิมพ์เป็นรูปเล่ม ISSN 2630-046X(Print) เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการที่ที่หลากหลาย จำนวน 15 เรื่อง ดังนี้

บทความวิชาการ จำนวน 1 เรื่อง คือ การพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์พยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาล

บทความวิจัย จำนวน 13 เรื่อง คือ 1) ปัจจัยทำนายความสามารถของผู้ดูแล และแนวทางการดูแลตามแบบแผนความเชื่อสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท 2) ปัญหาและความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในบริบทอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา 3) การศึกษาการเกิดภาวะแทรกซ้อน ระดับความปวด จำนวนวันนอน และค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลสิงห์บุรี 4) ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เกื้อหนุนต่อการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรคปอดในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 5) ความรอบรู้สุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ในเขตเทศบาลตำบลโนนสูง จังหวัดอุดรธานี 6) แนวทางการพัฒนาคุณภาพการให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในยุคไทยแลนด์ 4.0 ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 7) การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนหลักการและเทคนิคการวัดสัญญาณชีพผ่านระบบบริหารการจัดการเรียนรู้ 8) ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานออนไลน์ในการพยาบาลเด็กโรคหัวใจต่อผลการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ 9) ปัจจัยทำนายผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา 10) รูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการพันธกิจ เพื่อพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล 11) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ทศนคติต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของนักศึกษาพยาบาล 12) ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเรียนรู้และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง และ 13) สภาพการณ์การบริหารความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และแนวทางการป้องกันความเสี่ยงขณะฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

กรณีศึกษา จำนวน 1 เรื่อง คือ การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมกับภาวะไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบฉุกเฉิน

กองบรรณาธิการ วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ขอขอบคุณผู้เขียนที่ร่วมเสนอบทความอันน่าสนใจ และขอขอบคุณคณะกรรมการกลั่นกรองทุกท่านที่ช่วยให้ข้อเสนอแนะ ทำให้บทความมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานของวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ทั้งท่านที่ส่งบทความและงานวิจัยมาเพื่อเผยแพร่ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่กรุณาสละเวลาในการประเมินบทความและงานวิจัย เพื่อให้ข้อคิดในการปรับปรุงคุณภาพของงานให้ดียิ่งขึ้น

ดร.อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์

บรรณาธิการวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

สารบัญ

บทความวิชาการ

การพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาล 1

Development of Nursing Innovation for Nursing Student

ปานิสรา ส่งวัฒนายุทธ, ผกามาศ พีธรรากร, ภคพร กลิ่นหอม

Panisara Songwatthanayuth, Phakamard Pheetarakorn, Pakaporn Klinhom

บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายความสามารถของผู้ดูแล และแนวทางการดูแลตามแบบแผนความเชื่อสุขภาพ 16

และการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

Factors Predicting Caregivers' Abilities and Caring Guideline with Health Belief

Model and Social Support for Schizophrenia Patients' Caregiver

สิตารัตน์ ศิริพันธ์, กิตติพร เนาว์สุวรรณ

Sitarat Siriphun, Kittiporn Nawsuwan

ปัญหาและความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในบริบทอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา 32

Problems and Health Care Needs among Older Persons in Singhanakhon

District, Songkhla Province

แววจใจ พันภัย

Waewjai Ponpai

การศึกษาการเกิดภาวะแทรกซ้อน ระดับความปวด จำนวนวันนอน และค่ารักษาพยาบาลของ 49

ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลสิงห์บุรี

The Study of Post-Surgical Complications, Pain Levels, Length of Stay, and

Hospitalization Costs of Post-Abdominal Surgery Patients, Singburi Hospital

สัญญา โพธิ์งาม, มนพร ชาติขำนิ

Sanya Pongam, Manaporn Chatchumni

ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เกื้อหนุนต่อการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดใน 64

ผู้ป่วยสูงอายุ ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

The Social and Environmental Supporting Factors of Pulmonary Tuberculosis

Transmission-based Precautions in Older Patients, Samroi-yod Hospital,

Prachuap Khiri Khan Province

พาขวัญ วิชชุดเวส, ปริญญารัตน์ ธนะบุญปวง

Pakwan Witchutawes, Parinyaporn Thanaboonpuang

## สารบัญ (ต่อ)

### บทความวิจัย (ต่อ)

- ความรู้สุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นประถมศึกษา  
ตอนปลาย ในเขตเทศบาลตำบลโนนสูง จังหวัดอุดรธานี 78  
Health Literacy, Health Behaviors, and Nutritional Status among Upper Primary  
School Students, Nonsung Subdistrict, Udonthani Province  
ยุพากรณ์ ทิรไพรวงศ์, รัตติกร เหมือนนาดอน, ชัญญาวีร์ ไชยวงศ์, วาสนา ขอนยาง, อรณิด นิคม  
Yupaporn Tirapaiwong, Rattikorn Mueannadon, Chanyawee Chaiwong,  
Wasana Khonyang, Orranid Nikom
- แนวทางการพัฒนาคุณภาพการให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในยุคไทยแลนด์ 4.0 94  
ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี  
Guidelines for Service Quality Development in the Era of Thailand 4.0 of  
Emergency Department, Phrachomklao Hospital  
กันยารัตน์ เกิดแก้ว, นิตยา ลินเฮาว์  
Kanyarat Kerdkaew, Nittaya Sintao
- การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนหลักการและเทคนิคการวัดสัญญาณชีพ ผ่านระบบบริหาร 112  
การจัดการเรียนรู้  
The Instructional Development in Vital Signs Measurement Through the  
Learning Management System  
วิยะดา เปาวนา  
Wiyada Paowana
- ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานออนไลน์ในการพยาบาลเด็กโรคหัวใจต่อผลการ 129  
เรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์  
Effects of Online Team-based Learning in Heart Disease Pediatric Nursing on  
Learning Outcome of Nursing Students  
สิริลักษณ์ ศรีเสวต, กนกกาญจน์ เมฆอนันต์ธวัช, สุธธาทิพย์ ทুমมี  
Siriluk Srisawet, Kanokkarn Mekanantawat, Suttatip Tummee
- ปัจจัยทำนายผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา 146  
Factors Predicting Academic Achievement of Nursing Students at Saint Theresa  
International College  
วีณา ภักดีสิริวิชัย, พนิตนาฏ ชำนาญเสื่อ, กรรณิกา เกตุนิล, สิริรดา พรหมสุนทร  
Veena Bhakdisirivichai, Panitnat Chamnansua, Kannika Katenil,  
Sirirada Phromsoonthorn

## สารบัญ (ต่อ)

### บทความวิจัย (ต่อ)

- รูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการพันธกิจเพื่อพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้  
ของนักศึกษาพยาบาล 158
- A Mission-Integrated Education Model for the Development of Learning  
Outcomes among Nursing Students
- เพียว พงษ์ศักดิ์ชาติ, ศรีวรรณ มีบุญ, พรรณภา เรืองกิจ, อาทิตยา แก้วน้อย, รุ่งนภา โพธิ์แสน  
Payao Phongsakchat, Sriwan Meeboon, Phannapa Ruangkit, Arthitaya Kaeonoi,  
Rungnapa Posaen
- ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ทักษะต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์  
และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์  
ของนักศึกษาพยาบาล 177
- The Relationships between Personal Factors, Attitude toward Evidence-based  
Practice and Information Technology Using for Evidence-based Nursing Practice  
among Nursing Students
- พิชญาภา สาแดง, นงนภัทร รุ่งเนย, รัตนา สิงห์ครุบอน, พรสุดา ปลอดโปร่ง  
Pitchayapa sadaeng, Nongnaphat Rungnoei, Rattana Singkruborn,  
Pornsuda Plodprong
- ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเรียนรู้และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีตรัง 191
- The Relationships Between Learning Styles and Academic Achievement of  
Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing, Trang
- วารณี สัมฤทธิ์, จันทร์เพ็ญ เลิศวนวัฒนา, เบญจวรรณ ช่วยแก้ว  
Waranee Sumrit, Janpen Lertwanawattana, Benjawan Chuaykaew
- สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และแนวทางการป้องกันความเสี่ยง  
ขณะฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช 204
- The Situation of Risk Management for Patient Safety and Patients' Risk Prevention  
Guidelines for Practicing on the Wards among Nursing Students, Boromarajonani  
College of Nursing, Chakiraj
- พีระนันท์ จิระยิ่งมงคล, วลัยณี นาคศรีสังข์, จันทนา หนัพัยโกคิน  
Peranan Jerayingmongkol, Wantanee Naksrisang, Janthana Nahathaiphokin

## สารบัญ (ต่อ)

### กรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมกับภาวะไตวายเรื้อรัง ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง 221

### แบบฉุกเฉิน

Nursing Care for Acute Peritoneal Dialysis among Heart Failure with Chronic  
Kidney Disease Patients

บุปผาสวรรค์ อุดมพีชน์

Buppasawan Udompuech

คำแนะนำในการเขียนต้นฉบับ

238

## บทความวิชาการ (Academic article)

### การพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาล Development of Nursing Innovation for Nursing Student

ปานิสรา ส่งวัฒนายุทธ<sup>1\*</sup>, ผกามาศ พีธรรากร<sup>1</sup>, ภคพร กลิ่นหอม<sup>1</sup>

Panisara Songwatthanayuth<sup>1\*</sup>, Phakamard Pheetarakorn<sup>1</sup>, Pakaporn Klinhom<sup>1</sup>

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: panisara@pckpb.ac.th, โทรศัพท์ 096-885-4536)

(Received: June 11, 2020; Revised: November 15, 2020; Accepted: December 19, 2020)

#### บทคัดย่อ

การพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาการคิดวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาลเพื่อนำไปสู่การพัฒนาการพยาบาลที่มีคุณภาพ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลโดยใช้แนวคิดการปฏิบัติโดยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และแนวคิดการพัฒนารอบความคิดเติบโต ซึ่งมี 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) เปิดใจและเปิดความคิด 2) สำรวจความคิดตั้งเป้าหมายสู่ความสำเร็จ 3) พัฒนานวัตกรรม 4) ตรวจสอบความคิด และ 5) การติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อคุณภาพในการให้บริการพยาบาลและสุขภาพที่ดีแก่ผู้รับบริการต่อไป

**คำสำคัญ** นวัตกรรมทางการพยาบาล, นักศึกษาพยาบาล

#### Abstract

The development of nursing innovations of nursing students is important in the analytical thinking development of nursing students to reach the quality nursing development. The purpose of this article is to develop nursing innovation among nursing students using evidence-based practice and the growth mindset concept. There are 5 steps as follows: 1) open mind and thinking, 2) explore ideas for successful goals, 3) develop innovation, 4) inspect ideas and 5) follow closely. These results are beneficial to the quality of nursing and good health for clients

**Key words:** Nursing innovation, Nursing students

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

Registered nurse (Senior professional level), Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province

## บทนำ

ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 เป็นทักษะที่สำคัญสำหรับนักศึกษาพยาบาลและต้องได้รับการพัฒนา เพื่อสอดคล้องกับกระแสสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลง นักศึกษาพยาบาลต้องปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ความคิด เปลี่ยนวิธีการเรียนรู้ที่ก่อให้เกิดทักษะด้านการคิด การแก้ปัญหา การสร้างสรรค์นวัตกรรม การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การทำงานเป็นทีม ภาวะผู้นำ การสื่อสาร คอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีสารสนเทศ รวมถึงการใช้ความรู้อย่างสร้างสรรค์ และเปลี่ยนวิธีการพัฒนาตนเอง โดยนักศึกษาต้องมีทั้งความรู้ในเนื้อหาและทักษะสำหรับการประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนความรู้ ให้สอดคล้องกับเป้าหมายที่เป็นประโยชน์และสร้างสรรค์ (Kay, 2010) นอกจากนี้ สอดคล้องกับประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง มาตรฐานการอุดมศึกษา พ.ศ. 2561 (2561) ในมาตรฐานการเรียนรู้ด้านผลลัพธ์ผู้เรียน ต้องเป็นผู้ร่วมสร้างสรรค์นวัตกรรม มีความสามารถในการบูรณาการศาสตร์ต่างๆ มาตรฐานผลการเรียนรู้ ด้านทักษะทางปัญญาเน้นความสามารถใช้กระบวนการวิทยาศาสตร์ทางการวิจัยและนวัตกรรมที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาและการศึกษาปัญหาทางสุขภาพ โดยเฉพาะนักศึกษาพยาบาลต้องมีการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และมีทักษะด้านการสร้างสรรค์และนวัตกรรมที่นักศึกษาในระดับอุดมศึกษาควรได้รับการพัฒนาควบคู่กันไปกับพัฒนาทักษะทางวิชาชีพพยาบาล

การพัฒนาทักษะทางวิชาชีพพยาบาลจำเป็นต้องพัฒนาตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาล โดยเฉพาะในการฝึกภาคปฏิบัติ ต้องมีกระบวนการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการคิดค้นนวัตกรรม เพื่อช่วยแก้ไขปัญหา ที่เกิดขึ้นของผู้รับบริการให้ดีขึ้น พัฒนาการให้บริการทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ เช่น ช่วยลดเวลา แรงงาน แก้ไขปัญหาได้ตรงจุด ตรงกับปัญหาความต้องการของผู้ป่วย และเกิดผลลัพธ์ที่ดีทางคลินิก (Melnyk, Fineout-Overhot, Stillwell, & Williamson, 2009; 2010; Melnyk & Fineout-Overhot, 2011) สอดคล้องกับสภาการพยาบาล ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาล โดยมีประกาศสภาการพยาบาลมาตรฐานการพยาบาล พ.ศ. 2562 (2562, 18 เมษายน) มาตรฐานหลักของบริการการพยาบาล ในหมวดที่ 2 การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing practices) ในข้อกำหนดที่ 1.3 ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล หลักฐานเชิงประจักษ์และความรู้จากการวิจัย มาประยุกต์ในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ข้อกำหนดที่ 1.4 ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการวางแผนแก้ปัญหาด้านสุขภาพของผู้รับบริการเป็นรายบุคคล และข้อกำหนดที่ 3.2 พัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลที่ตอบสนองต่อการให้บริการการพยาบาลแต่ละกลุ่มโรค ดังนั้น นักศึกษาพยาบาลควรมีทักษะด้านความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และการแก้ไขปัญหาที่ดี เพื่อนำไปสู่การพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาล

การพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาล เป็นกระบวนการทางการพยาบาลที่ได้สร้างขึ้นใหม่ รวมทั้งเป็นการพัฒนา ปรับปรุง ดัดแปลงนวัตกรรมให้ดียิ่งขึ้น และส่งผลต่อการพัฒนาวิชาชีพได้ ซึ่งนวัตกรรมทางการพยาบาลเป็นการคิด ปฏิบัติ ประดิษฐ์สิ่งใหม่ๆ หรือดัดแปลงสิ่งที่มีอยู่เดิม ให้สามารถใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่าเทียมของเดิม หรือมีประสิทธิภาพสูงกว่าเดิม เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติบริการทางการพยาบาล และบริหารทางการพยาบาล ไม่จำเป็นจะต้องใหม่จริงๆ แต่อาจจะหมายถึงสิ่งใด สิ่งเป็นความคิด

หรือการปฏิบัติที่เคยทำกันมาแล้ว แต่ได้หยุดไประยะหนึ่ง ต่อมาได้มีการรื้อฟื้นมาทำใหม่ เนื่องจากเห็นว่าสามารถช่วยแก้ปัญหาในสถานการณ์ใหม่นั้นได้ ก็นับได้ว่าเป็นสิ่งใหม่ได้ (จิตรศิริ ตันติชาติกุล และวนิดา เคนทองดี, 2556) นวัตกรรมทางการพยาบาลมีหลากหลายรูปแบบ เช่น นวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ ดังการวิจัย การพัฒนานวัตกรรมชุดจำลองการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่สายระบายทรวงอก ใช้เป็นสื่อการเรียนการสอน ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง (แอน ไทยอุดม, สุวีณา เบาะเปลี่ยน, อริสรา อยู่รุ่ง, อุษณีย์ อังคะนาวิน, และชยุตรา สุทธิลักษณ์, 2561) นวัตกรรมสื่อการสอนเสมือนจริงโดยสมาร์ตโฟน ในการถ่ายทอดความรู้ ให้นักศึกษาในรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ (สายสมร เฉลยกิตติ, สรินทร เชี่ยวโสธร, และญาดา น้อยเลิศ, 2562) นวัตกรรมทางการพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพ: การพัฒนาเชิงระบบในการดูแลแผลกดทับในการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ (ศิริลักษณ์ ศิริปัญญาวัฒน์, สุวลีย์ พยุงกิจสมบัติ, ธีรนนท์ สิงห์เฉลิม, นันทพร แสนศิริพันธ์, และอารีวรรณ กลั่นกลิ่น, 2558) เป็นต้น

บทความนี้ มีวัตถุประสงค์นำเสนอการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย การพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาล แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาล กรณีตัวอย่างการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาล: นวัตกรรมอ่างล้างหน้าเคลื่อนที่ และปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาล เพื่อนำสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่มีคุณภาพต่อไป

## การพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาล

นวัตกรรมทางการพยาบาล หมายถึง กระบวนการ ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ได้สร้างขึ้นใหม่ รวมทั้งเป็นการพัฒนาปรับปรุง ดัดแปลงนวัตกรรมให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการบริการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ช่วยลดค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพ ส่งเสริมการพัฒนาระบบสุขภาพที่เข้มแข็ง และพัฒนาวิชาชีพ (กมลทิพย์ ชลัษฐธรรมเนียม, 2554) นวัตกรรมทางการพยาบาล จำแนกออกเป็น 2 ลักษณะ (จุฑารัตน์ บันดาลสิน, 2557) ดังนี้

1. นวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ เป็นการออกแบบของนวัตกรรมเป็นสิ่งประดิษฐ์ที่คิดค้น เช่น นวัตกรรมสุขภาพรองเท้าจุกยางกันลื่นและนวดเท้าสำหรับผู้สูงอายุ (นิภาภัทร จันทบุรณ์, อัจริยา วัชรวิวัฒน์, และวรินทร์ จันทรมณี, 2561) นวัตกรรมบาดแผลจำลองเพื่อฝึกทักษะการทำแผลของนักศึกษาพยาบาล (ศิริเมศร์ โภโค, ดนัย ดุสรักษ์, และจักรพันธ์ กีนออย, 2562) เป็นต้น

2. นวัตกรรมระบบบริการหรือกระบวนการบริการพยาบาล เป็นการออกแบบของนวัตกรรมในรูปแบบระบบบริการ มาตรฐานหรือกระบวนการบริการพยาบาล เช่น รูปแบบการพัฒนาคูณภาพระบบบริการพยาบาลโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของกลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด (มะลิวรรณ อังคณิตย์, เรวดี สมทรัพย์, และบุษบา วงศ์พิมล, 2563) นวัตกรรมการบริหารทางการพยาบาลในรูปแบบการกำหนดเกณฑ์แบ่งระดับความเสี่ยงของหน่วยงานต่อคุณภาพบริการพยาบาลในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ (สุตินดี อภิสุข และกุลรัตน์ บริรักษ์วานิชย์, 2553) เป็นต้น

การพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและประสบความสำเร็จ มีกระบวนการ ดังนี้ (จุฑารัตน์ บันดาลสิน, 2557; พรธณี บัญชรหัตถกิจ, 2555)

1. มองเห็นปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาลหรือบริหารจัดการงานบูรณาการพยาบาลที่มีอยู่เดิม เอาใจใส่ในสิ่งผิดปกติที่พบงานประจำ และสนใจค้นคว้าหาข้อมูลเพื่อการแก้ไขปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

2. ประเมินความต้องการนวัตกรรม โดยประเมินสภาพปัญหาเพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างชัดเจน โดยใช้แนวทางวิเคราะห์รากสาเหตุของปัญหา (Root cause analysis) เป็นการวิเคราะห์การค้นหาค่าเหตุที่เป็นรากของปัญหา เพื่อจะนำไปสู่การหาแนวทางการแก้ไขได้ถูกจุดต้นตอของปัญหา เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาเดิมขึ้นอีกในการปฏิบัติการพยาบาล โดยการกำหนดปัญหาไว้ที่หัวปลา วิเคราะห์กำหนดสาเหตุหลักของปัญหาไว้ที่ก้างปลาโดยระบุปัจจัย (Factors) ที่เฉพาะเจาะจง เพื่อใช้ในการระดมความคิด เพื่อจะนำไปสู่การแยกแยะสาเหตุเพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์แนวทางการแก้ไขต่อไป

3. สร้างแนวร่วมและทีมงาน จากการพูดคุย บอกต่อ เพื่อค้นหาคนที่มีความสนใจเหมือนกันร่วมงานกัน โดยอาจขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ ทั้งในประเด็นทางคลินิก และกระบวนการทำวิจัย เพื่อการเริ่มต้นที่ชัดเจนและตรงตามสภาพปัญหา

4. กำหนดประเด็น/หัวข้อที่ต้องการพัฒนานวัตกรรมให้มีความเฉพาะเจาะจง โดยประกอบด้วยนวัตกรรมที่สร้าง ระบุกลุ่มตัวอย่างที่นำนวัตกรรมไปใช้ในการแก้ปัญหา และผลลัพธ์ที่ต้องการประเมิน

5. ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ โดยตรวจสอบว่ามีวิธีที่สามารถช่วยแก้ไขปัญหาให้ดีขึ้นได้แก่ สืบค้นวรรณกรรมที่สนับสนุนการออกแบบนวัตกรรม ประเมินระดับความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงประจักษ์ และพิจารณาความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริงตามสภาพในคลินิก

6. สังเคราะห์ข้อความรู้ที่ได้จากวรรณกรรมที่มีคุณภาพ เพื่อนำมาบูรณาการในการวางแผนออกแบบนวัตกรรมทางการแพทย์

7. ออกแบบนวัตกรรมทางการแพทย์ เพื่อเปลี่ยนแปลงระบบการปฏิบัติพยาบาล และการหา ทางออกของปัญหา

8. กำหนดวิธีวัดให้มีประสิทธิภาพของนวัตกรรม ส่วนใหญ่เป็นการวัดผลโดยใช้ข้อมูลเชิงปริมาณ

9. กำหนดวิธีการใช้นวัตกรรมในคลินิกหรือในการทดลอง

10. ทดลองใช้นวัตกรรมในหน่วยงานตามแผนที่วางไว้

11. ประเมินประสิทธิภาพของนวัตกรรม ในความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง

12. บันทึกโดยสรุปผล พร้อมแหล่งอ้างอิงที่ใช้ในการสร้างนวัตกรรมทางการแพทย์ และการอภิปรายผลลัพธ์ของนวัตกรรม

13. เผยแพร่นวัตกรรม

เป้าหมายของนวัตกรรมทางการแพทย์พยาบาลที่สอดคล้องกับคุณค่าขององค์กร และบุคลากรที่ต้องนำไปปฏิบัติ ซึ่งจำเป็นต้องนำแนวคิดต่างๆ มาช่วยเป็นแนวทางในการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ของนักศึกษา การพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์จำเป็นต้องมีแนวทางในการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์โดยมีการบูรณาการแนวคิดสำคัญ เพื่อให้เห็นส่วนประกอบหรือขั้นตอนสำคัญในการพัฒนานวัตกรรมต่อไป

## แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์พยาบาล

จากการทบทวนแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์พยาบาล ผู้เขียนขอเสนอ 2 แนวคิด คือ กรอบความคิดเติบโต (Growth mindset) และการปฏิบัติโดยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based practice: EBP) ดังนี้

### กรอบความคิดเติบโต (Growth mindset)

กรอบความคิด (Mindset) เป็นความเชื่อของบุคคลที่มีต่อลักษณะ (Characteristics) และคุณลักษณะ (Traits) ของตนเอง เช่น เซาว์ปัญญา ความสามารถและบุคลิกภาพ (Dweck, 2006) เมื่อบุคคลเผชิญสถานการณ์ต่างๆ จะมีการตีความหมายของเหตุการณ์ และมีการแสดงออกเพื่อตอบสนองต่อเหตุการณ์นั้นๆ โดยอาศัยรูปแบบของกรอบความคิดที่ตนมีความเชื่ออยู่เดิม ทำให้แต่ละบุคคลมีแรงจูงใจ มีเป้าหมายที่ชัดเจนแตกต่างกัน เป็นผลให้มีการพัฒนาศักยภาพได้ไม่เท่ากัน (Blackwell, Trzesniewski, & Dweck, 2007) กรอบความคิด จำแนกออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) กรอบความคิดเติบโต (Growth mindset) และ 2) กรอบความคิดจำกัด (Fixed mindset) โดยที่กรอบความคิดเติบโต เป็นความเชื่อที่มีต่อลักษณะและคุณลักษณะของตนเองว่า สามารถเปลี่ยนแปลง และพัฒนาได้สามารถเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้และนำไปสู่การมีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ ไม่ว่าจะเป็นการแสวงหา ความท้าทาย การจัดการกับอุปสรรค การปรับตัว การเรียนรู้จากความผิดพลาด และไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค ซึ่งเป็นหนทางในการเรียนรู้ที่ดีและสามารถนำไปสู่ความสำเร็จได้ ทำให้เกิดการมุ่งมั่นเรียนรู้ในการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ของนักศึกษา และกรอบความคิดจำกัด (Fixed mindset) เป็นความเชื่อที่มีต่อลักษณะและคุณลักษณะของตนเองว่า ไม่อาจเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาได้ (Dweck, 2006; ชนิตา รุ่งเรือง และเสวี ชัดรัมย์, 2559) ซึ่งมีความแตกต่างกัน รายละเอียดดังตาราง

ตาราง การเปรียบเทียบระหว่างกรอบความคิดเติบโตและกรอบความคิดจำกัด (Dweck, 2006)

กรอบความคิดเติบโต (Growth mindset)	กรอบความคิดจำกัด (Fixed mindset)
ความท้าทาย เป็นสิ่งที่ตื่นเต้นน่าลอง	หลีกเลี่ยงความท้าทาย
คือ จะลุยต่อไป	ยอมแพ้ดีกว่า
มองความพยายามเป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จ	ไม่เห็นต้องพยายามเลย หากต้องพยายามแสดงว่าไม่ดีพอ
เรียนรู้และเปิดรับจากคำวิจารณ์	ไม่ยอมรับการวิจารณ์เชิงลบ
เรียนรู้และหาแรงบันดาลใจจากความสำเร็จของผู้อื่น	ถากถางความสำเร็จของผู้อื่น

แนวทางการพัฒนากรอบความคิดเติบโต มีขั้นตอนสำคัญ 5 ขั้นตอน ดังนี้ (Anderson, 2006)

1. การรับรู้กรอบความคิดเบื้องต้นของตนเอง ขั้นนี้จะทำให้ทราบระดับความคิดว่าอยู่ที่ใด เพื่อที่จะได้ตั้งเป้าหมายต่อไปว่า จะทำอะไรได้บ้าง เช่น เวลาที่บุคคลต้องปรับเปลี่ยนหรือทำสิ่งที่แตกต่างไปจากเดิม มักจะมีคำพูดว่า คงทำไม่ได้ หรือไม่คิดว่าจะต้องปรับเปลี่ยนเพราะติดอยู่แล้ว ซึ่งกรอบความคิดนี้ ทำให้ไม่ได้เริ่มอะไรใหม่ๆ
2. การทดลองตั้งคำถามเกี่ยวกับกรอบความคิดใหม่ โดยการลองถามตัวเองว่า หากเราทำการเปลี่ยนแปลงอะไรบางอย่างไปจากกรอบความคิดเดิม จะได้ประโยชน์อะไรจากสิ่งใหม่ๆบ้าง ซึ่งเรียกว่า การสร้างแรงจูงใจของตน
3. การหาวิธีการที่ได้มาซึ่งข้อมูลแนวทางใหม่ เพื่อนำมาปรับกรอบความคิดเก่าของตนให้เป็นกรอบความคิดใหม่โดยการศึกษาหาแหล่งข้อมูลหรือแนวทางที่จะช่วยนำมาเป็นสิ่งที่พัฒนาขั้นตอนนี้ต้องรักษาความเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นมีประโยชน์ เช่น การเชื่อว่ามีบุคคลหลายคนที่เปลี่ยนแปลงตนเองได้สำเร็จ ดังนั้น ตัวเราเองก็จะทำได้สำเร็จได้เช่นกัน
4. การทำการทดสอบ ทดลอง แนวทางใหม่ๆดังกล่าวได้ว่าผลดีเพียงพอกี่จะนำไปใช้หรือไม่ นำข้อมูลหรือแนวทางที่พัฒนาขึ้นนั้นสามารถเปลี่ยนแปลงกรอบความคิดนั้นหรือไม่ และประเมินว่าได้เรียนรู้จากอะไร จากการทดสอบ ทดลอง และในขั้นตอนนี้อาจมีผู้ช่วยที่มีประสบการณ์ให้คำแนะนำ
5. การตรวจสอบกรอบแนวคิดใหม่ว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ โดยการสะท้อนคิดเกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ที่เกิดจากจุดแข็งและจุดอ่อนของตนเอง เพื่อให้มีความคิด ความเชื่อ และทัศนคติที่ดีว่าความสามารถและสติปัญญาพัฒนาได้

การพัฒนากรอบแนวคิดเติบโต (Growth mindset) ได้ถูกนำไปประยุกต์ใช้ในหลายการศึกษา ทั้งนักศึกษาหลักสูตรวิชาชีพครู โดยเชื่อว่าความสามารถทางปัญญาพัฒนาได้ ต้อนรับกับความท้าทาย ยืนหยัด แม้เผชิญกับความพ่ายแพ้ มองว่าความพยายามทำให้เกิดการเรียนรู้ เรียนรู้จากคำพากษ์วิจารณ์ มีการหาบทเรียน และแรงบันดาลใจจากความสำเร็จของผู้อื่น (ธนະดี สุริยะจันทร์หอม และอารยาปิยะกุล, 2561) ในอาจารย์และบุคลากรสายสนับสนุน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เพื่อส่งเสริมทักษะการสร้างสรค์นวัตกรรม(เสาวลักษณ์ศรีดาเกษ, 2563) รวมทั้ง ในพัฒนาหลักสูตรการคิดเชิงออกแบบเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะนวัตกรรมสำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี (เพ็ญจมาศ คำธนะ, นงนุช วงศ์สว่าง, กมลพร แพทย์ชีพ, และปริญญารักษ์ ธนะบุญปวง, 2563) ดังนั้น การพัฒนากรอบความคิดเติบโตจึงนับเป็นสิ่งสำคัญ ที่ก่อให้เกิดการพัฒนาความสามารถในการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลของนักศึกษา ทำให้เกิดความมุ่งมั่นในการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลได้สำเร็จ

### แนวคิดการปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based practice: EBP)

การสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาลที่ดี มีคุณภาพและน่าเชื่อถือ ควรนำแนวคิดการปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence- Based Practice: EBP) ของ Melnyk et al. (2010)

มาใช้เพราะ EBP เป็นวิธีในการช่วยแก้ไขปัญหาทางสุขภาพ จากการบูรณาการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีเยี่ยม จากการทบทวนการศึกษาที่ดีเยี่ยมที่ผ่านมา ร่วมกับข้อมูลของผู้รับบริการจากผู้เชี่ยวชาญ และจากบริบทของผู้รับบริการ (Melnyk et al., 2011) โดยเริ่มตั้งแต่การระบุปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา แสวงหาวิธีการแก้ปัญหาทางสุขภาพ การตั้งประเด็นเพื่อค้นหาข้อมูล ค้นหาวิจัยจากระบบฐานข้อมูล การวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ สร้างแนวทางการปฏิบัติและประเมินผลในภาพรวม ซึ่งการปฏิบัติโดยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีประสิทธิภาพสูงจะส่งเสริมให้ผลลัพธ์การบริการดีขึ้น ปลอดภัย ลดความเสี่ยง และเป็นแนวทางให้เกิดความคุ้มค่า และคุ้มค่า (จิตรศิริ ตันติชาติกุล และวนิดา เคนทองดี, 2556) มาช่วยในการพัฒนาขั้นตอนการสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาล

### ขั้นตอนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมี 5 ขั้นตอน (5A) ดังนี้

1. การตั้งคำถามทางคลินิก (Ask) ในรูปแบบของ PICO (P = Population of interest, I = Intervention or area of interest, C = Compare intervention or group, O = Outcome) (นุสราน นามเดช, จิราภา บุญศิริปะ, นงคาร รางแดง, และดวงดาว อุบลรัมย์, 2560; พวงแก้ว พุทธิพิทักษ์, พรศิริ พันธสี, และ กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม, 2554) ดังนี้

P: Population of interest เป็นการระบุกลุ่มประชากรที่สนใจศึกษาซึ่งเป็นประชากรกลุ่มเดียวกับผู้ป่วยที่นักศึกษาได้รับ

I: Intervention or area of interest การระบุการช่วยเหลือ หรือกิจกรรมการพยาบาลที่ต้องการนำมาใช้ในการช่วยเหลือให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย หรือพื้นที่ที่สนใจ

C: Compare intervention or group เป็นการเปรียบเทียบการช่วยเหลือหรือกิจกรรมการพยาบาลกับวิธีที่ต้องการนำมาใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการมอบหมาย

O: Outcome ผลที่ต้องการให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการช่วยเหลือหรือกิจกรรมการพยาบาล

ดังตัวอย่างต่อไปนี้ “ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (P) ขั้นตอนในการหยาเครื่องช่วยหายใจเป็นอย่างไร (I) เมื่อเปรียบเทียบกับไม่มีขั้นตอนในการหยาเครื่องช่วยหายใจ (C) ส่งผลต่อจำนวนวันในการใช้เครื่องช่วยหายใจ (O)”

2. การสืบค้นเพื่อหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด (Acquire) จากอินเทอร์เน็ตและวารสารทั้งในและต่างประเทศ การเลือกแหล่งค้นหาแหล่งข้อมูลที่ถนัดแล้ว หรือฐานข้อมูลทุติยภูมิเป็นแหล่งที่มีข้อมูลหลากหลายและมีการลิงค์ (Link) ที่เชื่อมโยงไปยังหลักฐาน ต้นฉบับและรายการอ้างอิง มีการวิพากษ์ผลงานโดยผู้เชี่ยวชาญ เช่น ACP Journal Club, Essential Evidence, FPIN Clinical Inquiries, Clinical Evidence, และ Cochrane Library ทั้งนี้ Cochrane Library นับว่าเป็นแหล่งข้อมูลที่มีการนำเสนอการศึกษาประเภทการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ในการกำหนดคำค้นนั้น จะมาจากคำในขั้นตอน PICO เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยเพิ่มความชัดเจนในเรื่องที่ต้องการการเพิ่มคำค้นให้เจาะจงมากขึ้น การใช้คำค้นหัวข้อ (Heading) หรือการขยายการค้นหา เช่น การใช้

คำเหมือน (Synonym) การใช้คำพ้อง (Thesaurus) หรือการใช้คำหัวข้อ จนกระทั่งได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ (สุพรรณิ กัณหติลล, ตรีชฎา ปุ่นสำเร็จ, และชุติมา มาลัย, 2560)

3. การประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างมีวิจารณญาณ (Appraise) ซึ่งมีแนวทางในการประเมินโดยมีการประเมินใช้ 3 คำถาม ได้แก่ ผลของการศึกษามีความน่าเชื่อถือมากน้อยเพียงใด? อะไรคือผลของการศึกษาและความสำคัญ? ผลของการศึกษาที่เกิดขึ้นช่วยในการดูแลผู้รับบริการหรือไม่? และแนวทางในการจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ทำตารางรวบรวมข้อมูล (Data extraction sheet) ที่ใช้ในการสรุปรายงานวิจัยเป็นตาราง เพื่อรวบรวมการทบทวนวรรณกรรมที่เป็นระบบ และเข้าใจได้ง่าย สามารถกำหนดประเด็นต่างๆ ได้เอง เช่น ชื่อผู้แต่ง ปีที่แต่ง การทดลอง (Intervention) ที่ใช้ กลุ่มตัวอย่าง สถานที่เก็บข้อมูล เครื่องมือที่ใช้วัดผลการศึกษา ผลการศึกษาที่พบ จากนั้นจัดทำเป็นตารางตามหัวข้อต่างๆ หลังจากอ่านงานวิจัยที่ถูกคัดเลือกมาทบทวนวรรณกรรมแล้ว ผู้เรียนสกัดข้อมูลและเขียนข้อมูลที่ต้องการลงในตาราง (อัจฉรา คำมะทิติย์ และมัลลิกา มากรัตน์, 2560) โดยใช้แนวทางการจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Melnyk & Fineout-Overholt, 2011) มีดังนี้

ระดับที่ 1 งานวิจัยแบบทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) งานวิจัยแบบวิเคราะห์ห้เมต้า (meta-analysis)

ระดับที่ 2 งานวิจัยแบบทดลองแบบสุ่มกลุ่มตัวอย่างและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trials, RCT)

ระดับที่ 3 งานวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research)

ระดับที่ 4 งานวิจัยแบบการศึกษาการศึกษาไปข้างหน้า ย้อนหลัง ผลของสาเหตุ (Case control และ cohort studies)

ระดับที่ 5 งานวิจัยแบบทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่ได้จากงานวิจัยเชิงบรรยายและวิจัยเชิงคุณภาพ (Descriptive and qualitative studies)

ระดับที่ 6 งานวิจัยแบบบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ (Descriptive and qualitative studies)

ระดับที่ 7 ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ และ/หรือรายงานจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ (Reports of expert committees)

4. การบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์กับผู้เชี่ยวชาญ และบริบทความต้องการ ค่านิยมของผู้รับบริการ (Apply) โดยนำหลักฐานเชิงประจักษ์ ร่วมกับปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ แพทย์ หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพ เป็นต้น จากข้อมูลของผู้ป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อให้เกิดนวัตกรรม/แนวทางการพยาบาลที่ดีที่สุดและเหมาะสมกับผู้รับบริการและนำทดลองใช้

5. การประเมินผลลัพธ์จากการปฏิบัติ (Analyze & Adjust) ซึ่งจะเป็นการประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาบูรณาการกับการบริการแก่ผู้รับบริการ โดยพิจารณาผลที่เกิดขึ้นตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ และการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นกับผู้รับบริการ และเผยแพร่

ผลการศึกษา โดยการนำผลการศึกษาจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ มานำเสนอ แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ หรือมีการตีพิมพ์เผยแพร่

ปัจจุบันมีการนำแนวคิดการปฏิบัติโดยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการสร้าง นวัตกรรมทางการพยาบาลอย่างแพร่หลาย ทั้งในการสอนปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อเสริมสร้างทักษะทางปัญญาของนักศึกษาพยาบาล (นุสราน นามเดช และคณะ, 2560) การประยุกต์ใช้ การปฏิบัติโดยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์สู่การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน (พวงแก้ว พุทธิพิทักษ์ และคณะ, 2554) ซึ่งจะเห็นได้ว่าการใช้ การปฏิบัติโดยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์สามารถพัฒนาทักษะทางปัญญาไปสู่การพัฒนานวัตกรรม ทางการพยาบาลได้

### กรณีตัวอย่างการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาล: นวัตกรรม อ่างล้างหน้าเคลื่อนที่

การพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งเป็นกระบวนการเชิงผลลัพธ์ ทางการพยาบาลที่ได้สร้างขึ้นใหม่ รวมทั้งเป็นการพัฒนาปรับปรุง ดัดแปลงนวัตกรรมให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งทำให้ ได้เครื่องมือในการปฏิบัติงาน ได้แก่ สิ่งประดิษฐ์ขึ้น กิจกรรมการปฏิบัติ การปฏิบัติ หรือกระบวนการ หนทางในการทำงาน ที่ส่งผลต่อการบริการและวิชาชีพการพยาบาล ในบทความนี้ได้ยกตัวอย่าง กรณีศึกษานวัตกรรมอ่างล้างหน้าเคลื่อนที่ ซึ่งพัฒนาภายใต้แนวคิดของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based practice: EBP) (Melnik, et al., 2010) และความคิดเติบโต (Anderson, 2006) ใน วิชาปฏิบัติทางการพยาบาลบุคคลมีปัญหามะเร็ง 3 โดยมีขั้นตอนการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนา นวัตกรรมทางการพยาบาล 5 ขั้นตอน รายละเอียด ดังนี้

**ขั้นที่ 1 เปิดใจ เปิดความคิด** (จำนวน 1 ชั่วโมง) เพื่อการสร้างสัมพันธภาพและบรรยากาศที่ดี แก่ผู้เรียน โดยให้ดูคลิปวิดีโอ เรื่อง “บทเรียนนกอินทรี” (Chosaaard, 2559) จากนั้นเปิดโอกาสให้แสดง ความคิดเห็น ผู้สอนสรุป และอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับกรอบความคิดเติบโตกับการประสบความสำเร็จ ในการสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาล

**ขั้นที่ 2 สืบหาความคิด ตั้งเป้าหมายสู่ความสำเร็จ** (จำนวน 2 ชั่วโมง) เพื่อให้เกิดแรงจูงใจใน การในการทำนวัตกรรมทางการพยาบาล ให้ผู้เรียนมีความมุ่งมั่นไม่ย่อท้อ และปรับกรอบความคิดเดิม โดย ดูคลิปวิดีโอเรื่อง “Crack Your Comfort Zone” (Crack Your Cocoon, 2559) เปิดโอกาสให้แสดง ความคิดเห็น ผู้สอนสรุปและอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับตั้งเป้าหมายในการสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาล

**ขั้นตอนที่ 3 พัฒนานวัตกรรม** (สัปดาห์ที่ 2 - 5 จำนวน 16 ชั่วโมง) เพื่อให้ให้นักศึกษาพยาบาลร่วมกัน วางแผนในการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลในการฝึกภาคปฏิบัติวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหา สุขภาพ 3 โดยการใช้กระบวนการโดยใช้การปฏิบัติโดยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (5A) ดังนี้

1) การตั้งคำถาม (Ask) ทางคลินิกในรูปแบบของ PICO โดยการค้นหาปัญหาของผู้รับบริการที่มีความจำเป็นต้องหาวิธีในการช่วยเหลือ ผู้เรียนมีการระดมสมองเพื่อกำหนดประเด็น

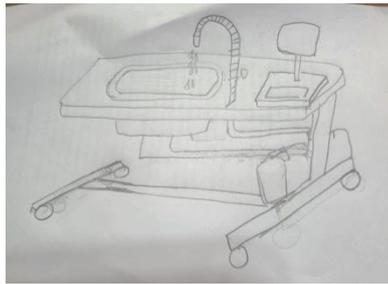
ที่สำคัญของปัญหาของผู้รับบริการ ที่มาจากการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างการปฏิบัติงาน โดยมีผู้สอนให้คำปรึกษาและแลกเปลี่ยน เน้นการใช้คำถามเพื่อให้ผู้เรียนมีความชัดเจนในปัญหาที่จะนำไปสู่การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ และมีการระดมอภิปรายและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วยกัน เพื่อค้นหาช่องว่างระหว่างสิ่งที่ควรจะเป็นหรือสิ่งที่คาดหวัง กับสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ในปัจจุบัน เริ่มจากการตั้งคำถามเพื่อค้นหาคำตอบ ดังนี้

“ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง 48 ชั่วโมง ไม่สามารถลุกไปห้องน้ำเพื่อสามารถดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลได้ (P) วิธีการที่จะช่วยในการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลได้ (I) โดยเปรียบเทียบระหว่างการดูแลปกติที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม (C) ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีความสุขสบายมากขึ้น (O)”

2) การสืบค้น (Acquire) เพื่อหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด โดยสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากสถานการณ์ที่เป็นปัญหา เป็นการค้นหาหลักฐานเพื่อตอบคำถามทางคลินิกที่ตั้งไว้ในการเรียนการสอนวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 ซึ่งหลักฐานที่ตีพิมพ์เผยแพร่มีหลากหลาย ได้แก่ รายงานต่าง ๆ บทความวิชาการ บทความวิจัย ฐานข้อมูลเพื่อการสืบค้น ScienceDirect, CINAHL, ClinicalKey, ThaiLis โดยการใช้คำสำคัญ (Keywords) คำว่า hygiene care, post-operation, การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล, ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งพบว่ามีงานวิจัยรวมทั้งสิ้น 80 เรื่อง

3) การประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างมีวิจารณญาณ (Appraise) ซึ่งจากการสืบค้นพบว่างานวิจัยทั้งหมด 80 เรื่อง ซึ่งเป็น วิจัยเชิงบรรยายจำนวน 15 เรื่อง และวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 1 เรื่อง งานวิจัยกึ่งทดลองจำนวน 54 เรื่อง ซึ่งพบว่าไม่มีงานวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องโดยตรง ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องการลดปวด และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด จากผลการวิเคราะห์จากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า ช่วง 1-2 วันแรกหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยต้องการอุปกรณ์ช่วยในการทำกิจกรรมที่เตียง เพื่อลดการกระทบกระเทือนบาดแผลผ่าตัด และมีความสุขสบาย

4) การบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์กับผู้เชี่ยวชาญ และบริบทความต้องการ ค่านิยมของผู้รับบริการ (Apply) โดยผู้เรียนนำหลักฐานเชิงประจักษ์และข้อมูลผู้ป่วย ไปปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลพี่เลี้ยงประจำหอผู้ป่วย ได้รับคำแนะนำว่า ควรมีอุปกรณ์เคลื่อนที่สามารถเคลื่อนย้ายมาที่เตียงได้ คล้ายๆ กับโต๊ะคร่อมเตียง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนั่งบนเตียงเพื่อทำกิจกรรมเกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคลได้ เช่น การแปรงฟันและล้างหน้าด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากผู้ป่วย “รู้สึกสะอาด กว่าทำให้ญาติทำ” จึงเกิดนวัตกรรมอ่างล้างหน้าเคลื่อนที่ โดยได้ออกแบบนวัตกรรมและปรึกษาอาจารย์วิทยาลัยอาชีวศึกษาจังหวัดเพชรบุรี ในการร่วมผลิตนวัตกรรม โดยกำหนดความสูงของโต๊ะและความสูงของเตียงสูงสุดและต่ำสุดบนหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและหญิงเพื่อให้มีความสูงเหมาะสมต่อเตียงผู้ป่วย มีการออกแบบให้เหมือนโต๊ะรับประทานอาหารเพื่อสอดเข้าใต้เตียงผู้ป่วยมีอ่างล้างหน้า พร้อมก๊อกน้ำที่ต่อสายน้ำดีน้ำเสียสะดวกในการใช้งาน พร้อมทั้งมีกระจกส่องหน้ากล่องใส่อุปกรณ์ ที่สามารถให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรได้ด้วยตนเอง จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมพบว่าสามารถใช้ได้จริง แต่มีเสียงดังขณะที่เปิดน้ำล้างหน้า จึงนำไปปรึกษาอาจารย์วิทยาลัยอาชีวศึกษาจังหวัดเพชรบุรีในการปรับปรุงอุปกรณ์อีกครั้ง และนำกลับมาใช้อีก (ดังภาพ 1 – 4)



ภาพ 1 การออกแบบนวัตกรรมอ่างล้างหน้าเคลื่อนที่



ภาพ 2 การทำฐานของตัวอ่างล้างหน้าเคลื่อนที่



ภาพ 3 อ่างล้างหน้าจากกะละมังอเนกประสงค์



ภาพ 4 การทดลองใช้อ่างล้างหน้าเคลื่อนที่

5) ประเมินผลลัพธ์ (Analyze & Adjust) โดยประเมินผลการใช้นวัตกรรมอ่างล้างหน้าเคลื่อนที่ ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นและหาวิธีการแก้ไขปัญหา

**ขั้นที่ 4 ตรวจสอบความคิด** (สัปดาห์ที่ 3 และ 6 ครั้งละ 2 ชั่วโมง) ในขณะที่ปฏิบัติมีการสะท้อนคิดในสถานการณ์ ปัญหาอุปสรรคที่กำลังเกิดขึ้น และการตรวจสอบคิดหลังการปฏิบัติ (Reflection on action) เป็นการทบทวนในสิ่งที่เกิดขึ้นและพิจารณาในผลที่เกิดขึ้นจากการสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาล เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ต่อไป

**ขั้นที่ 5 การติดตามอย่างต่อเนื่อง** (สัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6 ครั้งละ 30 นาที) เพื่อมีการติดตามการดำเนินงานในการสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาลทางไลน์กลุ่มนวัตกรรม โดยผู้สอนและผู้เรียนตั้งไลน์กลุ่มนวัตกรรมเพื่อสื่อสารติดตามการดำเนินงาน ความก้าวหน้าในการดำเนินงานปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น และร่วมกันแก้ไขปัญหาและให้เสริมแรงในการทำงาน โดยมีการประเมินการดำเนินงานดังนี้

1) ด้านประสิทธิภาพ ประเมินโดยการสังเกต สัมภาษณ์ผู้รับบริการและพยาบาลประจำหอผู้ป่วย จำนวน 10 คน พบว่า ผู้รับบริการที่ใช้นวัตกรรมอ่างล้างหน้าเคลื่อนที่สามารถใช้หลังจากการให้ผู้ป่วยทดลองใช้อ่างล้างหน้าเคลื่อนที่ สามารถนั่งบนเตียงในการล้างหน้า แปรงฟัน หวีผมบนเตียงได้

2) ด้านประสิทธิผล ประเมินในด้านความสบายอยู่ในระดับดีมาก มีค่าเฉลี่ย 4.80 จากคะแนนเต็ม 5 และความพึงพอใจในภาพรวมพบว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับดีมาก มีค่าเฉลี่ย 4.60 จากคะแนนเต็ม 5

3) ด้านความคุ้มค่าคุ้มทุน ประเมินจากการดำเนินการที่ใช้นวัตกรรมอ่างล้างหน้าเคลื่อนที่สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรม ทำให้ผู้ป่วยมีความสะอาดร่างกายและสุขสบายมากขึ้นเพราะหลังผ่าตัดต้องจะปวดแผลทำให้ไม่สามารถเดินไปเข้าห้องน้ำเองได้ และจากการประเมินค่าใช้จ่ายในการดำเนินการนวัตกรรมอ่างล้างหน้าเคลื่อนที่ 1 ตัว ใช้งบประมาณรวมทั้งสิ้น 1,100 บาท ซึ่งงบประมาณที่ดำเนินการนี้มีความคุ้มค่าที่ช่วยดูแลสุขภาพส่วนบุคคลให้แก่ผู้ป่วยและเกิดประโยชน์ในการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

4) ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา ได้แก่ ควรมีการพัฒนานวัตกรรมอ่างล้างหน้าเคลื่อนที่ที่มีแบตเตอรี่ที่ช่วยในการทำงาน โดยลดการใช้สายไฟที่ยาวในการเสียบปลั๊กใช้งาน และสะดวกในการเคลื่อนย้าย นอกจากนี้ควรเปลี่ยนอุปกรณ์ที่ใช้ที่สามารถกั้นน้ำได้และลดมีเสียงดังรบกวนจากเครื่อง เพื่อลดการชำรุดของอุปกรณ์และลดความรำคาญแก่ผู้ใช้

5) ปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาล จากการสะท้อนคิดหลังการปฏิบัติ (Reflection on action) ทั้งผู้สอน ผู้เรียนและผู้บริหาร เกี่ยวกับปัจจัยสู่ความสำเร็จในการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ดังนี้

- ด้านผู้สอน ควรสร้างแรงบันดาลใจให้กับผู้เรียนให้รู้สึกมีพลังในความคิด และเกิดความสนุก ทำหาย และสามารถผลิตผลงานนวัตกรรมได้ ให้เวลาและแนะนำนักศึกษาในการนวัตกรรมทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และให้ทำผังการทำงานอย่างเป็นระบบ และควรมีไลน์กลุ่มหรือช่องทางติดต่อออนไลน์เพื่อให้คำปรึกษาติดตามการทำงานกันอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งควรจัดเวลาในการเรียนเฉพาะที่ชัดเจนสำหรับการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลว่าอยู่เวลาไหนบ้างในการช่วงการฝึกปฏิบัติงาน ถ้านักศึกษาฝึกภาคปฏิบัติจะค่อนข้างลำบากในการทำนวัตกรรม เนื่องจากมีต้องเก็บประสบการณ์ตามที่กำหนดในรายวิชาอยู่แล้ว ทำให้การทำนวัตกรรมทางการพยาบาลจะไม่เต็มที่ เป็นผู้ช่วยประสานเชื่อมความร่วมมือกับสหสาขาเพื่อให้เกิดแนวร่วมและทีมงานในการสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาลของนักศึกษาซึ่งอาจมาเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญในหน่วยบริการ เช่น แพทย์ หัวหน้าหอผู้ป่วย อาจารย์พี่เลี้ยง เนื่องจากจะมีประสบการณ์และเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ เพื่อนำสู่การพัฒนากระบวนการให้บริการกับผู้รับบริการ และสาขาที่เกี่ยวข้องในการผลิตผลงานนวัตกรรม ซึ่งอาจต้องมีผนวกกับการใช้เทคโนโลยีมาร่วมใช้ เช่น คณะวิศวกรรม คณะวิทยาศาสตร์คอมพิวเตอร์ ตามมหาวิทยาลัยใกล้เคียง วิทยาลัยเทคนิค สาขาช่างกล เป็นต้น

- ด้านผู้เรียน ควรได้รับการพัฒนามีกรอบแนวคิดเติบโต จะช่วยให้มีความคิดที่ดี เชื่อมั่น และมุ่งมั่นในการสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาลได้สำเร็จ มีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ช่วยในการค้นหาวิธีการที่ดีที่สุดเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ รวมทั้ง การวางแผนจัดสรรเวลา และกำกับการทำงานอย่างต่อเนื่อง จะช่วยในการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลสำเร็จ

- ด้านผู้บริหาร มีการวางแผนการจัดการศึกษา จัดเวลาที่เหมาะสมเพียงพอ โดยอาจจัดเวลาในภาคทฤษฎีเพื่อการวางแผนและลงทดลองในช่วงฝึกภาคปฏิบัติในการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาล รวมทั้ง นักศึกษาควรฝึกร่วมกันอย่างต่อเนื่อง และจัดอาจารย์ที่ปรึกษาที่สามารถดูแลได้

อย่างต่อเนื่อง ควรมีการประสานความร่วมมือกับสถานศึกษาอุดมศึกษาสาขาเพื่อให้เกิดแนวร่วม และทีมงานในการสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาลของนักศึกษา ซึ่งอาจมาเป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ร่วม ได้แก่ คณะวิศวกรรมศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี เป็นต้น

## สรุป

ทักษะทางวิชาชีพพยาบาลเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในนักศึกษาพยาบาล ซึ่งต้องมีทักษะการแก้ปัญหาที่ผ่านจากปฏิบัติงานควรมีกระบวนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ร่วมทั้งคิดค้นนวัตกรรมที่ช่วยในการปฏิบัติงาน เพื่อช่วยแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ และพัฒนาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ซึ่งการพัฒนา นวัตกรรมทางการพยาบาล เป็นกระบวนการทางการพยาบาลที่ได้สร้างขึ้นใหม่ รวมทั้งเป็นการพัฒนา ปรับปรุง ดัดแปลงนวัตกรรมให้ดียิ่งขึ้นและส่งผลต่อวิชาชีพได้ การพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษา พยาบาลได้ประยุกต์ใช้กรอบความคิดเติบโต และการปฏิบัติโดยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมี 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ขั้นเปิดใจ เปิดความคิด 2) ขั้นสำรวจความคิด ตั้งเป้าหมายสู่ความสำเร็จ 3) ขั้นพัฒนานวัตกรรม 4) ขั้นตรวจสอบความคิด และ 5) ขั้นการติดตามอย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล มีครอบคลุมทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สอน ผู้เรียน และผู้บริหาร ฉะนั้นการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลเป็น สิ่งสำคัญในสภาพการณ์ปัจจุบัน เพื่อพัฒนานักศึกษาในการคิดวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติจริงบน หอผู้ป่วย โดยการปรับกรอบความคิดอุปสรรค ซึ่งเป็นหนทางในการคิดเชิงบวก ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการ เรียนรู้ที่ดีและสามารถนำไปสู่ความสำเร็จในการพัฒนานวัตกรรมได้ ร่วมกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มี คุณภาพในการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลแก่ผู้รับบริการส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการให้การพยาบาล และยังเป็นการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพการบริการสู่การพยาบาลที่เป็นเลิศอันจะส่งผลให้เกิดการพัฒนา คุณภาพการบริการพยาบาลอย่างยั่งยืน

## เอกสารอ้างอิง

- กมลทิพย์ ชลิ่งธรรมเนียม. (2554). นวัตกรรมบริการพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 22(2), 71-79.
- จิตรศิริ ตันติชาติกุล, และวนิดา เคนทองดี. (2556). การพัฒนาแนวปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ในการดูแลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ. *วารสารกองการพยาบาล*, 40(1), 56-69.
- จุฑารัตน์ บันดาลสิน. (2557). การพัฒนาความคิดสร้างสรรค์สู่นวัตกรรมบริการพยาบาล. *วารสาร พยาบาลทหารบก*, 15(3), 9-17.
- ชนิตา รุ่งเรือง, และเสรี ชัดเข้ม. (2559). กรอบความคิดเติบโต: แนวทางใหม่แห่งการพัฒนาศักยภาพ มนุษย์. *วารสารวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา*, 14(1), 1-13.
- ธนะดี สุริยะจันทร์หอม, และอารยา ปิยะกุล. (2561). ศึกษาผลการใช้รูปแบบ SPASA เพื่อเสริมสร้าง โกรว์ธมายด์เซต สำหรับนักศึกษาหลักสูตรวิชาชีพครู. *วารสารราชพฤกษ์*, 16(3), 56-63.

- นิภาภัทร จันทบูรณ์, อัจริยา วัชรวิวัฒน์, และวรินทร์ จันทรมณี. (2561). นวัตกรรมสุขภาพรองเท้าจุกยาง กันลื่น และนวดเท้าสำหรับผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 1(2), 41-53.
- พรรณณี บัญชรทัตถกิจ. (2555). *นวัตกรรมและเทคโนโลยีในงานสุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พวงแก้ว พุทธิพิทักษ์, พรศิริ พันธสี, และกมลทิพย์ ชลัษฐธรรมเนียม. (2554). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน. *วารสารวิจัย มสค สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 4(1), 39-52.
- เพ็ญจมาศ คำธนะ, นงนุช วงศ์สว่าง, กมลพร แพทย์ชีพ, และปริญญาภรณ์ ธนะบุญพวง. (2563). การพัฒนาหลักสูตรการคิดเชิงออกแบบเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะนวัตกรรมของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี. *วารสารสิทธิธรรมศาสตร์*, 21(1), 102-117.
- ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง มาตรฐานการอุดมศึกษา พ.ศ. 2561 (2561, 17 สิงหาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่มที่ 135 ตอนพิเศษ 199 ง, หน้า 19.
- ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง มาตรฐานการพยาบาล พ.ศ. 2562 (2562, 18 เมษายน). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 136 ตอนพิเศษ 97 ง, หน้า 30.
- นุสรานา นามเดช, จิราภา บุญศิริปะ, นงคาร รางแดง, และดวงดาว อุบลแย้ม. (2560). ผลของการสอนปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ในวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตต่อทักษะทางปัญญาของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร*, 33(2), 111-120.
- มะลิวรรณ อังคณิตย์, เรวดี สมทรัพย์, และบุษบา วงศ์พิมล. (2563). รูปแบบการพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของกลุ่มงานวิจัยและพัฒนากายพยาบาล โรงพยาบาล ร้อยเอ็ด. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38(1), 107-117.
- ศิริลักษณ์ ศิริปัญญาวัฒน์, สุวลีย์ พยุงกิจสมบัติ, ธีรนนท์ สิงห์เฉลิม, นันทพร แสนศิริพันธ์, และอารีวรรณ กลั่นกลิ่น. (2558). นวัตกรรมทางการพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพ: การพัฒนาเชิงระบบในการดูแลแผลกดทับ. *พยาบาลสาร*, 42(พิเศษ), 171-177.
- ศิริเมศร์ โภโค, ดนัย ดุสรักษ์, และจักรพันธ์ กีนออย. (2562). การพัฒนาบาดแผลจำลองเพื่อฝึกทักษะการทำแผลของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 2(1), 267-279.
- สายสมร เฉลยกิตติ, สรินทร เขียวโสธร, และญาดา น้อยเลิศ. (2562). การพัฒนาการเรียนรู้ด้วยนวัตกรรมสื่อการสอนเสมือนจริงโดยสมาร์ตโฟน. *วารสารพยาบาลรามธิบดี*, 25(1), 5-15.
- สุพรรณณี กัณท์ติล, ตรีชฎา ปุ่นสำเร็จ, และชุติมา มาลัย. (2560). กลยุทธ์การสอนด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาล. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(4), 34-40.
- ศุขยินดี อภิสุข, และกุลรัตน์ บริรักษ์วานิชย์. (2553). นวัตกรรมการบริหารทางการพยาบาล: ผลการพัฒนาแบบการกำหนดเกณฑ์แบ่งระดับความเสี่ยงของหน่วยงานต่อคุณภาพบริการพยาบาลในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์. *วารสารกองการพยาบาล*, 37(1), 13-27.

- เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ. (2563). รูปแบบการจัดการศึกษาดูงานการเพื่อเสริมสร้างทักษะการสร้างสรรค์นวัตกรรม ของอาจารย์และบุคลากรสายสนับสนุน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. *วารสารวิจัยและพัฒนาหลักสูตร*, 10(1), 182-201.
- แอน ไทยอุดม, สุวีณา เบาะเปลียน, อริสรา อยู่รุ่ง, อุษณีย์ อังคะนาวิน, และชยุตรา สุทธิลักษณ์. (2561). การพัฒนานวัตกรรมชุดจำลองการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่สายระบายทรวงอก. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(3), 44-53.
- อัจฉรา คำมะทิติย์, และมัลลิกา มากรัตน์. (2559). การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ: วิธีการปฏิบัติที่ละขั้นตอน. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 3(3), 246-259.
- Anderson, E. (2006). *Growing great employees: Turning ordinary people into extraordinary performers*. USA: Galliard.
- Blackwell, L. S., Trzesniewski, K. H., & Dweck, C. S. (2007). Implicit theories of intelligence predict achievement across an adolescent transition: A longitudinal study and an intervention. *Child Development*, 78(1), 246-263.
- Chosaaard. (2559, 18 มิถุนายน). บทเรียนนกอินทรี [Video file]. เข้าถึงได้จาก <https://www.youtube.com/watch?v=Ag1-YAPsp0c>
- Crack Your Cocoon. (2559, 13 สิงหาคม). Crack Your Comfort Zone [Video file]. เข้าถึงได้จาก <https://www.youtube.com/watch?v=phj3cwz3guE>
- Dweck, C. S. (2006). *Mindset: The new psychology of success*. New York: Random House Digital.
- Kay, K. (2010). 21<sup>st</sup> Century skills: Why the matter, what they are, and how we get there. In Bellanca, J. & Brandt, R. (Eds.), *21<sup>st</sup> Century skills: Rethinking how students learn*. Bloomington: Solution Tree Press.
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (Eds.). (2011). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Stillwell, S. B., & Williamson, K. M. (2009). Evidence-based practice: step by step: Igniting a spirit of inquiry. *AJN The American Journal of Nursing*, 109(11), 49-52.
- Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Stillwell, S. B., & Williamson, K. M. (2010). Evidence-based practice: Step by step: The seven steps of evidence-based practice. *AJN The American Journal of Nursing*, 110(1), 51-53.

## บทความวิจัย (Research article)

### ปัจจัยทำนายความสามารถของผู้ดูแล และแนวทางการดูแลตามแบบแผนความเชื่อสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท Factors Predicting Caregivers' Abilities and Caring Guideline with Health Belief Model and Social Support for Schizophrenia Patients' Caregiver

สิตารัตน์ ศิริพันธ์<sup>1\*</sup>, กิตติพร เนาว์สุวรรณ<sup>2</sup>

Sitarat Siriphun<sup>1\*</sup>, Kittiporn Nawsuwan<sup>2</sup>

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: sitaratsiri@gmail.com, เบอร์โทรศัพท์ 093-5763509)

(Received: June 9, 2020; Revised: October 5, 2020; Accepted: December 3, 2020)

#### บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมวิธีแบบพร้อมกัน มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาปัจจัยทำนายความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา จำนวน 98 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้แบบแผนสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถของผู้ดูแล มีค่าความเชื่อมั่น .72, .82 และ .80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน และ 2) ศึกษาแนวทางการดูแลตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 15 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือการวิจัยคือแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการรับรู้แบบแผนความเชื่อสุขภาพ อยู่ในระดับดี ( $M = 2.64, SD = .19$ ) การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง ( $M = 2.09, SD = .36$ ) และมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่ในระดับมาก ( $M = 2.84, SD = .76$ ) การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความแปรปรวนของความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้ร้อยละ 15.60 ( $Beta = .406, p < .01$ )

2. แนวทางการดูแลตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยด้วยความรักและความเห็นใจ มีทักษะการสื่อสารที่ดี ลดการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วย มีความรู้เรื่องโรคในการดูแลผู้ป่วย และต้องการการสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ, โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา

Registered nurse (Professional level), Khlong Hoy Khong Hospital, Songkhla Province

<sup>2</sup> วิทยาจารย์ ชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

Lecturer (Senior professional level), Boromarajonani College of Nursing, Songkhla

ดังนั้น จึงควรดำเนินการวางแผนการดูแลก่อนจำหน่ายในด้านการสนับสนุนทางสังคม โดยการทำกลุ่มผู้ดูแลในคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล และส่งเสริมสมาชิกครอบครัว ชุมชนในการเข้าร่วมเยี่ยมบ้านแบบเชิงรุก

**คำสำคัญ:** ความสามารถของผู้ดูแล, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, การสนับสนุนทางสังคม, ผู้ป่วยจิตเภท

## Abstract

The mixed-method research with convergent parallel design aimed to study the predicting factors of schizophrenia patients' caregiver abilities. The samples are 98 schizophrenia patients' caregivers at Klong Hoy Khong Hospital, Songkhla province. They were selected by using simple random sampling. The data were collected from a questionnaire of health patterns perception, social support, and caregivers' ability with a reliability of .72, .82 and .80 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis. The second objective was to study the care guideline with health belief model and social support for schizophrenia patients' caregiver. The key informants were 15 caregivers of schizophrenia patients. The data were collected by in-depth interviews and analyzed by content analysis. The results of the research were as follows:

1. The caregivers of schizophrenic had a good level of health belief patterns perception ( $M = 2.64, SD = .19$ ), a moderate level of social support ( $M = 2.09, SD = .36$ ) and a high level of caregivers' abilities schizophrenia patients' caregiver ( $M = 2.84, SD = .76$ ). The caregiver's social support was able to predict the ability factor of caregivers of schizophrenia patients at 15.60 percent ( $Beta = .406, p < .001$ ).

2. The guideline with health belief model and social support for schizophrenia patients' caregiver includes providing care for patients with love and sympathy, good communication skills, reducing emotional expression towards patients, knowledge of disease in patient care and the need of social support from the community.

Therefore, plan should be done before pre-distribution to social support including formulating caregiver group services in psychiatric clinics, hospital outpatient departments, and encouraging family, community to proactively participate in in-home visits

**Keywords:** Caregivers' abilities, Health belief model, Social support, Schizophrenia patients

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคจิตชนิดที่พบบ่อยที่สุด (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) จากสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการด้านจิตเวชในโรงพยาบาลของกรมสุขภาพจิตประจำปีงบประมาณ 2558 – 2560 พบว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 124,588, 241,838 และ 380,401 ราย ตามลำดับ และมีแนวโน้มสูงขึ้น (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2560) และจากสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลาในช่วงเวลาเดียวกัน พบว่ามีจำนวน 89, 99 และ 105 ราย ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 66.4, 61.87 และ 76.64 ตามลำดับ จากจำนวนผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง, 2560)

โรคจิตเภทเป็นโรคที่เกิดความผิดปกติด้านความคิดการรับรู้การสื่อสาร การแสดงออกทางอารมณ์ และพฤติกรรม เช่น บกพร่องในการดูแลตนเอง การทำงาน การดำเนินชีวิตประจำวันและในสังคม อีกทั้งทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ทำลายข้าวของเสียหาย ถือเป็นความเจ็บป่วยที่ยากต่อการรักษา ผู้ป่วยบางรายยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่และติดตัวไปกับผู้ป่วยตลอดชีวิต หรือมีอาการแปรปรวน ส่งผลให้ต้องการการดูแลที่บ้านมากขึ้น ดังนั้น ผู้ดูแลจำเป็นต้องดูแลการปฏิบัติกิจประจำวัน การรับประทานยา การออกกำลังกาย การสังเกต อาการผิดปกติ และการให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา อีกทั้ง หากไม่ได้รับการดูแลฟื้นฟูอย่างดี มักกลายเป็นผู้ที่เป็โรคจิตเภทเรื้อรัง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ผู้ดูแลผู้ป่วยอาจได้รับผลกระทบ ด้านร่างกาย ทำให้เกิดอาการเหน็ดเหนื่อย หดแรงแง พักผ่อนไม่เพียงพอ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ไม่สามารถไปสังสรรค์กับเพื่อน และถูกแยกตัวจากสังคม (บุบผา ธนิกกุล, 2555) ด้านจิตใจ เกิดความเครียด เหนื่อยหน่าย ท้อแท้ หดกำลังใจ และมีผลการรับประทาน อาหาร ร่างกายเสื่อมโทรม บางรายได้รับการบาดเจ็บจากการถูกผู้ป่วยจิตเภททำร้าย (ธิดารัตน์ คณิงเพียร, 2556) จากกรณีวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา ปีพ.ศ. 2560 พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่กลัวผู้ป่วยทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ทำลายสิ่งของ กลัวเกิดอาการกำเริบ รongลงมาคือ การมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม และการสนับสนุนให้ความช่วยเหลือ ผู้ดูแลจากชุมชน (โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง, 2560)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ตามแนวคิดของ Rosenstock (1974) กล่าวว่าบุคคลจะต้องมีความเชื่อทางด้านสุขภาพโดยต้องรับรู้ว่าคุณเองมีความเสี่ยงต่อภาวะการเจ็บป่วย เชื่อว่าการรักษาเป็นวิธีที่จะสามารถควบคุมโรคได้ สิ่งที่จะเป็นแรงจูงใจที่ทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การรับรู้เรื่องโรคและความรุนแรงของโรคจิตเภท เป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรง ผลกระทบจากการเกิดโรค อาจมองมุมที่ทำให้เกิดความพิการหรือตาย กระทบต่อหน้าที่การงาน เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้ว ส่งผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค (อาภาพร เมาวัฒนา, 2556) การรับรู้การรักษาของโรคจิตเภท และการจัดการอาการกำเริบของผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้น ควรให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการจัดการอาการกำเริบอาการผิดปกติเบื้องต้น ตลอดจนการขอความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพหรือเจ้าหน้าที่ตำรวจ ในการช่วยนำส่งผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบไปโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเพื่อให้อาการสงบลงได้เร็ว (ขจีรัตน์ ปรีกเอโก, เบ็ญจมาศ พฤกษ์กานนท์, บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์, ซาลิมาศ ตันสุเทพวิรวงศ์, และประณีต ชุ่มพุทรา, 2559; สุกัญญา แก้วศิริ และ

เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2561) รวมทั้ง แรงสนับสนุนทางด้านสังคม (Social support) (Caplan, 1974) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ของครอบครัว (สภาวะเดือน กลิ่นน้อย และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2555) จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น เห็นได้ว่ามีปัจจัยทำนายความสามารถผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง อีกทั้งเลือกวิจัยประเภทผสมผสานวิธีแบบพร้อมกันเพื่อยืนยันความถูกต้องหรือตรวจสอบผลการวิจัยที่ได้ ช่วยให้การตอบคำถามการวิจัยได้ละเอียดชัดเจนมากขึ้น โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) และแรงสนับสนุนทางด้านสังคม (Social Support) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยทำนายความสามารถของผู้ดูแล และแนวทางการดูแลตามแบบแผนความเชื่อสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตในอำเภอคลองหอยโข่ง จ.สงขลา

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา
2. เพื่อศึกษาแนวทางการดูแลตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยได้เลือกตัวแปรในการทำนายความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และศึกษาแนวทางการดูแลตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ในอำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา ตามแบบแผนความเชื่อสุขภาพ (Health belief model) ของ Rosenstock (1974) ภายใต้แนวคิดที่ว่า เมื่อบุคคลเกิดความกลัว รับรู้ภัยคุกคามที่จะมาถึง บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรคและจัดการกับปัญหา โดยคำนึงถึงผลที่จะได้รับ (เทพกร พิทยาภินันท์, 2558) ได้แก่ การรับรู้เรื่องโรคและความรุนแรงของโรคจิตเภท การรับรู้การรักษาของโรคจิตเภท การจัดการอาการกำเริบของผู้ป่วยโรคจิตเภท และการรับรู้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางด้านสังคม (Social support theory) ของ Caplan (1974) โดยธรรมชาติของการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคล ต้องมีการให้การช่วยเหลือ สนับสนุนทั้งด้านอารมณ์ ให้กำลังใจ แบ่งปันสิ่งของ ชี้นำ ให้คำแนะนำและข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อให้บุคคลรู้สึกว่าคุณมีความมั่นคงและปลอดภัย (แก้วตา มีศรี และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2555)

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed method research) แบบพร้อมกัน (Convergent parallel design) (Creswell, 2014) มีการดำเนินการวิจัย 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) เพื่อศึกษาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและปัจจัยทำนาย รายละเอียด ดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 180 คน ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์มาแล้วมากกว่า 5 ปี มีประวัติการรักษาต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา (ข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้ป่วยโปรแกรม Hospital XP ณ วันที่ 15 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560)

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้แก่ บิดามารดา/ คู่สมรส/ ญาติพี่น้อง กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*Power ใช้ Test Family เลือก F-test Statistical Test เลือก Linear Multiple Regression: Fix Model,  $R^2$  Deviation From Zero กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size  $f^2$ ) ขนาดกลาง .15 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่ากำลังการทดสอบ (Power) = .80 และจำนวนตัวแปรทำนาย 5 ตัว ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 98 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 1 ปี 2) ไม่ได้รับค่าจ้าง/ ค่าตอบแทนใดๆ 3) สามารถฟัง พูด อ่าน หรือสื่อสารได้ดี และ 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีการจับฉลากแบบไม่คืนจากบัญชีรายชื่อผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ซึ่งรายการคำถามแบบเลือกตอบ

2. แบบสอบถามการรับรู้แบบแผนสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ 1) การรับรู้เรื่องโรคและความรุนแรงของโรคจิตเภท จำนวน 19 ข้อ 2) การรับรู้ถึงการรักษาโรคจิตเภท จำนวน 10 ข้อ 3) การรับรู้ถึงการจัดการอาการกำเริบของผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 5 ข้อ 4) การรับรู้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 12 ข้อ รวมทั้งสิ้น 46 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราวัดประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วย เท่ากับ 3 คะแนน ไม่แน่ใจ เท่ากับ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วย เท่ากับ 1 คะแนน

3. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ ได้รับเป็นประจำ เท่ากับ 3 คะแนน ได้รับบางครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน และไม่ได้รับเลย เท่ากับ 1 คะแนน

4. แบบสอบถามความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 12 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ตามความถี่ในการปฏิบัติกิจกรรมต่อสัปดาห์ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ เท่ากับ 4 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง เท่ากับ 3 คะแนน ปฏิบัตินานๆ ครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน และไม่ได้ปฏิบัติเลย เท่ากับ 1 คะแนน

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

แบบสอบถามทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ อาจารย์สาขาจิตเวช จากโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จังหวัดสงขลา

พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางสาขาจิตเวช ที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จากโรงพยาบาลคลองหอยโข่ง และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย ได้ค่า Index of Item Objective. Congruence (IOC) ระหว่าง .67 – 1.00 และนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในอำเภอสะเตา จังหวัดสงขลา จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้แบบแผนสุขภาพเท่ากับ .72 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเท่ากับ .82 และแบบสอบถามความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เท่ากับ .80 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .78

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลคลองหอยโข่ง เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามการวิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายน พ.ศ.2560 โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และได้จัดทำคู่มือประกอบการเก็บข้อมูลวิจัยให้กับผู้ช่วยนักวิจัยได้ศึกษาเพิ่มเติมเพื่อใช้เก็บข้อมูล ทั้งนี้ภายหลังกุ่มตัวอย่างส่งแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับคืนทั้งหมด 98 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) ของคะแนนการรับรู้แบบแผนสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ทั้งโดยรวมและรายด้าน และคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล โดยมีเกณฑ์ในการจำแนกระดับของคะแนนเฉลี่ย ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Best, 1981)

คะแนนเฉลี่ย	2.34 – 3.00	หมายถึง ระดับดี
คะแนนเฉลี่ย	1.67 – 2.33	หมายถึง ระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1.00 – 1.66	หมายถึง ระดับไม่ดี

2. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) ของคะแนนความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยมีเกณฑ์ในการจำแนกระดับของคะแนนเฉลี่ย ออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	1.00-1.75	หมายถึง ระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย	1.76-2.50	หมายถึง ระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	2.51-3.25	หมายถึง ระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย	3.26-4.00	หมายถึง ระดับมากที่สุด

3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยเกณฑ์ในการพิจารณาความสัมพันธ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r$ ) ดังนี้ (Wiersma & Jurs, 2009)

ระหว่าง	0.01 - 0.20	หมายถึง ระดับต่ำมาก
ระหว่าง	0.21 - 0.40	หมายถึง ระดับต่ำ

ระหว่าง 0.41 - 0.60	หมายถึง ระดับปานกลาง
ระหว่าง 0.61 - 0.80	หมายถึง ระดับสูง
มากกว่า 0.80	หมายถึง ระดับสูงมาก

4. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยสถิติวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ (Multiple Regression Analysis: MRA) แบบทีละขั้นตอน (Stepwise) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติที่ใช้ (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2013) ดังนี้ 1) ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) โดยพิจารณาจากกราฟการแจกแจงข้อมูล Histogram พบว่ามีการกระจายแบบปกติ 2) ทดสอบความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนคงที่มีความเป็นเอกภาพ (Homoscedasticity) และไม่มี Outliers โดยพิจารณาจากกราฟ Scatter plot พบว่า มีการกระจายของจุดห่างจากเส้นตรงอย่างสมมาตร และอยู่ระหว่าง  $\pm 3$  3) ตัวแปรอิสระแต่ละตัวต้องไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้นสูง (Multicollinearity) โดยการพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r$ ) ระหว่าง .08 ถึง .40 และ 4) ไม่เกิดปัญหาความคลาดเคลื่อนมีความสัมพันธ์ (Autocorrelation) โดยพิจารณาจากค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.01

**2. การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research)** เพื่อแนวทางการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา รายละเอียด ดังนี้

#### ผู้ให้ข้อมูลหลัก

เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 15 คน ตามคุณสมบัติ ดังนี้ 1) ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อเนื่อง เป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 1 ปี โดยไม่ได้รับค่าจ้าง ค่าตอบแทนใดๆ จากการดูแลผู้ป่วย 2) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่มีการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลซ้ำภายใน 90 วัน 3) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่มีประวัติการทำร้ายตนเองผู้อื่นและสิ่งของ 4) ให้ข้อมูลการวิจัยด้วยความสมัครใจ และ 5) สามารถฟัง พูด อ่าน หรือสื่อสารได้รู้เรื่อง

#### เครื่องมือใช้ในการวิจัย

เป็นแบบการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured interview) เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ 1) แรงจูงใจที่ทำให้คุณสามารถดูแลผู้ป่วยให้สามารถคุมอาการได้ดี 2) วิธีการดูแลผู้ป่วยอย่างไร ที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการได้ดี 3) ครอบครัว เพื่อน ชุมชน หรือ เจ้าหน้าที่ เข้ามามีส่วนร่วมอย่างไร และ 4) ผลสำเร็จที่ได้จากการดูแลให้ผู้ป่วยควบคุมหรือปฏิบัติตัวที่ดีเป็นอย่างไร มีอะไรบ้าง

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

แบบการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างนี้ ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ อาจารย์สาขาจิตเวช จากโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จังหวัดสงขลา พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางสาขาจิตเวช ที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จากโรงพยาบาลคลองหอยโข่งและผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย และนำไปทดลองสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่ใช่ผู้ให้ข้อมูลหลัก 3 คน เพื่อนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามก่อนนำไปใช้จริง

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการด้วยตนเองในช่วงเดือนเมษายน 2560 ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) (เอื้อมพร หลินเจริญ, 2555) การสัมภาษณ์ไม่มีการกำหนดกฎเกณฑ์เกี่ยวกับคำถามและลำดับขั้นตอนของการสัมภาษณ์ไว้ล่วงหน้า แต่เป็นการพูดคุยตามธรรมชาติพร้อมตั้งคำถามในบางประเด็นที่ข้อมูลไม่เริมตัวโดยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้มีเวลาคิดคำตอบตามความรู้สึกของตนเองอย่างแท้จริง ไม่มีการชี้นำ เพื่อให้ได้ข้อมูลมากที่สุดและลึกที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้จากผู้ดูแลที่เป็นผู้ให้ข้อมูล โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์เชิงลึก คนละประมาณ 45- 60 นาที

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งในขณะรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ทราบประเด็นที่ต้องสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป แล้วจึงนำมาสรุปประเด็น (Theme) และนำเสนอข้อมูลแบบพรรณนาวิเคราะห์ตามประเด็นย่อย (Subtheme) ซึ่งมีขั้นตอนการจัดแฟ้ม การลงรหัสข้อมูล การจัดประเภทของข้อมูล การพัฒนาและการสร้างหมวดหมู่ การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ การตรวจสอบความถูกต้อง โดยผู้วิจัยนำข้อค้นพบเบื้องต้นกับกลุ่มตัวอย่างทั้ง 15 คน และข้อมูลที่วิเคราะห์แล้วมาตรวจสอบซ้ำ กระทำกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวกลับไป-กลับมาได้ข้อค้นพบ ที่มีเกิดความถูกต้อง การสรุปและรายงานการวิจัย (Patton, 2015)

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดสงขลา เลขที่ 2/2560 ลงวันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ.2560 ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างทั้งด้านความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และการรักษาความลับ รวมทั้งสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการให้ข้อมูลการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลและการดูแลผู้ป่วย ข้อมูลการวิจัยทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี หลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

### ผลการวิจัย

1. ปัจจัยทำนายความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา

1.1 กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา จำนวน 98 คน ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 40-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.86 มีอายุเฉลี่ย 51.27 ปี ( $SD = 17.88$ ) โดยมีอายุน้อยที่สุด 18 ปี อายุสูงสุด 90 ปี เป็นเพศหญิง จำนวน 66 คน ร้อยละ 67.35 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 65 คน ร้อยละ 66.33 ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา (n = 98)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
<b>อายุ</b> ( $M = 51.27, SD=17.88, \text{Min} = 18, \text{Max} = 90$ ปี)		
<19	3	3.06
20-39	24	24.49
40-49	42	42.86
60 ปีขึ้นไป	29	29.59
<b>เพศ</b>		
ชาย	32	32.65
หญิง	66	67.35
<b>การศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	65	66.33
มัธยมศึกษา/ อาชีวศึกษา	20	20.41
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	10	10.20
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	3.06

1.2 ระดับของความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลาโดยรวมพบว่า อยู่ในระดับอยู่ในระดับมาก ( $M = 2.84, SD = .76$ ) การรับรู้แบบแผนสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยรวมอยู่ในระดับดี ( $M = 2.64, SD = .19$ ) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สูงสุดในด้านการจัดการอาการกำเริบของโรคจิตเภท ในระดับดี ( $M = 2.82, SD = .27$ ) รองลงมาคือ ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ในระดับดี ( $M = 2.73, SD = .21$ ) และต่ำสุดในด้านโรคและความรุนแรงของโรคจิตเภท ในระดับดี ( $M = 2.52, SD = .28$ ) และมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง ( $M = 2.09, SD = .36$ ) รายละเอียด ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) และระดับของความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (*n* = 98)

ตัวแปร	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
การรับรู้แบบแผนสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท	2.64	.19	ดี
- ด้านโรคและความรุนแรงของโรคจิตเภท	2.52	.28	ดี
- การรับรู้ถึงการรักษาโรคจิตเภท	2.68	.24	ดี
- ด้านการจัดการอาการกำเริบของผู้ป่วยโรคจิตเภท	2.82	.27	ดี
- ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท	2.73	.21	ดี
การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท	2.09	.36	ปานกลาง
ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท	2.84	.76	มาก

1.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยกับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา ผลการวิจัยพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .406, p < .01$ ) ส่วนการรับรู้แบบแผนสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท รายละเอียด ดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (*r*) ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท (*n* = 98)

ตัวแปร	<i>r</i>	<i>p</i>
การรับรู้แบบแผนสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท	-.031	.759
การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท	.406**	.000

\*\*  $p < .01$

1.4 ผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความแปรปรวนของความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้ร้อยละ 15.60 ( $Beta = .406, p < .01$ )

ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา (*n* = 98)

ปัจจัยทำนาย	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
ค่าคงที่	1.068	.413			
การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล	.847	.194	.406	4.35**	.000

$R = .406, R^2 = .165, \text{adj. } R^2 = .156, \text{SEE} = .697, F = 18.982, p < .001$

\*\*  $p < .01$

2. แนวทางการดูแลตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา

ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท (Caregiver: CG) ที่มารับบริการในโรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา จำนวน 15 คน ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ช่วงอายุ 40-49 ปี จำนวน 5 คน ร้อยละ 33.33 มีอายุเฉลี่ย 42.26 ปี โดยมีอายุต่ำสุด 29 ปี และอายุสูงสุด 60 ปี เป็นเพศหญิง จำนวน 10 คน ร้อยละ 66.67 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 7 คน ร้อยละ 46.67 ผลการวิเคราะห์เนื้อหาข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับแนวทางการดูแลตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สามารถสรุปได้เป็น 3 ประเด็น ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และแรงสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน รายละเอียด ดังนี้

2.1 สัมพันธภาพในครอบครัว ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก ความเห็นใจ และผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ด้วยกัน รายละเอียด ดังนี้

2.1.1 การดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก ความเห็นใจ ตัวอย่างต่อไปนี้

“...รักเขา เอ็นดู อยากให้หาย เลี้ยงเขาตั้งแต่เล็ก ส่งเสียให้เรียน เขาเรียนเก่ง แต่ตอนนี้หลุดพ้น พี่ก็อายุมากแล้ว อยากให้เขาหายดูแลตนเองได้...” (CG 3)

2.1.2 ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ด้วยกัน ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุด เพราะเป็นไปได้อย่างที่จะหาผู้ที่สนใจตั้งใจดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องตลอดไป ตัวอย่างต่อไปนี้

“...อยากให้น้องหาย อยากให้หลบ (หมายถึง กลับ) เหมือนเดิม ไม่อยากให้คนอื่น มองไม่ดี มองว่าไม่บาย เพราะไม่มีคนเอาเลย มีแต่พี่ พี่น้องคนอื่นเขาคนละแม่ ไม่สนใจหรอก ไปบ้านที่คนอื่นยังไม่หอน (หมายถึง ไม่เคย) ให้เข้าบ้านเลย...” (CG 8)

2.2 ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้แก่ การใช้ทักษะการสื่อสาร และความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท รายละเอียด ดังนี้

2.2.1 การใช้ทักษะการสื่อสาร ได้แก่ การพูดเพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วย ตัวอย่างต่อไปนี้

“...ค่อยๆพูดกับเขา ไม่ดู เข้าใจเขาถึงแม้เขาทำไม่ดี ถ้าดูดำหรือว่าเขา เขาจะไม่ชอบ ทำให้มีอารมณ์รุนแรงมากขึ้น ตาจะขวาง...” (CG 3)

“...ค่อยๆพูด พูดคุยดีๆ ไม่ใช่อารมณ์รุนแรงกับเขา ถ้าอารมณ์เราไม่ดี เลี่ยงๆหรือให้คนอื่นในบ้านพูดแทน จนกว่าดีขึ้น...” (CG 4)

การไม่ตำหนิหรือกล่าวโทษผู้ดูแลว่าเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยให้เวลารับฟังผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ตัวอย่างต่อไปนี้

“...ครอบครัว เพื่อน คนในหมู่บ้านชุมชน มีแต่ให้กำลังใจ เข้ามาพูดคุยกับฉัน บอกให้ทน เมื่อมีปัญหาให้คำแนะนำ ไปรพ.หมอ กับนางบาล (หมายถึง พยาบาล) ไม่หอนว่า ไม่หอนตำหนิ (หมายถึงไม่เคยดู ไม่เคยตำหนิ) มีแต่ให้กำลังใจ เขาคงเข้าใจเรา ผู้ดูแลว่ามันหนักจริงๆ...” (CG 8)

“...มีเพื่อนบ้านคอยให้กำลังใจ เข้ามาพูดคุยกัน ปากก็บายใจแล้ว ไม่หอน (ไม่เคย) มีใครว่าป่า ...” (CG 13)

2.2.2 ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เช่น สาเหตุ อาการ การรักษา สถานที่รักษา ถ้ามีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ทำให้มีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย อดทนได้มากขึ้น ส่งผลที่ดีในการดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น ตัวอย่างต่อไปนี้

“...กินยา ไม่ขาดยา ไปโรงพยาบาลตามนัด ไม่ให้กินเหล้า อาการจะนิ่ง ดีขึ้น ฉันทักบายใจ (หมายถึง สบายใจ ...)” (CG 2)

“...หาแหล่งบำบัดรักษาให้เขา ลดยาเสพติด เช่น ฝึกในค่ายทหาร หรือรพ. ให้รักษาต่อเนื่องให้กินยา ไม่ขาดยา มาตามนัดที่หมอนัด...” (CG 6)

2.3 แรงสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน ได้แก่ ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือ กำลังใจจากสมาชิกในครอบครัวและชุมชน ได้รับคำแนะนำวิธีการดูแลผู้ป่วย การติดตามเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และชุมชนสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีกิจกรรมเพื่อลดผลกระทบ ทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รายละเอียดดังนี้

2.3.1 ได้รับความช่วยเหลือ กำลังใจจากสมาชิกในครอบครัว ชุมชน ได้รับคำแนะนำวิธีการดูแลผู้ป่วย การติดตามเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตัวอย่างต่อไปนี้

“...คนในบ้านให้กำลังใจช่วยกันดูแล ปรึกษาเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการ เจ้าหน้าที่มาเยี่ยมที่บ้าน บอกวิธีดูแล คนหมู่บ้านช่วยกันดูแล ถ้าอาการผิดปกติมาบอกไม่รังเกียจหรือกลัว เขา...” (CG 2)

2.3.2 ชุมชนสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีกิจกรรมเพื่อลดผลกระทบ ทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ตัวอย่างต่อไปนี้

“...คนในชุมชน หรือ อสม. มาชวนพี่ร่วมกิจกรรมต่างๆ ไปงานบวช งานแต่ง ทำเครื่องแกง ชวนกันออกกำลังกาย ให้พี่เพลิน บายใจ (หมายถึง เพลิดเพลิน สบายใจ)...” (CG 12)

## อภิปรายผล

1. ระดับของความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา ผลการวิจัยพบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $M = 2.84, SD = .76$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของที่ผ่านมา (แก้วตา มีศรี, เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2555) ทั้งนี้เป็นผลมาจากปัจจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถอธิบายได้ ดังนี้

การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผลการวิจัยพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง ( $M = 2.09, SD = .36$ ) และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .406, p < .01$ ) และสามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้ถึงร้อยละ 15.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับการศึกษาของสกวเดือน กลิ่นน้อย และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2555)

และสฤกัญญา แก้วสิริ (2558) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ของครอบครัว เช่น การได้รับกำลังใจ ความห่วงใย การช่วยเหลือ ให้คำแนะนำและชี้แนะจากเครือข่ายในสังคม การรับรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ส่งผลให้การพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดี ทั้งนี้ ผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ/พึ่งพาคือคนอื่น ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์ การให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมและชุมชนในระดับท้องถิ่น ได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ วัตถุประสงค์ สิ่งของ เงิน การช่วยเหลือด้านจิตใจ จะส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยปฏิบัติไปในทางที่ดีในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงอยู่ในครอบครัว ชุมชน ได้อย่างปกติสุข ตลอดจนสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ตามศักยภาพ (ธิดารัตน์ คณิงเพียร, 2556) นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ สนับสนุนด้านการประเมินผล สนับสนุนทางอารมณ์ สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร สนับสนุนด้านทรัพยากร จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความผิดปกติทางจิตที่รุนแรงและเรื้อรัง ยังไม่มีวิธีการรักษาที่เฉพาะเจาะจง ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้ดี เกิดความรู้สึกมั่นคง ส่งผลให้บรรลุเป้าหมายของมีสุขภาพที่ดีของบุคคลโดยครอบครัวและสังคม (แก้วตา มีศรี, เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ, 2555)

การรับรู้แบบแผนสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยรวมอยู่ในระดับดี ( $M = 2.64$ ,  $SD = .19$ ) สอดคล้องกับการศึกษาผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่ส่งผลต่อการรับรู้การดูแลโดยเฉพาะในด้านจัดการอาการกำเริบของผู้ป่วยโรคจิตเภท (ขนิษฐา สุขทอง, เพ็ญพักตร์ อุทิศ, และรัชนิกร เกิดโชค, 2555) จะเห็นได้ว่าการให้ข้อมูลอาการ อาการกำเริบ และพบแพทย์เป็นแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ ผู้นำชุมชนเข้าไปช่วยพูดคุยให้ผู้ป่วยจิตเภทอาการสงบขั้นต้น จัดให้มีรถในหมู่บ้านคอยส่งต่อผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ถ้ามีอาการกำเริบตอนกลางคืน (ณัฐติกา ชูรัตน์ (2559) ทั้งนี้การลดการแสดงอาการต่อผู้ป่วยของผู้ดูแลเป็นการจัดการและควบคุมอารมณ์เพื่อความเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การช่วยให้สมาชิกในครอบครัวได้เรียนรู้การสื่อสารที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ดูแลเข้าถึงความรู้สึก ความต้องการของผู้ป่วยจิตเภท ช่วยลดความเครียด ลดอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ (Norman et al, 2002) กอรปกับผู้ดูแลในอำเภอคลองหอยโข่งได้รับฝึกทักษะการสื่อสารเหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้รับจากทีมจิตเวชโรงพยาบาลคลองหอยโข่ง และประสบการณ์ในการแก้ปัญหาการสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเภทได้ดี (โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง, 2560) อย่างไรก็ตาม การรับรู้แบบแผนสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ( $r = -.031$ ,  $p = .759$ ) ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 66.33 และกลุ่มตัวอย่างเป็นญาติที่ให้การดูแลผู้ป่วย จึงทำให้เกิดความรู้สึกว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลสำคัญ มีความหมายกับตนเองทำให้มีความพยายามในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการทุเลาหรืออยู่ร่วมในสังคมได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแก้วตา มีศรี, และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ. (2555) พบว่าความรู้เกี่ยวกับการดูแลของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2. แนวทางการดูแลตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลคลองหอยโข่ง ผลการวิจัยพบว่า 3 ประเด็น ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

สัมพันธภาพในครอบครัว ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก ความเห็นใจ และการอยู่ร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว จะเป็นแนวทางสำคัญที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ดีขึ้น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจะเป็นสมาชิกในครอบครัว มีความใกล้ชิดผูกพันเป็นระยะเวลานาน มีการพึ่งพาระหว่างสมาชิกในครอบครัว เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นในครอบครัว ดังการศึกษาของ แก้วตา มีศรี และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. (2555) พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังนั้น การดำรงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีของสมาชิกในครอบครัวกับผู้ป่วยจิตเภท

ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้แก่ การใช้ทักษะการสื่อสาร และความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ทั้งนี้งานวิจัยที่พบว่า ผู้ดูแลมีความเครียดจากการดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเสียสมดุลทางด้านอารมณ์ โดยเฉพาะมีการแสดงอารมณ์สูง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเครียดเกิดอาการกำเริบขึ้นได้ (ชนินฐา สุขทอง และคณะ, 2555) และสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐติกา ชูรัตน์ (2559) พบว่า การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การประเมินการทนรับสถานการณ์ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ความคาดหวังในประสิทธิผลตนเอง และการได้รับความรู้ที่ครอบคลุม ได้แก่ สาเหตุ อาการ วิธีการรักษา ยาและผลข้างเคียง และการสังเกตอาการกำเริบ ซึ่งเป็นแนวทางป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้

แรงสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน ได้แก่ ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือ กำลังใจจากสมาชิกในครอบครัวและชุมชน ได้รับคำแนะนำวิธีการดูแลผู้ป่วย การติดตามเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และชุมชนสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีกิจกรรมเพื่อลดผลกระทบ ทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม สอดคล้องกับทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Roger (1986 อ้างถึงในอรวรรณ จุลวงษ์, 2557) กล่าวถึงการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้ หรือประสบการณ์ทางสุขภาพ การให้ความสำคัญกับสิ่งที่มาคุกคาม และการประเมินความน่ากลัวต่อสุขภาพ (Threat appraisal)

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทควรนำผลการศึกษาด้านการสนับสนุนทางสังคม มาดำเนินการวางแผนการดูแลก่อนจำหน่าย จัดรูปแบบบริการการทำกลุ่มผู้ดูแลในคลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลและส่งเสริมสมาชิกครอบครัว ชุมชนเข้าร่วมเยี่ยมบ้านแบบเชิงรุก เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในอ.คลองหอยโข่ง จ.สงขลา สามารถดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทให้อยู่ในชุมชนได้

## ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

ทำการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล

## เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2560). รายงานประจำปี. สืบค้นจาก <http://www.dmh.go.th/report/pdf/2551mhworker.pdf>.
- แก้วตา มีศรี, และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*, 26(1), 35-49.
- ขจีรัตน์ ปรักเอโก, เบ็ญจมาศ พฤชกานนท์, บุรินทร์ สุอรุณสัมฤทธิ์, ชาลีมาศ ต้นสุเทพวิรวงศ์, และประณีต ชุ่มพุทรา (บ.ก.). (2559). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนสำหรับบุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ*. กรุงเทพฯ: แสงจันทร์การพิมพ์.
- ชนิษฐา สุขทอง, เพ็ญพักตร์ อุทิศ, และรัชนิกร เกิดโชค. (2555). ผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มต่อภาระการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย*, 26(3), 15-27.
- ณัฐติกา ชูรัตน์. (2559). การศึกษาสาเหตุและแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปี่เหล็กที่ประสบเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 3(1), 24-36.
- เทพกร พิทยาภินันท์. (2558). *สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา: คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา.
- ธิดารัตน์ คณิงเพียร. (2556). ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารกองการพยาบาล*, 40(1), 55-66.
- บุบผา ธนิกกุล. (2555). ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 26(2), 74-86.
- มานิช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2558). *จิตเวชศาสตร์รามธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง. (2560). *การวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตเภท*. สงขลา: โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง.
- สกาเวเดือน กลิ่นน้อย, และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2555). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 26(1), 62-73.

- สุกัญญา แก้วศิริ, และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์. (2561). ผลของกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 32(1), 119-133.
- อรรวรรณ จุลวงษ์. (2557). แรงจูงใจในการป้องกันโรคกับพฤติกรรมสุขภาพพลทหารประจำการ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(2), 28-30.
- อาภาพร เผ่าวัฒนา. (2556). *การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- เอี่ยมพร หลินเจริญ. (2555). เทคนิคการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ. *วารสารการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 17(1), 17-29.
- Best, J. W. (1981). *Research in education* (3<sup>rd</sup> ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health*. New York: Behavioral Publication.
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches* (4<sup>th</sup> ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hair, F. J., Black, C. W., Babin, J. B., & Anderson, E. R. (2013). *Multivariate data analysis: A global perspective* (7<sup>th</sup> ed). Harlow, UK: Pearson Education Limited.
- Norman, R. M., Malla, A. K., McLean, T. S., McIntosh, E. M., Neufeld, R. W. J., Voruganti, L. P., & Cortese, L. (2002). An evaluation of a stress management program for individuals with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 58(2-3), 293-303.
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative evaluation and research methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 354-385
- Wiersma, W. & Jurs, S. (2009). *Research method in education: An introduction* (9<sup>th</sup> ed). Massachusetts: Pearson.

## บทความวิจัย (Research article)

### ปัญหาและความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

#### ในบริบทอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา

#### Problems and Health Care Needs among Older Persons

#### in Singhanakhon District, Songkhla Province

แววจใจ พันภัย<sup>1\*</sup>

Waewjai Ponpai<sup>1\*</sup>

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: waewjai6785@gmail.com, เบอร์โทรศัพท์ 087-2966785)

(Received: July 4, 2020; Revised: September 5, 2020; Accepted: November 11, 2020)

### บทคัดย่อ

การศึกษาปัญหาและความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในบริบทอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ดำเนินการวิจัย 2 ระยะ ดังนี้ 1) การวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา จำนวน 385 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและการดำเนินงานตามบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแบบสอบถามความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา 2) การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ผู้ที่ทำงานด้านผู้สูงอายุ จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และประธานชมรมผู้สูงอายุ รวมทั้งสิ้น 9 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

1. ปัญหาผู้สูงอายุด้านร่างกาย มีภาวะพึ่งพา ร้อยละ 7.01 เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 67.01 โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 39.48 เบาหวาน ร้อยละ 14.54 ปัญหาด้านจิตใจ มีปัญหาในระดับมาก ร้อยละ 1.04 ด้านสังคมส่วนใหญ่มีปัญหาในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.03 และด้านการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุมีปัญหาอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 74.55

2. ความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ต้องการระดับมาก ( $M = 2.44, SD = .74$ ) โดยให้ส่งเสริมการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ เพิ่มเบี้ยยังชีพ สร้างศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต สร้างงาน เพิ่มรายได้ มีอาสาสมัครดูแลมีศูนย์ดูแลตอนกลางวัน จัดรถบริการผู้สูงอายุและพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว

<sup>1</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสิงหนคร จังหวัดสงขลา

Registered nurse (Professional level), Singhanakhon Hospital, Songkhla Province

**คำสำคัญ:** ปัญหาสุขภาพ, ความต้องการดูแลสุขภาพ, ผู้สูงอายุ

## Abstract

This research aimed to study the problems and health care needs among the elderly in Singha Nakorn District, Songkhla Province. The research was conducted in 2 steps. The quantitative research was conducted with 385 older persons of Singha Nakorn district, Songkhla province. The research instrument was a set of questionnaires of demographic data, physical problems, psychological problems, social problems, local administrative organizations problems and health care needs. Data were analyzed by using descriptive statistics. The qualitative research was conducted using purposive sampling. The participants were older persons who worked in the local government organization, public health personnel and presidents of the elderly club. Data were collected by means of in-depth interviews and were analyzed using content analysis. Results were as follows:

1. The physical problems in the older persons: it was found that 7.01 % had chronic disease, 67.01% had hypertension, and 39.48% had diabetes mellitus. 14.54% of them had psychological problems in a medium level. 1.04% of them had psychological problems in a high level. For social problems, it revealed that older adults had moderate social problems 54.03%. For local administrative organizations in caring for the older persons in the community, it was found that 74.55% of showed that there was a mild level of the problems in terms of caring the older persons in the community.

2. Health care needs of the older persons were at a high level ( $M = 2.44, SD = .74$ ). These include promoting the older persons gathering, increasing welfare for the older persons, establishing the social welfare development center, creating jobs and increasing income, having volunteers at the daycare center during the day, providing transportation services and developing long-term care for older persons.

**Keywords:** Health problems, Health care needs, Older persons

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุในหลายประเทศ มีสาเหตุจากหลายปัจจัย เช่น นโยบายการคุมกำเนิด ความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ ทำให้อายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น (World Health Organization, 2011) และมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ส่วนหนึ่งเกิดจากการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี

ทางการแพทย์ และสาธารณสุข มีการคิดค้นนวัตกรรมด้านสุขภาพ ทำให้ประชาชนอายุยืนขึ้น โดยเพศชายมีอายุเฉลี่ย 71.30 ปี และเพศหญิงมีอายุเฉลี่ย 78.20 ปี (จุฑารัตน์ แสงทอง, 2560) การที่ผู้สูงอายุมีอายุขัยยืนยาวขึ้นเกิดจากการดูแลสุขภาพ และมีการนำเทคโนโลยีทางการแพทย์มาใช้ในการรักษาความเจ็บป่วย อย่างไรก็ตามไม่ได้เป็นสิ่งบ่งชี้ว่าคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจะดีตาม เพราะผู้สูงอายุบางรายถูกละเลย ไม่มีผู้ดูแล/ลูกหลาน และไม่มีเงิน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, 2561) ปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุ 11 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17 ของประชากรทั้งหมด คาดว่าในปี พ.ศ. 2591 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 30 รวมทั้งพบว่าร้อยละ 5 ของผู้สูงอายุไม่สามารถทำกิจวัตรพื้นฐาน ได้แก่ การรับประทานอาหาร เข้าห้องน้ำ หรือแต่งตัวได้เอง โดยผู้สูงอายุที่อายุ 80 ปีขึ้นไป ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ถึงร้อยละ 19 (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2562) คาดว่า ปี 2570 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาถึง 5.6 แสนคน โดยเป็นกลุ่มติดบ้าน 3.5 แสนคน กลุ่มติดเตียง 2 แสนคน (ยศ วัชรชคูปต์, วรรณภา คุณากรวงศ์, พลิชฐ์ พัจนา และสาวิณี สุริยันรตกร, 2560) นอกจากนี้ ยังพบว่ามีความเสี่ยงของการป่วยด้วยภาวะอวัยวะเสื่อมสภาพ เช่น ข้ออักเสบ ข้อเสื่อม หลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจวาย สมองเสื่อม และอัมพฤกษ์อัมพาต เป็นต้น (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2559) จากรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (2561) พบว่า 1 ใน 10 ของผู้สูงอายุอาศัยอยู่คนเดียว อีก 1 ใน 4 อาศัยตามลำพังกับคู่สมรส ต้องเผชิญกับเปลี่ยนแปลงหน้าที่การงาน รายได้และความภาคภูมิใจในตนเองลดลง มีการสูญเสียคู่สมรสหรือคนใกล้ชิดทำให้รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง บุคลิกภาพเปลี่ยนไป อ่อนไหวง่าย วิตกกังวล รู้สึกไม่มั่นคง และต้องการพึ่งพามากขึ้น ทำให้พฤติกรรมเปลี่ยน เช่น ซึมเศร้า แยกตัวจากสังคม ในขณะที่การเปลี่ยนแปลงทางครอบครัวและสังคมพบว่า ผู้สูงอายุจะถูกกลดบทบาทหลง และถูกทิ้งให้อยู่ตามลำพัง (Mauk, 2014)

จากปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ จึงมีความจำเป็นที่ผู้เกี่ยวข้องต้องวางแผนร่วมกันเพื่อดูแลผู้สูงอายุภายใต้บริบทปัญหาที่แท้จริง ทั้งนี้ในชุมชนเมืองนครและกลุ่มต่างๆ ที่ทำงานด้านผู้สูงอายุ แต่ขาดการบูรณาการและการนำนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริง ความไม่พร้อมของงบประมาณและการขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถในด้านผู้สูงอายุโดยตรง ตลอดจนสวัสดิการสังคมที่รัฐจัดให้ยังไม่เพียงพอและไม่สามารถตอบสนองปัญหาได้อย่างแท้จริง (สุดารัตน์ สุดสมบูรณ์, 2557) องค์กรท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต จ่ายเบี้ยยังชีพ และการตั้งกองทุนสวัสดิการชุมชน ผลการดำเนินงานตามความพร้อมที่ผ่านมามีข้อจำกัดด้านงบประมาณและขาดการสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอก ทำให้ภารกิจในการดูแลผู้สูงอายุ อาจอยู่ในลำดับท้ายๆ (ประสพโชค ต้นสาโรจน์, 2559)

อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา เป็นชุมชนกึ่งเมือง มีโรงงานอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ 9 แห่ง เป็นโรงงานผลิตอาหารทะเลและบริษัทน้ำมัน ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง เกษตร และประมง มีประชากรทั้งสิ้น 70,610 คน ในจำนวนนี้เป็นประชากรผู้สูงอายุถึง 11,809 คน คิดเป็นร้อยละ 16.72 ซึ่งพบว่ามีสัดส่วนใกล้เคียงกับโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุของประเทศ โดยมีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 94.83 กลุ่มติดบ้าน

ร้อยละ 4.24 และกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.93 อีกทั้งเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 52.67 โรคเบาหวาน ร้อยละ 23.73 โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 5.31 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา, 2561) จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่หน่วยงานหรือผู้ที่เกี่ยวข้องต้องเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุ โดยการศึกษา ปัญหาและความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในบริบทอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา สามารถใช้เป็น ข้อมูลพื้นฐานสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง บุคลากรสาธารณสุขและเครือข่ายในการ พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงในอำเภอสิงหนครได้ ตามบริบทที่แท้จริงซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะยาวต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาของผู้สูงอายุในบริบทอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา
2. เพื่อศึกษาความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในบริบทอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา

### กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสามารถประมวลแนวคิดความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นรายด้านร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุต้องเตรียมพร้อมรับมือกับปัญหาสุขภาพกายสุขภาพใจที่มีการเปลี่ยนแปลง มากขึ้นจากระบบภายในร่างกายที่เสื่อมถอยลง (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2559; Mauk, 2014) ด้านสังคม ผู้สูงอายุ เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อย ไม่สะดวกในการเดินทาง ซึ่งการได้ร่วมกลุ่มทำกิจกรรม ทำให้ไม่เหงาที่ต้องอยู่ ลำพัง (สุดารัตน์ สุดสมบูรณ์, 2557) ด้านการดำเนินงานตามบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแล ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุต้องการการดูแลที่ครอบคลุมตั้งแต่สิ่งอำนวยความสะดวก อุปกรณ์ช่วยยั้งชีพ เงินช่วยเหลือต่างๆ การจัดกิจกรรมในชุมชน และการดูแลยามเจ็บป่วย (ประสพโชค ต้นสาโรจน์, 2559; จินณฉนิชา พงษ์ดี และ ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์, 2558; กิตติพร เนาว์สุวรรณ และมาริสา สุวรรณราช, 2560)

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ดำเนินการวิจัยทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ ดังนี้

1. การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative reserch) มีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา จากข้อมูลการสำรวจประชากรกลางปี พ.ศ. 2560 จำนวน 11,809 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา, 2561)

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในเขตอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา โดยมีคุณสมบัติในการคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) ไม่มีปัญหาการสื่อสาร เช่น การพูด การมองเห็น การได้ยิน 2) อยู่อาศัยในเขตอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี และ 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามวิจัย คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของยามาเน่ (Yamane, 1967) กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 385 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) โดยสุ่มเลือกตำบลร้อยละ 25 (เพชรน้อย สิงห์ช้างชัย, 2549) ใช้วิธีหิบบลาจแบบไม่แทนที่ ได้ 3 ตำบล นำจำนวนหมู่บ้านจากตำบลมาหารจำนวนกลุ่มตัวอย่าง และสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากบ้านเลขที่ของผู้สูงอายุโดยใช้วิธีหิบบลาจแบบไม่แทนที่

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เป็นแบบสอบถาม จำแนกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ เป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ และข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ ซึ่งดัดแปลงจากแบบสอบถามสภาพปัญหาและความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในบริบทภาคใต้ตอนล่างของกิตติพร เนาว์สุวรรณ และมารีสา สุวรรณราช (2560)

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 4 ด้าน ได้แก่

1) ด้านร่างกาย เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) จำนวน 10 กิจกรรม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแบบสอบถามการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549) เป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก จาก 0 คะแนน ถึง 2 คะแนน โดยคะแนน 0 หมายถึง ไม่สามารถทำได้เลย คะแนน 1 หมายถึง ทำได้โดยมีคนช่วยบ้าง คะแนน 2 หมายถึง ทำได้โดยไม่ต้องมีคนช่วย โดยมีคะแนนรวมระหว่าง 0 – 20 คะแนน และมีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนรวม ดังนี้

0 – 4 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์

5 - 8 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพารุนแรง

9 - 11 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพานกลาง

12 - 20 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะพึ่งพา

2) ด้านจิตใจ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแบบสอบถามการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549) จำนวน 9 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 2 คำตอบ ได้แก่ ใช่ ให้ 1 คะแนน และไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน โดยมีคะแนนรวมระหว่าง 0 – 9 คะแนน และกำหนดเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนรวมออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

0 คะแนน หมายถึง ไม่มีปัญหาด้านจิตใจ

1 – 3 คะแนน หมายถึง มีปัญหาด้านจิตใจระดับน้อย

4 – 6 คะแนน หมายถึง มีปัญหาด้านจิตใจระดับปานกลาง

7 – 9 คะแนน หมายถึง มีปัญหาด้านจิตใจระดับมาก

3) ด้านสังคม ซึ่งเป็นการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 13 ข้อ เป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ ระหว่าง 4 คะแนน หมายถึง ทำเป็นประจำ ถึง 0 คะแนน หมายถึง ไม่เคยทำเลย กำหนดเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้พิสัยหารด้วยช่วงชั้นที่ต้องการ ดังนี้ (สุรีย์พันธุ์ วรพงศธร, 2558)

0.00 – 1.33 คะแนน หมายถึง ระดับมาก

1.34 – 2.66 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง

2.67 – 4.00 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย

4) ด้านการดำเนินงานตามบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ระหว่าง 3 คะแนน หมายถึง เป็นปัญหามาก ถึง 0 คะแนน หมายถึง ไม่เป็นปัญหา จำนวน 14 ข้อ กำหนดเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้พิสัยหารด้วยช่วงชั้นที่ต้องการ ดังนี้ (กิตติพร เนาวีสุวรรณ และมาริสา สุวรรณราช, 2560)

0.00 – 1.00 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย

1.01 – 2.00 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง

2.01 – 3.00 คะแนน หมายถึง ระดับมาก

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบสอบถามการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549) ลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ระหว่าง 3 คะแนน หมายถึง ต้องการมาก ถึง 0 คะแนน หมายถึง ไม่ต้องการ จำนวน 13 ข้อ กำหนดเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้พิสัยหารด้วยช่วงชั้นที่ต้องการ ดังนี้ (กิตติพร เนาวีสุวรรณ และมาริสา สุวรรณราช, 2560)

0.00 – 1.00 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย

1.01 – 2.00 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง

2.01 – 3.00 คะแนน หมายถึง ระดับมาก

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

แบบสอบถามทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน มีค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ระหว่าง .67 – 1.00 คะแนน และนำไปทดลองใช้กับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

(Cronbach's Alpha Coefficient) โดยแบบสอบถามปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุด้านร่างกาย เท่ากับ .97 ด้านสังคม เท่ากับ .88 และด้านการดำเนินงานตามบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เท่ากับ .97 และแบบสอบถามความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ มีค่าเท่ากับ .90 ส่วนแบบสอบถามด้านจิตใจ ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่า K-R20 เท่ากับ .90

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยประสานงานผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อประชุมชี้แจงการเป็นผู้ช่วยนักวิจัยและแนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้ช่วยนักวิจัยนำแบบสอบถามไปเก็บที่บ้านผู้สูงอายุ

2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนตุลาคม - ธันวาคม 2560 โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และการขอความยินยอมโดยการบอกกล่าว จากนั้นให้ผู้สูงอายุตอบแบบสอบถามด้วยตนเองหรือในกรณีที่ไม่มีสะดวก ผู้ช่วยนักวิจัยจะเป็นผู้อ่านรายการคำถามให้ฟัง และให้เลือกตอบด้วยตนเอง โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุในบริบทอำเภอสิงหนคร โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ

2. วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ )

### 2. การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative reserch) มีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

**ผู้ให้ข้อมูลหลัก** เลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 9 คน ได้แก่ 1) ผู้บริหารจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (นายกเทศมนตรี/ นายกองค้การบริหารส่วนตำบล/ ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข/ ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม) และวุฒิการศึกษาอย่างน้อยปริญญาตรี จำนวน 3 คน 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ จากโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ได้รับการยอมรับจากชุมชน และมีประสบการณ์ทำงานอย่างน้อย 3 ปี จำนวน 3 คน และ 3) ตัวแทนผู้สูงอายุในอำเภอสิงหนคร เลือกจากประธานชมรมผู้สูงอายุที่มีผลงานเป็นที่ยอมรับในระดับอำเภอ จำนวน 3 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในวิจัย

1. แนวคำถามในการแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structured interview) จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ 1) มีความคิดเห็นอย่างไร เกี่ยวกับปัญหาของผู้สูงอายุด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านการดำเนินงานตามบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 2) มีความต้องการให้ดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมอย่างไร และ 3) มีข้อเสนอแนะอื่นๆ

อย่างไร ซึ่งได้ผ่านการตรวจความตรงของเนื้อหาผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมือง และประธานชมรมผู้สูงอายุ จากนั้นนำไปทดลองใช้สัมภาษณ์กลุ่มที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนและความเข้าใจตรงกันในประเด็นคำถามก่อนนำไปใช้จริง

## 2. เครื่องบันทึกเสียงและแบบบันทึกเหตุการณ์ขณะสัมภาษณ์เชิงลึก

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยตนเองและมีผู้ช่วยวิจัยในการบันทึกเทป 1 คน ดำเนินการในวันที่ 15-19 มกราคม พ.ศ.2561 ใช้เวลา 1 - 2 ชั่วโมงต่อคน โดยใช้คำถามปลายเปิดเป็นการพูดคุยแบบธรรมชาติ พร้อมทั้งตั้งคำถามในบางประเด็นที่ข้อมูลไม่อึดตัว โดยเปิดโอกาสให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ได้มีเวลาคิดคำตอบโดยไม่มีการชี้แนะ มีการจดบันทึกข้อมูลและอ่านทวนซ้ำให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตรวจสอบความถูกต้องและให้ข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นที่ยังไม่สอดคล้องกันหรือยังหาข้อสรุปไม่ได้

### การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) แล้วจึงมาสรุปและนำเสนอข้อมูลแบบพรรณนาวิเคราะห์

## การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ได้หมายเลขรับรอง BCNSK 25-22/2560 ลงวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 มีการชี้แจงวัตถุประสงค์กับกลุ่มตัวอย่างก่อนเก็บข้อมูล การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับไม่มีผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูลและข้อมูลจะถูกทำลายภายใน 1 ปี หลังผลวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุในอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.19 อายุเฉลี่ย 71.3 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 51.95 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 85.19 การศึกษา ประถมศึกษา 1-6 ร้อยละ 72.73 ไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 53.77 รายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 66.49 ใช้สิทธิ์บัตรทอง ร้อยละ 69.35 ได้รับการตรวจร่างกายประจำปี ร้อยละ 96.10 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 67.01 โดยป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 39.48 มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 92.99 เดินทางไปโรงพยาบาลด้วยรถส่วนตัว ร้อยละ 57.40 ออกกำลังกาย ร้อยละ 80.26 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 83.12 และไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 86.75 รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา (n = 385)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>			<b>สิทธิการรักษาพยาบาล</b>		
ชาย	134	34.81	บัตรทอง	267	69.35
หญิง	251	65.19	เบิกได้/จ่ายตรง	108	28.05
<b>อายุ (ปี) (M = 71.3, SD = 8.09, Min = 60, Max = 98)</b>			ประกันสังคม	10	2.60
60 - 69	196	50.91	<b>การมีโรคประจำตัว</b>	258	67.01
70 - 79	100	25.91	เบาหวาน	56	14.54
≥ 80	89	23.12	ความดันโลหิตสูง	152	39.48
<b>สถานภาพสมรส</b>			หลอดเลือดและหัวใจ	31	8.05
สมรส	200	51.95	อื่นๆ	19	4.94
หม้าย	125	32.47	<b>การตรวจสุขภาพประจำปี</b>		
หย่า/แยก/โสด	8	15.58	ได้รับการตรวจ	370	96.10
<b>การศึกษา</b>			ไม่ได้รับการตรวจ	15	3.90
ไม่ได้รับการศึกษา	55	14.29	<b>การมีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย</b>		
ประถมศึกษา	280	72.73	ไม่มี	27	7.01
มัธยมศึกษา/ปวช.	22	5.71	มี	358	92.99
อนุปริญญา/ปวส./ปริญญาตรี	28	7.27	<b>เดินทางไปโรงพยาบาล</b>		
<b>อาชีพ</b>			รถส่วนตัว	221	57.40
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	207	53.77	รถโดยสาร/รถรับจ้าง	154	40
เกษตรกร	102	26.49	รถบริการของท้องถิ่น	10	2.60
รับจ้าง ค้าขายและอื่นๆ	76	19.74	<b>พฤติกรรมสุขภาพ</b>		
<b>เขตที่อยู่อาศัย</b>			ออกกำลังกาย	309	80.26
เทศบาล	279	72.47	ไม่ออกกำลังกาย	76	19.74
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	106	27.53	สูบบุหรี่	65	16.88
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>			ไม่สูบบุหรี่	320	83.12
เพียงพอ	129	33.51	ดื่มแอลกอฮอล์	51	13.25
ไม่เพียงพอ	256	66.49	ไม่ดื่มแอลกอฮอล์	334	86.75

2. ปัญหาของผู้สูงอายุในบริบทอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา จำแนกออกเป็นด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและการดำเนินงานตามบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งปรากฏทั้งในเชิงปริมาณ (ตาราง 2) และคุณภาพ รายละเอียด ดังนี้

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา จำแนกตามรายด้าน (n=385)

ด้าน	จำนวน	ร้อยละ
<b>ร่างกาย</b>		
มีภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์	2	0.52
มีภาวะพึ่งพารุนแรง	3	0.78
มีภาวะพึ่งพาปานกลาง	22	5.71
ไม่มีภาวะพึ่งพา	358	92.99
<b>จิตใจ</b>		
ไม่มีปัญหาด้านจิตใจ	292	75.84
มีในระดับน้อย	81	21.04
มีในระดับปานกลาง	8	2.08
มีในระดับมาก	4	1.04
<b>สังคม</b>		
ระดับมาก	65	16.88
ระดับปานกลาง	208	54.03
ระดับน้อย	112	29.09
<b>การดำเนินงานตามบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน</b>		
ระดับมาก	42	10.91
ระดับปานกลาง	59	15.33
ระดับน้อย	284	73.76

2.1 ด้านร่างกายพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 92.99 ไม่มีภาวะพึ่งพา และร้อยละ 1.04 มีภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ และข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เข้าเสื่อม สมองเสื่อม เกิดภาวะแทรกซ้อน มีผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงเพิ่มขึ้นทุกปี ดังตัวอย่างคำกล่าวต่อไปนี้

“ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังพบมากขึ้นเรื่อยๆ ทั้งความดัน เบาหวาน เข้าเสื่อม ติดเตียงก็เพิ่มขึ้น ขาดคนดูแล ลูกหลานไปทำงาน ยิ่งแกยิ่งป่วยถ้าไม่ดูแลตัวเอง คนแก่ที่แข็งแรงก็มีมากไม่ใช่ไม่มี เรื่องสุขภาพสร้างกันได้ แต่เรื่องปากเรื่องท้องต้องช่วยกันคิด”

“แต่ก่อนไม่ค่อยมีคนติดเตียง ตอนนี้นัก คนป่วยก็มาก สมองเสื่อมมีอาการหลงลืม อยู่คนเดียว ไม่ได้ต้องเฝ้า ญาติไปไหนไม่ได้ เครียด บางวันต้องทิ้งไว้คนเดียว พบมากขึ้นเรื่อยๆ ต้องมีหลายฝ่ายมาช่วย”

“ในหมู่บ้านมีคนแก่เพิ่มขึ้นทุกปี เด็กน้อยลง คนดูแลหายาก สุขภาพก็แย่ง โรคภัยไข้เจ็บก็มาก มีมาใหม่อยู่เรื่อย ต้องแข็งแรงเท่านั้นถึงจะอยู่ได้โดยไม่รบกวนลูกหลาน”

2.2 ปัญหาของผู้สูงอายุด้านจิตใจ ร้อยละ 75.84 ไม่มีปัญหาด้านจิตใจ ร้อยละ 1.04 มีปัญหาด้านจิตใจในระดับมาก และข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานผู้สูงอายุ

พบว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยจะมีปัญหาด้านจิตใจร่วมด้วย ได้แก่ รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลงเพราะไม่ได้ทำงาน ไม่มีรายได้ มีเงินไม่พอใช้ คนในบ้านไม่ให้ความสำคัญ ต้องพึ่งพาและเป็นภาระลูกหลาน ทำให้เกิดภาวะเครียด นอนไม่หลับ ท้อแท้ มีอาการซึมเศร้า ดังตัวอย่างคำกล่าวต่อไปนี้

“บางคนรู้ว่าต้องกินต้องอยู่อย่างไรแต่เปลี่ยนไม่ได้ ทำจนชิน แก่แล้วจะเป็นไทรก็ช่างเถอะ อยู่ไม่นานแล้ว ปรึบก็ไม่มีผล ไม่ดูแลสุขภาพ นานเข้าเกิดโรคแทรก ช่วยตัวเองไม่ได้ ลูกหลานต้องดูแล ไม่ได้ไปทำงาน ค่าใช้จ่ายก็เพิ่มขึ้น ทั้งเหนื่อยทั้งเครียด ป่วยคนเดียวเครียดทั้งบ้าน ”

“มีคนแก่หลงลืม มีมากขึ้นเรื่อย ต้องมีคนดูแลใกล้ชิด มีคนนอนกับที่(ติดเตียง)คนเดียวดูแลไม่ไหว ลูกหลานก็มีน้อย ไหนจะเครียดที่ต้องหยุดงาน ไหนจะเรื่องเงิน คนป่วยยิ่งเครียดรู้สึกเป็นภาระลูกหลาน บางวันถูกทิ้งไว้คนเดียว ท้อแท้ นอนไม่หลับ พบมากขึ้นเรื่อยๆ เบียดคนแก่ (เงินยังชีพ) ไม่พอจ่าย ได้น้อยเกินไป คนจนคนรวยได้เท่ากัน ”

“ที่ป่วยเพราะร่างกายเสื่อมกินหวานมากเกินไป ไม่ออกกำลังกาย ไปไหนมาไหนไม่เดินกินแกง ผัดผัดอาหารไม่ได้ ป่วยไม่ป่วยกินเหมือนกันหมดนั่งๆนอนๆ สุดท้ายเดินไม่ได้ เครียด รู้สึกตัวเองไม่มีค่า พุดไปคนในบ้านเฉย ไม่ให้ความสำคัญ นานๆเข้าก็ซึมเศร้า ”

2.3 ด้านสังคม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาระดับปานกลาง ร้อยละ 54.03 และมีปัญหาระดับมาก ร้อยละ 16.88 และข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุเห็นประโยชน์และต้องการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม แต่มีปัญหาเรื่องความไม่สะดวกในการเดินทาง ไม่มีรถรับส่ง เกิดความเบื่อหน่ายเนื่องจากไม่ได้ออกไปไหน อยู่แต่บ้าน ทำให้ไม่สนใจตัวเองส่งผลต่อภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุที่ยากจนไม่ได้รับการช่วยเหลือ แก้ปัญหาไม่เป็นระบบ ต่างคนต่างทำและไม่ต่อเนื่อง ดังตัวอย่างคำกล่าวต่อไปนี้

“อยากให้ให้มีผู้รับผิดชอบผู้สูงอายุ ช่วยกันดูแล โดยเฉพาะคนแก่ที่ยากจนมักเข้าไม่ถึง ต้องมาช่วยกัน ดีกว่าต่างคนต่างทำ ไม่ต่อเนื่อง ทำมานานแล้วปัญหายังเพิ่มขึ้น แต่ก็ยังทำเหมือนเดิม ”

“คนแก่ที่ชอบทำกิจกรรม ชอบเข้ากลุ่ม จะดูแลตัวเองและคนอื่นได้กลุ่มนี้แข็งแรง อายุยืน แต่คนที่ชอบเก็บตัวไม่ไปไหนจะแก่เร็วและมักเจ็บป่วยเพราะไม่สนใจตัวเอง นั่งๆนอนๆจนเดินไม่ได้ ลูกหลานต้องพาไปร่วมกิจกรรมบ้างอย่าให้อยู่แต่บ้าน ”

“บ้านเราผู้สูงอายุมากขึ้น อายุยืนขึ้น ป่วยก็รักษาได้ แต่ปัญหาคนแก่อยู่บ้าน ลูกหลานไปทำงานไปไหนไม่สะดวก ถ้ามีรถรับส่งก็ไปได้ บางที่มีรถรับคนแก่ไปวัดอยากให้มีทุกตำบล ”

2.4 ด้านการดำเนินงานตามบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ปัญหาอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 73.76 ร้อยละ 10.91 เห็นว่าปัญหาอยู่ในระดับมาก และข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานผู้สูงอายุพบว่า มีการดูแลให้เข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐานและสวัสดิการต่างๆ เช่น เบี้ยยังชีพ จัดสรรงบประมาณในการทำกิจกรรมให้กับชมรมผู้สูงอายุ เปิดโอกาสให้กลุ่มต่างๆในชุมชนขอสนับสนุนงบประมาณทำกิจกรรมได้ โดยผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพของท้องถิ่น แต่กลุ่มด้อยโอกาสยังเข้าไม่ถึง ต้องการให้ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ป่วยและยากจน การสร้างอาชีพในชุมชน ลูกหลานจะได้ไม่ทิ้งผู้สูงอายุไว้คนเดียว ดังตัวอย่างคำกล่าวต่อไปนี้

“อยากมีชมรมผู้สูงอายุให้ทุกพื้นที่ สนับสนุนให้ทำกิจกรรมต่อเนื่อง มีรถไปรับไปส่ง คนที่เข้าชมรมไม่ได้ก็ไปเยี่ยม มีแกนนำดูแลที่บ้าน จะได้ไม่ถูกทิ้ง ไม่ใช่พอผู้ใหญ่มากก็พากันมาเต็มบ้านแล้วก็หายหมด ทำให้ผ่านๆ จบๆ กันไป ต้องฝึกคนดูแล มีเงินให้ผู้ดูแลเพราะทุกคนต้องกินต้องใช้”

“ตอนนี้คนติดเตียงมีคนมาช่วยดูแล แต่คนแก่ที่อยู่คนเดียวก็ยังลำบากถ้ามีที่ในชุมชนให้ได้ไปทำกิจกรรมร่วมกัน ได้พบเพื่อน คงจะทำให้สุขภาพจิตดีขึ้น ยิ่งถ้าส่งเสริมให้มีรายได้ก็ยิ่งดี จะได้รับรู้ว่ามีคุณค่า ช่วยเหลือครอบครัวได้ สรุปแล้วการสร้างงานในชุมชนจำเป็นมาก ต้องให้คนรักบ้านเกิด”

“มีหลายกลุ่มที่ทำเรื่องสุขภาพ มีการออกไปทำกิจกรรม เราต้องคิดว่าจะทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์สูงสุด และดึงเอกชนเข้ามาร่วมด้วย ต่อไปจะทำให้ต่อเนื่อง ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลังใช้นโยบายของนายอำเภอทุกคนเป็นครอบครัวเดียวกัน”

3. ความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในบริบทอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา พบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $M = 2.44, SD = .74$ ) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การเพิ่มเบี้ยยังชีพ ( $M = 2.76, SD = .76$ ) รองลงมาคือ การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ยากจนหรือต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วน ( $M = 2.58, SD = .72$ ) และที่ต้องการน้อยที่สุดคือ การส่งเสริมระบบประกันสุขภาพที่มีคุณภาพเพื่อผู้สูงอายุ ( $M = 2.19, SD = 1.06$ ) รายละเอียด ดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) ของความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา ( $n = 385$ )

รายการ	$M$	$SD$	ระดับ
การจัดกิจกรรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุในเทศกาลต่างๆ	2.21	.57	มาก
การจัดสรรงบประมาณเพื่อจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุ	2.34	.93	มาก
การจัดสวัสดิการช่วยเหลือผู้สูงอายุ เช่น จัดรถรับส่งไป รพ.	2.53	.92	มาก
การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกในพื้นที่สาธารณะ	2.49	.96	มาก
การสนับสนุนกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุในชุมชน	2.36	.94	มาก
การสนับสนุนกิจกรรมด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน	2.44	1.03	มาก
การจัดให้มีการตรวจสุขภาพในชุมชน	2.48	.91	มาก
การเพิ่มเบี้ยยังชีพให้กับผู้สูงอายุ	2.76	.76	มาก
การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ยากจนหรือต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วน	2.58	.72	มาก
การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้	2.55	.95	มาก
การให้อุปกรณ์ช่วยเหลือ เช่น แวนตา ไม้เท้า รถเข็น เป็นต้น	2.46	1.01	มาก
การเสริมศักยภาพครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ	2.32	.97	มาก
การส่งเสริมระบบประกันสุขภาพที่มีคุณภาพเพื่อผู้สูงอายุ	2.19	1.06	มาก
โดยรวม	2.44	.74	มาก

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานผู้สูงอายุพบว่า ต้องการให้ดูแลสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยการส่งเสริมการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ เพิ่มจำนวนเบี้ยยังชีพดูแลและสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับกลุ่มที่ป่วย อบรมอาสาสมัครหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ จัดศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ สถานที่ดูแลผู้สูงอายุในเวลากลางวัน สถานที่ออกกำลังกายที่ปลอดภัย และจัดรถรับส่งผู้สูงอายุไปทำกิจกรรมต่างๆ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“ผู้สูงอายุที่ยากจนพอป่วย ลำบากมาก ทั้งค่าอาหาร ผ้าอ้อม เตียง เบาะลม อุปกรณ์ต่างๆที่ต้องใช้ อีกมาก โรงพยาบาลมีให้ยืมก็ไม่พอ ตอนนี้เป็นปัญหามาก คนแก่ที่ป่วยก็มากขึ้น นึกไม่ออกว่าต่อไปจะอยู่กันอย่างไรรถถ้าไม่วางแผนให้ดี ไปโรงพยาบาลก็ลำบากเรื่องรถรับส่ง”

“ต้องมีสถานที่ที่ปลอดภัย ให้คนแก่ออกไปเดินเล่น ทำกิจกรรมในหมู่บ้าน ถ้าได้ไปพบปะพูดคุยกับเพื่อน ก็มีความสุข ให้มีศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน มีรถรับส่งไปทำกิจกรรมต่างๆ”

“อยากให้มีสถานที่ดูแลผู้สูงอายุในหมู่บ้าน เวลาไม่สู้ๆ ไปทำงานได้ฝากไว้ ดีกว่าทิ้งไว้ที่บ้านคนเดียว ปิดดูขังไว้เพราะกลัว ไปไหนก็เครียด ถ้าให้ดี หน่วยงานที่ทำที่บ้านได้จะได้ไม่ลำบาก”

“พอมีคนป่วยในบ้านก็จะวุ่นวาย ลูกหลานหยุดทำงานมาดูแล ลำบากมาก เงินทองก็ต้องใช้มากขึ้น ยิ่งจนแล้วป่วยด้วยต้องช่วยเหลือด่วน เงินคนแก่เดือนละเจ็ดแปดร้อยไม่พอใช้ สุดท้ายก็ต้องให้อยู่คนเดียว เพราะลูกหลานต้องออกไปทำมาหากิน ถ้ามีที่ฝากดูช่วงกลางวันก็จะดีหายห่วง ให้คนแก่ได้อยู่ด้วยกัน หากคนมาช่วยดูแล ผลัดเวรกันก็ได้”

## อภิปรายผล

1. ปัญหาของผู้สูงอายุในบริบทอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา พบว่าด้านร่างกายส่วนใหญ่ไม่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 92.99 แต่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 39.48 โรคเบาหวาน ร้อยละ 14.54 และจากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่าผู้สูงอายุมีความแข็งแรงลดลง ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เข้าเสื่อม สมองเสื่อม เกิดภาวะแทรกซ้อน มีผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงเพิ่มขึ้น ดังข้อมูล “ผู้สูงอายุเป็นโรคเรื้อรัง ทั้งความดัน เบาหวาน ติดเตียง คนแก่ที่ป่วยก็มากขึ้น สุขภาพแย่ง โรคภัยไข้เจ็บก็มาก” สอดคล้องกับการศึกษาของวิรดา อรรถเมธากุล และวรรณิ ศรีวิสัย (2556) ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังแข็งแรงอยู่แต่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางเสื่อม ทำให้มีปัญหาสุขภาพและเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้น

ด้านจิตใจพบว่าไม่มีปัญหา ร้อยละ 75.84 มีปัญหาด้านจิตใจในระดับมาก ร้อยละ 1.04 จากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่าผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยจะมีปัญหาด้านจิตใจร่วมด้วย รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง เป็นภาระลูกหลาน ทำให้เครียด นอนไม่หลับ ท้อแท้และซึมเศร้า ดังข้อมูล “เครียดที่ต้องเป็นภาระ เครียดเพราะป่วยทำงานไม่ได้ ไม่มีรายได้ รู้สึกตัวเองไม่มีคุณค่า ท้อแท้ นอนไม่หลับ” สอดคล้องกับการศึกษาของนริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ (2557) ที่พบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเกิดได้ง่ายเพราะปัญหาทางด้านร่างกายจากความเสื่อมทำให้ไม่สุขสบาย บทบาททางสังคมที่ลดลง การพึ่งพาลูกหลาน และ การศึกษาของรุจิวรรณ สอนสมภาร (2560) ที่พบว่า การเจ็บป่วยทางกาย การสูญเสียคู่สมรสเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า



ยามเจ็บป่วย แต่มีรายได้ไม่เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า ต้องการให้ดูแลตามปัญหาและความจำเป็น จัดสิ่งอำนวยความสะดวก จัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วย อบรมอาสาสมัครหรือผู้ดูแล ตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวัน ศูนย์ฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ สนับสนุนให้คนในครอบครัวได้ดูแลผู้สูงอายุโดยการสร้างงานในชุมชน ดังข้อมูล “ผู้สูงอายุที่ยากจนพอป่วย ลำบากมาก ทำงานไม่ได้ ไม่มีรายได้ ผู้ดูแลไปทำงาน ไม่มีผู้ดูแล ต้องการศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน อบรมอาสาสมัคร ผู้ดูแลผู้สูงอายุ” สอดคล้องกับการศึกษาของอัมราภรณ์ ภูระยา และชนิษฐา นันทบุตร (2562) ที่พบว่า การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนท้องถิ่นต้องมีฐานข้อมูลทั้งข้อมูลสุขภาพ ข้อมูลเชิงสังคม ความเป็นอยู่และเศรษฐกิจ เพื่อวางแผนดูแลผู้สูงอายุ ท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพจัดทำแผน จัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ จัดสรรงบประมาณเพื่อจัดตั้งกองทุนช่วยเหลือผู้สูงอายุ เสริมสร้างความเข้มแข็งให้กลุ่มทุนทางสังคมให้เกิดกลุ่มดูแลช่วยเหลือกัน การจัดสวัสดิการช่วยเหลือผู้สูงอายุขาดการบูรณาการและขาดความต่อเนื่อง แยกส่วนระหว่างงานด้านสุขภาพกับงานด้านสังคม ขาดการนำนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริง ความไม่พร้อมของงบประมาณและการขาดแคลนบุคลากรด้านผู้สูงอายุโดยตรงและสวัสดิการสังคมที่รัฐจัดให้ไม่พอ ไม่ครอบคลุมและไม่ตอบสนองปัญหาที่แท้จริงของผู้สูงอายุ (สุदारัตน์ สุตสมบุรณ์, 2557) ทั้งนี้เนื่องจาก ศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อมเรื่องงบประมาณและสาธารณูปโภค ถึงแม้จะมีปัญหาด้านบุคลากรก็ยังมีภาคส่วนอื่น เช่น สาธารณสุข สถาบันการศึกษา ภาคเอกชนและชุมชน ที่พร้อมให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืนต่อไป

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุทั้งในกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน องค์กร กลุ่มและชมรมต่างๆ นำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนและปรับปรุงระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งการจัดสรรงบประมาณในการดำเนินกิจกรรมของผู้สูงอายุ เช่น จัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว ตั้งศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวัน เป็นต้น การสร้างงานหารายได้เสริมให้ผู้สูงอายุที่ยังทำงานได้ ดูแลให้ได้รับเงินสนับสนุนอื่นๆ นอกเหนือจากเบี้ยยังชีพในผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาส สร้างงานให้ผู้ดูแลไม่ต้องทิ้งผู้สูงอายุไปทำงานนอกบ้าน การจัดสวัสดิการให้กับผู้สูงอายุในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ตลอดจนการจัดสถานที่สาธารณะที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ

### ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาวิจัยและพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทของอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา

## เอกสารอ้างอิง

- กิตติพร เนาว์สุวรรณ, และมารีสา สุวรรณราช. (2560). *สภาพปัญหาและความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในบริบทภาคใต้ตอนล่าง* (รายงานการวิจัย). สงขลา: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา.
- จินณฉนิชา พงษ์ดี, และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์. (2558). ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านเหมืองแบ่ง ตำบลหนองหญ้าปล้อง อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 3(4), 561-576.
- จุฑารัตน์ แสงทอง. (2560). สังคมผู้สูงอายุ (อย่างสมบูรณ์): ภาวะสูงวัยอย่างมีคุณภาพ. *วารสารกึ่งวิชาการรัฐสมิแล*, 38(1), 6-27.
- นริสา วงศพนารักษ์, และสายสมร เฉลยกิตติ. (2557). ภาวะซึมเศร้า: ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 24-31.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2549). *หลักการและการใช้สถิติการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางการแพทย์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). สงขลา: ชานเมือง.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (2561). *รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.
- ยศ วัชระคุปต์, วรณภา คุณากรวงศ์, พลสิษฐ์ พัจนา, และสาวิณี สุริยันรัตกร. (2560). ประสิทธิภาพของการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: กรณีศึกษาจังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 12(4), 609-624.
- รุจิวรรณ สอนสมภาร. (2560). แนวทางส่งเสริมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา*, 4(1), 77-89
- ประสพโชค ต้นสาโรจน์.(2559). *บทบาทของเทศบาลเมืองกาญจนบุรีในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศิลปากร, นครปฐม.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล. (บ.ก.). (2559). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2558*. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์ พรินต์ติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง.
- วิรดา อรรถเมธากุล, และวรรณิ ศรีวิสัย. (2556). ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลคูบัว จังหวัดราชบุรี. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 7(2), 18-28.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2549). *การสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาค ของไทย*. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (บ.ก.). (2562). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561*. นครปฐม: พรินเตอร์.

- สุดารัตน์ สุดสมบูรณ์. (2557). สวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในประเทศไทย. *วารสารเทคโนโลยีภาคใต้*, 7(1), 73-82.
- สุรีย์พันธุ์ วรพงศธร. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยรามคำแหง. *วารสารวิชาการและวิจัย สังคมศาสตร์*, 10(30), 31-48.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา. (2561). *คลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) จังหวัดสงขลา*. สืบค้นจาก <https://ska.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>.
- อัมราภรณ์ ภูระย้า, และชนิษฐา นันทบุตร. (2562). ศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 37(1), 22-31.
- Mauk, L. K. (2014). *Gerontological nursing competencies for care*. Massachusetts: Courier Companies.
- World Health Organization. (2011). *Global health and aging*. Retrieved from [https://www.who.int/ageing/publications/global\\_health/en/](https://www.who.int/ageing/publications/global_health/en/).
- Yamane, T. (1967). *Statistics: An introductory analysis* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Harper and Row.

## บทความวิจัย (Research article)

การศึกษาการเกิดภาวะแทรกซ้อน ระดับความปวด จำนวนวันนอน และค่ารักษาพยาบาล  
ของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลสิงห์บุรี

The Study of Post-Surgical Complications, Pain Levels, Length of Stay, and  
Hospitalization Costs of Post-Abdominal Surgery Patients,

Singburi Hospital

ศัญญา โพธิ์งาม<sup>1\*</sup>, มนพร ชาตชำนาญ<sup>2</sup>

Sanya Pongam<sup>1\*</sup>, Manaporn Chatchumni<sup>2</sup>

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: sanya.or@hotmail.com, โทรศัพท์ 081-9475639)

(Received: August 30, 2020; Revised: September 14, 2020; Accepted: December 16, 2020)

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบศึกษาย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเกิดภาวะแทรกซ้อน ระดับความปวด จำนวนวันนอน และค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดช่องท้อง โดยศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วยในที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้อง โรงพยาบาลสิงห์บุรี ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2561 – 30 กันยายน พ.ศ.2562 จำนวน 220 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนและผลลัพธ์เชิงปริมาณของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดช่องท้องในระบบทางเดินหายใจในวันที่ 5 หลังผ่าตัด จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 1.82) ระบบไหลเวียนโลหิตพบได้ในวันที่ 3 หลังผ่าตัด จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 0.50) ระบบทางเดินอาหารพบในวันแรกหลังผ่าตัด จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 3.70) และระบบผิวหนังและกล้ามเนื้อในวันที่ 5 หลังผ่าตัด จำนวน 14 ราย (ร้อยละ 6.40) และผลลัพธ์เชิงปริมาณของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความปวด ในวันแรกหลังผ่าตัดในระดับปานกลาง เท่ากับ 5.88 คะแนน และในวันที่ 2 เท่ากับ 4.89 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับน้อย มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยเท่ากับ 13.92 วัน และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 71,839.29 บาท

<sup>1</sup>พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โรงพยาบาลสิงห์บุรี

Registered nurse (Professional level), Singburi Hospital

<sup>2</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

Assistant professor, School of nursing, Rangsit University

ผลการวิจัยนี้ แสดงให้เห็นว่าระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง จำเป็นต้องพัฒนาบนฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้จากการศึกษาการเกิดภาวะแทรกซ้อน และผลลัพธ์เชิงปริมาณของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง เพื่อลดจำนวนวันนอน และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

**คำสำคัญ:** ภาวะแทรกซ้อน, จำนวนวันนอน, ค่ารักษาพยาบาล, ผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง

## Abstract

A retrospective study examined post-surgical complications, pain levels, the length of stay and hospital costs of post-operative patients. The data were collected from 220 patients with exploratory laparotomy for abdominal surgery at Singburi Hospital. The patient records were taken from October 1, 2018 to September 30, 2019. Data collection instruments include the record of patients' complications and quantitative results of patients after abdominal surgery. The data were analyzed using descriptive statistical data.

The results on patients' complications showed that there were four cases of respiratory tract infections (1.82%) that occurred on the fifth day after surgery, one case in a circulatory system (0.50%) that occurred on the third day after surgery, eight cases of gastrointestinal disorders (3.70%) on the first day after surgery, and 14 cases of skin and muscle disorders (6.40%) on the fifth day after surgery. The quantitative result of post-abdominal surgery patients showed that on the first day after surgery, the average pain score was at 5.88, and on the second day after surgery, the average pain score of was at 2.98. The average length of the stay was 13.92 days and the average cost of hospitalization was 71,839.29 Baht per person.

The result of this research suggests that a system of care for postoperative abdominal surgery patients should be developed. This should aims to reduce the length of stay and the cost of hospitalization for abdominal surgery patients.

**Keywords:** Complications, Length of stay, Hospitalization costs, Abdominal surgery patients

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การผ่าตัดเปิดช่องท้อง (Exploratory Laparotomy: Explore Lap) เป็นการผ่าตัดผ่านทางหน้าท้อง เพื่อตรวจการวินิจฉัยโรคภายในช่องท้องและรักษาพยาธิสภาพที่เกิดกับอวัยวะภายในช่องท้อง ด้วยการผ่าตัดผ่านผนังหน้าท้องและเยื่อช่องท้อง (นฤเบศร์ เอมแสง, อภิวัฒน์ จันทรฉาย, คิส ชีวาไชยชวาล, และพัชรี พงษ์พานิช, 2560; Supe & Gavit, 2019) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดและผลลัพธ์เชิงที่ไม่พึงประสงค์ต่อผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคมทั้ง 3 ระยะของการผ่าตัด ได้แก่ ระยะก่อนการผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัดและหลังผ่าตัด ผลกระทบโดยตรงจากการผ่าตัดช่องท้องเริ่มตั้งแต่ผิวหนัง กล้ามเนื้อหน้าท้องและเยื่อช่องท้องเข้าไปถึงอวัยวะภายในช่องท้อง ที่ได้รับการบาดเจ็บจากวิธีการผ่าตัดรวมถึงการรบกวนการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ในระหว่างการผ่าตัด (Fiore et al., 2018; Alasousi, Shuaib, & Aljasmi, 2020) และภายหลังการผ่าตัดช่องท้องอาจเกิดจากการใช้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ชนิดและระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด การดูแลและการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องหลังผ่าตัด ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความปวด ทุกข์ทรมาน และความไม่สุขสบาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะ 24-72 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมและการเคลื่อนไหวลดลง เนื่องจากการจัดการความปวดไม่เหมาะสม และอาจมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ภายหลังผ่าตัด เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบทางเดินอาหาร และระบบผิวหนังและกล้ามเนื้อ เป็นต้น (Ju, Ren, Chen, & Du, 2019; Alasousi et al., 2020) ซึ่งทำให้ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น และส่งผลกระทบต่อครอบครัว ในด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

จากผลกระทบดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง มีความสำคัญมากในทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการเพิ่มผลลัพธ์เชิงพัฒนาด้านคุณภาพการดูแล โดยตัวชี้วัดผลลัพธ์เชิงปริมาณที่สำคัญของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ได้แก่ คะแนนความปวด จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลรวมทั้งบทบาทในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้เร็วที่สุด ปราศจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่พบได้บ่อย เช่น ภาวะลำไส้หยุดทำหน้าที่หลังผ่าตัด (Post-operative ileus) ความปวด และความไม่สุขสบายจากอาการปวดแผลผ่าตัด เป็นต้น (นภาพร วงศ์วิวัฒน์นุกิจ, 2563; มนพร ชาติธานี, 2563) ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดช่องท้องที่เกิดขึ้น ส่งผลเสียต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น และส่งผลกระทบต่อครอบครัวด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและภาระในการดูแล จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเป็นผลลัพธ์ที่ใช้ประเมินการจัดบริการสุขภาพและมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการดูแลผู้ป่วย รวมทั้ง จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นด้วย (Tappenden et al., 2013) ภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเวลาหลังผ่าตัดวันที่ 1-2 เกิดจากการใช้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ผู้สูงอายุ การสูบบุหรี่ โรคปอด ความอ้วน โดยพบภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจที่พบบ่อย

ในระยะ 24-48 ชั่วโมง ได้แก่ ภาวะถุงลมปอดแฟบ (Atelectasis) ภาวะหลังผ่าตัดวันที่ 3-5 เป็นภาวะแทรกซ้อนของระบบผิวหนัง เช่น การติดเชื้อของแผลผ่าตัด (Wound Infection) และภาวะหลังผ่าตัดวันที่ 5 ขึ้นไป เป็นภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินอาหาร พบได้บ่อยที่สุดคือ การอุดตันของลำไส้ (Intestinal obstruction) หรือการอุดตันจากแผ่นพังผืดหรือรัศลำไส้ (Adhesion) (Antle & Lewis, 2001)

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้อง จำแนกออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด (วัชรภรณ์ หอมดอก, นันทา เล็กสวัสดิ์, และวันชัย มั่งคั่ง, 2556) พบว่าระยะ 1-2 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึกบริหารการหายใจและการออกกำลังกายทั้งสองข้างอย่างน้อยทุกชั่วโมง โดยการกระตุ้นและช่วยเหลือผู้ป่วยในการพลิกตะแคงตัว (นภาพร วงศ์วิวัฒน์นุกิจ, 2563; Ju et al., 2019; Alasousi et al., 2020) ระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด เป็นการกระตุ้นผู้ป่วยให้มีการลุกนั่งบนเตียง ร่วมกับการสอนให้ผู้ป่วยหายใจกับการไออย่างมีประสิทธิภาพ เริ่มกระตุ้นให้ลุกเดินลงจากเตียงโดยเร็ว (Early ambulation) การคลายตัวของกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า (Progressive muscle relaxation) และการผ่อนคลายอย่างเป็นระบบ (Ju et al., 2019) รวมทั้ง การแนะนำวิธีการบรรเทาอาการปวดแผลหลังผ่าตัดและการดูแลแผลผ่าตัด และระยะ 48-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ กระตุ้นให้ลุกเดินออกจากเตียง ร่วมกับลุกเดินไปมา และแนะนำวิธีการบรรเทาอาการปวดแผลหลังผ่าตัดและการดูแลแผลผ่าตัด (Ju et al., 2019; Alasousi et al., 2020) อย่างไรก็ตาม การส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้องในแต่ละหอผู้ป่วยศัลยกรรมมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับประสบการณ์และความรู้ของพยาบาล ดังนั้น หากมีแนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้องที่ชัดเจน มีความน่าเชื่อถือตามหลักฐานเชิงประจักษ์ จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ และเป็นไปตามมาตรฐานและมีความปลอดภัย (โจธิกา เบ็ญชา, ชนิดา ไวยสุตรา, เบญจพร มั่นอยู่, และอมรรวรรณ กวีภัทรนนท์, 2560; มนพร ชาติชำนาญ, 2563)

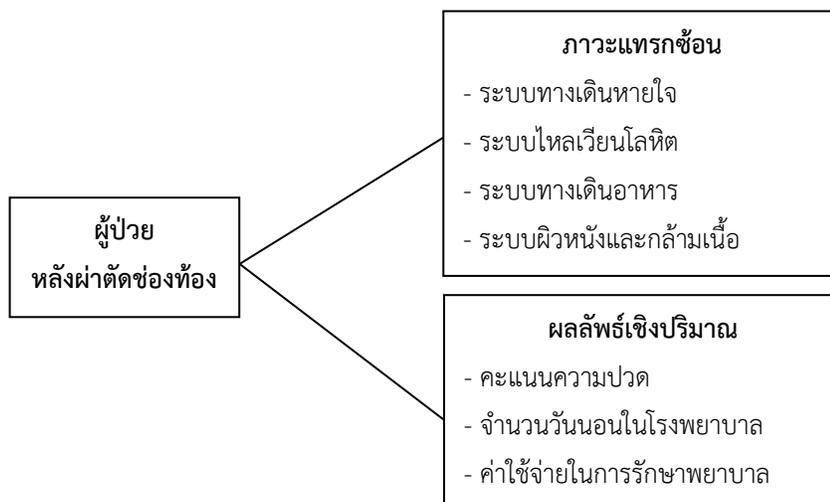
โรงพยาบาลสิงห์บุรี เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ มีจำนวนเตียงให้บริการ 282 เตียงมีหอผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรม 3 หอผู้ป่วยพบว่า มีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ในปี พ.ศ. 2560-2562 มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จำนวน 214, 250 และ 280 ราย ตามลำดับ (งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลสิงห์บุรี, 2562) และสอดคล้องตามหลักการพัฒนาคุณภาพด้านบริการกลุ่มงานศัลยกรรมและความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง เพื่อการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ ความปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดสามารถฟื้นกลับสู่สภาวะปกติโดยเร็ว อีกทั้ง ยังช่วยลดระยะเวลาวันนอนและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลการศึกษาครั้งนี้ จะได้ข้อมูลพื้นฐาน คือ การเกิดภาวะแทรกซ้อน ระดับความปวด จำนวนวันนอนและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องเพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สู่การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการเกิดภาวะแทรกซ้อน ระดับความปวด จำนวนวันนอน และค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วย หลังการผ่าตัดช่องท้องโรงพยาบาลสิงห์บุรี

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาศึกษาย้อนหลัง จากเวชระเบียนผู้ป่วยหลังการผ่าตัดช่องท้องที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาล สิงห์บุรี ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดช่องท้อง ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อน ระบบทางเดินหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบทางเดินอาหาร ระบบผิวหนังและกล้ามเนื้อ (Antle & Lewis, 2001; Nilsson, Rawal, Uneståhl, Zetterberg, & Unosson, 2001) และผลลัพธ์เชิงปริมาณ ได้แก่ คะแนนความปวด จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบศึกษาย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) จากเวชระเบียนผู้ป่วยหลังการผ่าตัดช่องท้องที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสิงห์บุรี ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2561 – 30 กันยายน พ.ศ.2562 มีวิธีดำเนินการวิจัย รายละเอียดดังนี้

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ เวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาล สิงห์บุรี ปีงบประมาณ 2562 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2561 – 30 กันยายน พ.ศ.2562 จำนวน 280 ราย

กลุ่มตัวอย่าง เป็นข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสิงห์บุรี โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดจากตารางของ Krejcie and

Morgan (1970 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) ที่ระดับความเชื่อมั่น .95 และความคลาดเคลื่อน .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 220 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบลงแผล Explore-Laparotomy และ 3) มีข้อมูลที่ได้รับการบันทึกในเวชระเบียนหลังผ่าตัดช่องท้องครบถ้วน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ได้แก่ แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนและผลลัพธ์เชิงปริมาณของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องจากการศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านการรักษาของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ประวัติการผ่าตัด การจำแนกชนิดของการผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัดและการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนผลลัพธ์เชิงปริมาณของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์และเอกสารตำรา ประกอบด้วยภาวะแทรกซ้อน 4 ระบบ ดังนี้ 1) ระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ภาวะถุงลมปอดแฟบ (Atelectasis) 2) ระบบไหลเวียนโลหิต ได้แก่ ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน หลอดเลือดดำส่วนลึกที่ขา (Deep Vein Thrombosis: DVT) 3) ระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ภาวะลำไส้หยุดทำหน้าที่หลังผ่าตัด (Postoperative ileus) ภาวะลำไส้เป็นอัมพาตหรือหยุดการเคลื่อนไหว (Paralytic ileus) และ 4) ระบบผิวหนังและกล้ามเนื้อ ได้แก่ การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด (Surgical Site Infection: SSI) โดยประเมินตามเกณฑ์การบันทึกของบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับแก้ไข ครั้งที่ 10 หรือ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem 10<sup>th</sup> Revision (ICD-10) (กองยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข, 2560) ซึ่งเป็นไปตามการวินิจฉัยจากแพทย์เจ้าของไข้ที่ได้บันทึกในแบบฟอร์มจำหน่ายผู้ป่วย โดยถ้าพบภาวะแทรกซ้อน ให้คะแนน เท่ากับ 1 และไม่พบภาวะแทรกซ้อน ให้คะแนน เท่ากับ 0

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกผลลัพธ์เชิงปริมาณ ได้แก่

- ระดับความปวด จากคะแนนและระดับความปวดที่ลงบันทึกในฟอร์มปรอท ในวันที่ 1 (24 ชั่วโมง), 2 (48 ชั่วโมง), 3 (72 ชั่วโมง), 4 (96 ชั่วโมง) และ 5 (120 ชั่วโมง) ซึ่งเป็นการประเมินความปวดด้วยมาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numerical Rating Scale: NRS) เป็นการประเมินความปวด โดยผู้ป่วยให้คะแนนความปวดด้วยตนเอง โดยคะแนน 0 คือไม่ปวด และ 10 คือ ปวดมากที่สุด (Melzack & Katz, 1999) โดยแบ่งระดับความรุนแรงของความปวด ดังนี้ ไม่ปวดถึงปวดเล็กน้อย = 0-3 คะแนน (Absent to minimal) ปวดปานกลาง = 4-7 คะแนน (Moderate) และปวดมากถึงมากที่สุด = 8-10 คะแนน (Severe) (ลลิตา อาชานานุภาพ และรุ่งจิต เต็มศิริกุลชัย, 2552

- จำนวนวันนอนโรงพยาบาล โดยนับจากวันและเวลาที่รับเป็นผู้ป่วยใน จนกระทั่งแพทย์จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

- ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยรวม ประกอบด้วย ค่าผ่าตัด ค่ายาในระหว่างการเข้ารับการรักษาจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน รวมถึงค่าบริการด้านอื่นๆ ที่เกิดขึ้น จากแบบฟอร์มค่าบริการที่ลงบันทึกในระบบคอมพิวเตอร์หลังจากผู้ป่วยกลับบ้านและผ่านการตรวจสอบจากฝ่ายการเงินของโรงพยาบาล

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาอายุรศาสตร์-ศัลยกรรม 1 ท่าน และพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยศัลยกรรม 1 ท่าน โดยมีค่า (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ระหว่าง .66 – 1.00

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียด ดังนี้

1. ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิงห์บุรี เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลตามระยะเวลาดำเนินการวิจัยที่กำหนด
2. ผู้วิจัยเข้าถึงข้อมูลจำนวนผู้ป่วยจากระบบอินทราเน็ต โดยค้นหาจากรหัส ICD-10 คือ 54.11 การผ่าตัดช่องท้อง (Exploratory laparotomy) ในปีงบประมาณ 2562 จำนวน 280 ราย โดยสุ่มจากลำดับที่ของเลขที่ผู้ป่วยในโดยใช้เลขคู่ จำนวน 220 ราย จัดบันทึกเลขประจำตัวผู้ป่วยเพื่อส่งให้งานเวชสถิติทำการค้นเวชระเบียนผู้ป่วย
3. ผู้วิจัยนำเวชระเบียนที่ได้มาทบทวนแล้วนำข้อมูลที่ได้ลงในแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจนครบ จำนวน 220 รายตามลำดับ ตรวจสอบข้อมูลที่บันทึกให้ครบถ้วนสมบูรณ์ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้กรอกลงโปรแกรมสำเร็จรูปที่สร้างขึ้นและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่จำนวน และร้อยละ
2. วิเคราะห์ข้อมูลอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน คะแนนความปวด จำนวนวันนอนและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ )

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำโครงการวิจัย เอกสารข้อมูลโครงการวิจัย เสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของโรงพยาบาลสิงห์บุรี และได้รับรับรองจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยของโรงพยาบาลสิงห์บุรี ตามหนังสือที่ สห 0032.205.2/11 ลงวันที่ 28 พฤษภาคม พ.ศ.2563 โดยการวิจัยนี้ ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยรายชื่อและข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสิงห์บุรี จำนวน 220 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 115 ราย (ร้อยละ 52.30) มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 137 ราย (ร้อยละ 62.27) มีอายุเฉลี่ย 61.55 ปี ( $SD = 16.00$ ) สถานภาพคู่ จำนวน 173 ราย (ร้อยละ 78.60) ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา จำนวน 150 ราย (ร้อยละ 68.20) มีโรคประจำตัว เป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 68 ราย (ร้อยละ 30.90) มีประวัติเคยได้รับการผ่าตัด จำนวน 102 ราย (ร้อยละ 46.40) เป็นการผ่าตัดแบบไม่เร่งด่วน (Elective case) จำนวน 129 ราย (ร้อยละ 58.60) โดยระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการผ่าตัดเท่ากับ 85.84 นาที ( $SD = 49.29$ ) และเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดช่องท้อง จำนวน 47 ราย (ร้อยละ 21.37) รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสิงห์บุรี (n =220)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>			<b>โรคประจำตัว</b>		
ชาย	105	47.70	ความดันโลหิตสูง	68	30.90
หญิง	115	52.30	เบาหวาน	21	9.50
<b>อายุ (M = 61.55 ปี, SD = 16.00)</b>			หลอดเลือดหัวใจ	6	2.70
20-39	21	9.55	ไตวายเรื้อรัง	5	2.30
40-59	62	28.18	ไม่มีโรคประจำตัว	120	54.50
มากกว่า 60	137	62.27	<b>ประวัติการผ่าตัด</b>		
<b>สถานภาพสมรส</b>			เคย	102	46.40
โสด	29	13.20	ไม่เคย	118	53.60
คู่	173	78.60	<b>ชนิดการผ่าตัด</b>		
หม้าย/หย่าร้าง	18	8.20	ไม่เร่งด่วน (Elective case)	129	58.60
<b>ระดับการศึกษา</b>			เร่งด่วน (Emergency case)	91	41.40
ไม่ได้เรียนหนังสือ	9	4.10	<b>การเกิดภาวะแทรกซ้อน</b>		
ประถมศึกษา	150	68.20	เกิด	47	21.37
มัธยมศึกษาตอนต้น	13	5.90	ไม่เกิด	173	78.63
มัธยมศึกษาตอนปลาย	16	7.30	<b>ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด (M = 85.84 นาที , SD =</b>		
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	18	8.20	<b>49.29)</b>		
ปริญญาตรี	14	6.40			

2. การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และผลลัพธ์เชิงปริมาณ ได้แก่ ระดับความปวด จำนวนวันนอน และค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลสิงห์บุรี

2.1 ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งได้จากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสิงห์บุรี พบว่า สามารถจำแนกออกเป็น 4 ระบบ ดังนี้ ภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจ พบในวันที่ 5 หลังผ่าตัด คือ ภาวะถุงลมปอดแฟบ จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 1.82) ระบบไหลเวียนโลหิต พบในวันที่ 3 หลังผ่าตัด คือ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำส่วนลึกที่ขา จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 0.50) ระบบทางเดินอาหาร พบในวันแรกหลังผ่าตัด คือ ภาวะทางเดินอาหารเป็นอัมพาตหรือหยุดการเคลื่อนไหว จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 2.30) และภาวะลำไส้หยุดทำหน้าที่หลังผ่าตัด จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 1.40) และระบบผิวหนังและกล้ามเนื้อ พบมากที่สุดในวันที่ 5 หลังผ่าตัด คือ การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด จำนวน 14 ราย (ร้อยละ 6.40) รองลงมาคือ วันที่ 2 หลังผ่าตัด 7 ราย (ร้อยละ 3.20) และวันที่ 3 หลังผ่าตัด จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 1.00) รายละเอียด ตามตาราง 2

**ตาราง 2** จำนวน และร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดช่องท้อง แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสิงห์บุรี จำแนกตามระบบของร่างกายและวันหลังผ่าตัด (n = 220)

ระบบ/ภาวะแทรกซ้อน	วันหลังผ่าตัด (จำนวน และร้อยละ)				
	1	2	3	4	5
<b>ระบบทางเดินหายใจ</b>					
- ภาวะถุงลมปอดแฟบ (Atelectasis)	0	0	0	0	4 (1.82)
<b>ระบบไหลเวียนโลหิต</b>					
- ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำส่วนลึกที่ขา (Deep Vein Thrombosis: DVT)	0	0	1 (0.50)	0	0
<b>ระบบทางเดินอาหาร</b>					
- ภาวะลำไส้หยุดทำหน้าที่หลังผ่าตัด (Postoperative ileus)	3 (1.40)	1 (0.50)	1 (0.50)	0	0
- ภาวะทางเดินอาหารเป็นอัมพาต (Paralytic ileus) หรือหยุดการเคลื่อนไหว	5 (2.30)	1 (0.50)	3 (1.40)	3 (1.40)	0
<b>ระบบผิวหนังและกล้ามเนื้อ</b>					
- การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด (Surgical Site Infection: SSI)	1 (0.50)	7 (3.20)	2 (1.00)	1 (0.50)	14 (6.40)
<b>โดยรวม</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>18</b>

2.2 ผลลัพธ์เชิงปริมาณ ได้แก่ ระดับความปวด จำนวนวันนอน และค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความปวดในวันแรกหลังผ่าตัด โดยมีคะแนนเฉลี่ยความปวด 5.88 คะแนน ( $SD = 3.28$ ) วันที่ 2 หลังผ่าตัด มีคะแนนเฉลี่ยความปวด 4.89 คะแนน ( $SD = 2.28$ ) มีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 13.92 วัน ( $SD = 11.52$ ) และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 71,839.29 บาท ( $SD = 13,061.68$ ) รายละเอียด ตามตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) ระดับความปวด จำนวนวันนอน และค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสิงห์บุรี ( $n = 220$ )

รายการ	$M$	$SD$	การแปลผล
<b>ระดับปวด</b>			
วันที่ 1 (24 ชั่วโมง)	5.88	3.28	ปานกลาง
วันที่ 2 (48 ชั่วโมง)	4.89	2.28	ปานกลาง
วันที่ 3 (72 ชั่วโมง)	2.98	1.47	เล็กน้อย
วันที่ 4 (96 ชั่วโมง)	1.98	1.39	เล็กน้อย
วันที่ 5 (120 ชั่วโมง)	1.95	1.38	เล็กน้อย
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล	13.92	11.52	-
ค่ารักษาพยาบาล	71,839.29	13,061.68	-

## อภิปรายผล

การศึกษาศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยหลังการผ่าตัดช่องท้องที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสิงห์บุรี ได้แก่ การเกิดภาวะแทรกซ้อน ระดับความปวด จำนวนวันนอน และค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดช่องท้อง อธิบายผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดตามระบบของร่างกาย 4 ระบบ ได้แก่ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ส่วนใหญ่จะตรวจพบวันที่ 5 หลังผ่าตัด จำนวน 4 ราย ซึ่งพบในกลุ่มผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 60 ปี โดยมีภาวะถุงลมปอดแฟบและปอดบวมเฉพาะที่ สอดคล้องกับจากการศึกษาของ Carney (2017) พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ตั้งแต่ 150 นาทีขึ้นไป จะเกิดภาวะแทรกซ้อนของปอดภายใน 7 วันหลังผ่าตัดได้ และภาวะแทรกซ้อนของปอดหลังผ่าตัดที่พบได้บ่อย ได้แก่ ภาวะถุงลมปอดแฟบภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด จากการศึกษาที่สมรรถภาพปอดและการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติของผู้สูงอายุมีโอกาสเสื่อมลงตามสภาพร่างกาย (Biological aging) และผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดช่องท้องจำเป็นต้องได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ซึ่งฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึก มีผลต่อการยับยั้งความรู้สึกช่วงระหว่างระยะเวลาการทำผ่าตัด จนกระทั่งหลังผ่าตัด 2-6 ชั่วโมง ทั้งนี้ ยาระงับความรู้สึกมีการออกฤทธิ์

โดยตรงต่อกล้ามเนื้อช่วยหายใจและการทำงานของปอด รวมถึงการหย่อนตัวของกล้ามเนื้อกระบังลม ทำให้ปริมาตรของปอดลดลง ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการไอและขับเสมหะลดลง (Potter, Perry, Hall, & Stockert, 2009; Alasousi et al., 2020) อีกทั้ง ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอาการปวดแผลผ่าตัด ส่งผลให้มีการเกร็งกล้ามเนื้อและกระทบต่อความสามารถของผู้ป่วยในการหายใจเข้า-ออกถี่ๆ และไอขับเสมหะออกได้ลดลง ทำให้มีเสมหะคั่งค้าง รวมทั้งมีการเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อยและการนอนท่าเดียวนานๆ

ภาวะแทรกซ้อนของระบบไหลเวียนเลือด พบในวันที่ 3 ภายหลังจากผ่าตัด จำนวน 1 ราย โดยเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอักเสบและอุดตัน (Deep Vein Thrombosis) ซึ่งเป็นภาวะที่พบได้ร้อยละ 20 ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งมีสาเหตุมาจากการปวดแผลผ่าตัด ส่งผลให้จำกัดการเคลื่อนไหวหรือเคลื่อนไหวร่างกายลดลง การนอนอยู่บนเตียงนานๆ ทำให้เกิดการคั่งของเลือดดำบริเวณขา ทำให้การไหลเวียนของเลือดช้าลง ผู้ป่วยจะมีอาการขาบวม ปวดขา มีไข้ โดยเมื่อคลำขาข้างที่อักเสบพบว่า อุณหภูมิและกดเจ็บ (Kozier, Erb, Berman, & Burke, 2010) ภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินอาหาร พบในแรกภายหลังจากผ่าตัด จำนวน 5 ราย ได้แก่ ภาวะทางเดินอาหารเป็นอัมพาต (Paralytic Ileus) โดยมีอาการท้องอืด ปวดท้องจากแก๊ส และภาวะลำไส้เคลื่อนไหวน้อยลง ทั้งนี้อาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น จากฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ภาวะอาหาร และลำไส้ได้รับความกระทบกระเทือนจากการสัมผัสในระหว่างการผ่าตัดและผลจากการได้รับยาระงับปวดกลุ่มนาร์โคติก (Narcotic drug) ส่งผลกระทบต่อการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและลำไส้ลดลง ซึ่งพบได้ในระยะ 24-72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินอาหารในระยะต่อมาคือ การอุดตันของลำไส้ (Intestinal obstruction) หรือเกิดการอุดตันจากแผ่นพังผืดหรือรัดลำไส้ (Adhesion) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้หลังผ่าตัด 7 วัน หรือเริ่มพบได้ในระหว่างวันที่ 3-5 หลังผ่าตัด โดยมีสาเหตุจากการที่ลำไส้ไม่มีการเคลื่อนไหว (Paralytic obstruction) การรบกวนลำไส้ขณะผ่าตัด และการใช้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย เป็นต้น (Ju et al., 2019) ภาวะแทรกซ้อนของระบบผิวหนังและกล้ามเนื้อ พบวันที่ 5 หลังผ่าตัด จำนวน 14 ราย ได้แก่ การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ซึ่งเกิดขึ้นได้หลายระดับ ได้แก่ ระดับตื้น (ผิวหนัง ชั้นใต้ผิวหนัง) ระดับลึก (กล้ามเนื้อ และเยื่อพังผืด) ระดับอวัยวะ และช่องว่างใกล้เคียง โดยทั่วไปการติดเชื้อสามารถพบได้ตั้งแต่วันแรกหลังผ่าตัด จนถึง 1 เดือน และอาจพบได้หลัง 1 ปี กรณีที่ใส่สิ่งแปลกปลอมไว้ในร่างกาย (ศักดิ์ชาย เรื่องสิน, 2554) ระยะแรกอาจเริ่มพบอาการแผลบวม แดง กดเจ็บ มีไข้ได้ประมาณ 3-5 วันหลังผ่าตัด การติดเชื้อมักพบได้ในวันที่ 2-7 หลังการผ่าตัด แต่อย่างไรก็ตามภาวะอักเสบติดเชื้อของแผลอาจเกิดขึ้นภายใน 36-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด หรืออาจเกิดหลัง 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด สาเหตุมักเกิดจากการพร่องของเทคนิคปราศจากเชื้อและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของแผลผ่าตัด เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคมะเร็ง ผู้ป่วยที่ได้รับยาสเตียรอยด์ เป็นต้น อาการที่พบ คือ มีไข้ มีอาการปวดที่รอยแผลผ่าตัด บวม แดง ร้อน กดเจ็บ มีหนองหรือน้ำเหลือง นอกจากนี้ ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง อาจพบภาวะติดเชื้อในช่องท้อง (Intra-abdominal infection) ซึ่งสาเหตุของโรคมักจะมาจากระบบทางเดินอาหาร

โดยเฉพาะภาวะที่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร มักเกิดจากการฉีกหรือทะลุของอวัยวะกลางในช่องท้อง สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง เช่น การผ่าตัดลำไส้ การผ่าตัดตับ อาจเกิดจากการรั่วของรอยต่อ (Anastomosis leakage) หรือเกิดจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่การติดเชื้อก็ได้ โดยอาจส่งผลให้เกิดหนองหรือฝี (Abscess) หรือภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ (Peritonitis) ได้ ส่วนการเกิดแผลแยก มีสาเหตุหลายประการ เช่น เทคนิคการเย็บไม่ดี แผลตึง หรือมีแรงดึงขอบแผลให้แยก เช่น ไอ หรือท้องอืดมาก หรือแผลอักเสบเป็นหนอง มักเกิดใน 5-8 วัน ภายหลังจากผ่าตัด หรือวันที่ 7-10 วัน ภายหลังจากผ่าตัด (Mangram, Horan, Pearson, Silver, & Jarvis, 1999)

2. ผลลัพธ์เชิงปริมาณ ได้แก่ ระดับความปวดของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดช่องท้อง ที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสิงห์บุรี พบว่า ในวันที่ 1 หลังผ่าตัด มีคะแนนเฉลี่ยความปวด เท่ากับ 4.88 คะแนนซึ่งอยู่ในระดับปวดปานกลาง (คะแนน 4-7) และลดลงเหลือปวดเล็กน้อยในวันที่ 3 หลังผ่าตัด ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษารายงานของ สุธิดา ไชยงาม (2558) พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องในระยะ 24 ชั่วโมงแรกมีความปวดในระดับรุนแรง (คะแนนเฉลี่ย 9.06 คะแนน) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการประเมินความรุนแรงของความปวดปัจจุบัน (Present pain) เมื่อครบ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ซึ่งให้เห็นว่า มีการจัดการอาการปวด ตามแนวปฏิบัติการจัดการอาการปวดหลังผ่าตัด กลุ่มงาน ศัลยกรรม โรงพยาบาลสิงห์บุรี ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าถึงการจัดการความปวด ทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา

จำนวนวันนอนและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลพบว่า มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยเท่ากับ 13.92 วัน ( $SD = 11.57$ ) โดยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 71,839.29 บาท ( $SD = 13061.68$ ) จะเห็นว่า ผู้ป่วยค่อนข้างใช้เวลาในการรักษานานซึ่งเป็นผลลัพธ์ในเชิงลบ สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัด พบว่า จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่นอนนานเป็นการเพิ่มค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นของผู้ป่วย ครอบครัวและโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น (ประภาพร จินันทุยา และอัญชลี ชูติธร, 2559) จึงควรปรับระบบการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อลดระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาลและคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้

นำไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดช่องท้องในระบบต่างๆ

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์และลดจำนวนวันนอน ส่งผลถึงการลดค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษา ร่วมกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิงห์บุรี หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

- กองยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *International statistical classification of diseases and related health problem (10<sup>th</sup> revision Thai modification)*. กรุงเทพฯ: แสงจันทร์การพิมพ์.
- งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลสิงห์บุรี. (2562). *สถิติผู้ป่วยผ่าตัดห้องผ่าตัดปี 2560- 2562*. สิงห์บุรี: โรงพยาบาลสิงห์บุรี.
- โจธิกา เบ็ญชา, ชนิดา ไวยสุตรา, เบญจพร มั่นอยู่, และอมรรรณณ กวีภัทรนนท์. (2560). *รายงานผลการดำเนินการโครงการพัฒนาคุณภาพเรื่อง แนวปฏิบัติการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้อง (รายงานผลการวิจัย)*. ปทุมธานี: โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ.
- นภาพร วงศ์วิวัฒน์นุกิจ. (2561). *บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นตัวการทำงานของลำไส้หลังการผ่าตัดช่องท้อง*. *พยาบาลสาร*, 46(4), 193-201.
- นฤเบศร์ เอมแสง, อภิวัฒน์ จันทร์ฉาย, คิส ชีวาไชยชวาล, และพัชรี พงษ์พานิช. (2560). *อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเปิดหน้าท้องของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่งานหอผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลชัยนาทเรนทร (รายงานผลการวิจัย)*. ชัยนาท: โรงพยาบาลชัยนาทเรนทร.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเทอร์เน็ต.
- ประภาพร จินันทุยา, และอัญชลี ชูติธ. (2559). *ปัจจัยทำนายจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุ มะเร็งทางเดินอาหารที่รักษาด้วยการผ่าตัด*. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 27(1), 30-42.
- มนพร ชาตชำนาญ. (2563). *บทบาทพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด*. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 3(1), 1-13.

- ลลิตา อาชานานุภาพ, และรุ่งจิต เต็มศิริกุลชัย. (2552). การประเมินความปวดและพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกหลังผ่าตัดที่ห้องพักรฟื้น. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 15(3), 315-326.
- วัชรารณณ์ หอมดอก, นันทา เล็กสวัสดิ์, และวันชัย มั่งคั่ง. (2556). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ใหญ่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. *วารสารสภาการพยาบาล*, 20(3), 74-92.
- Alasousi, M., Shuaib, A., & Aljasmī, M. (2020). Bowel injury post liposuction: Case report. *Journal of Surgical Research*, 2(1), 1-3.
- Antle, D. E., & Lewis, A. R. (2001). Surgical client. In P. A. Potter, & A. G. Perry (Eds.), *Fundamentals of Nursing* (5<sup>th</sup> ed.) (pp. 1660-1715). St. Louis: Mosby
- Carney, A. (2017). *Comparison of pain management modalities in the development of postoperative respiratory failure* (Doctor of Nursing Practice). Lexington, KY: University of Kentucky. Retrieved from [https://uknowledge.uky.edu/dnp\\_etds/131](https://uknowledge.uky.edu/dnp_etds/131).
- Fiore Jr, J. F., Figueiredo, S., Balvardi, S., Lee, L., Nauche, B., Landry, T., ... & Feldman, L. S. (2018). How do we value postoperative recovery?; A systematic review of the measurement properties of patient-reported outcomes after abdominal surgery. *Annals of Surgery*, 267(4), 656-669.
- Ju, W., Ren, L., Chen, J., & Du, Y. (2019). Efficacy of relaxation therapy as an effective nursing intervention for post-operative pain relief in patients undergoing abdominal surgery: A systematic review and meta-analysis. *Experimental and Therapeutic Medicine*, 18(4), 2909-2916.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A. J., & Burke, K. (2010). *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (6<sup>th</sup> ed.). New Jersey: Prentice-Hall.
- Mangram, A. J., Horan, T. C., Pearson, M. L., Silver, L. C., Jarvis, W. R., & Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. (1999). Guideline for prevention of surgical site infection, 1999. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 20(4), 247-280.
- Melzack, R., & Katz, J. (1999). Pain measurement in persons in pain. In P. D. Wall, & R. Melzack (Eds.), *Textbook of pain* (pp. 409-426). London: Harcourt Publisher.
- Nilsson, U., Rawal, N., Uneståhl, L. E., Zetterberg, C., & Unosson, M. (2001). Improved recovery after music and therapeutic suggestions during general anaesthesia: A double-blind randomised controlled trial. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 45(7), 812-817.

- 
- Potter, P. A., Perry, A. G. E., Hall, A. E., & Stockert, P. A. (2009). *Fundamentals of nursing*. New York: Elsevier.
- Supe, S. P., & Gavit, S. M. (2019). Role of laparoscopy in early diagnosis and further management: In a case of acute abdominal pain. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences*, 18(1), 25-32. doi: 10.9790/0853-1812012532.
- Tappenden, K. A., Quatrara, B., Parkhurst, M. L., Malone, A. M., Fanjiang, G., & Ziegler, T. R. (2013). Critical role of nutrition in improving quality of care: An interdisciplinary call to action to address adult hospital malnutrition. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 113(9), 1219-1237.

## บทความวิจัย (Research article)

ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เกื้อหนุนต่อการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ  
วัณโรคปอดในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับบริการ  
ในโรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

The Social and Environmental Supporting Factors of Pulmonary  
Tuberculosis Transmission-based Precautions in Older Patients,  
Samroi-yod Hospital, Prachuap Khiri Khan Province

พาขวัญ วิชชุดเวส<sup>1</sup>, ปริญญาภรณ์ ธนะบุญปวง<sup>2\*</sup>

Pakwan Witchutawes<sup>1</sup>, Parinyaporn Thanaboonpuang<sup>2\*</sup>

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: thanaboonpuang.p.8354@gmail.com, โทรศัพท์ 089-8237992)

(Received: June 13, 2020; Revised: November 5, 2020; Accepted: December 15, 2020)

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับของปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด 2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด และ 3) ปัจจัยทำนายพฤติกรรมควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุ ที่มารับบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสามร้อยยอด จำนวน 143 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของชุมชน แรงสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารทางสุขภาพในชุมชน และพฤติกรรมควบคุมการแพร่กระจายวัณโรคปอด ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .86, .81, .78 และ .84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพของชุมชน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมควบคุมการแพร่กระจายวัณโรคปอดระดับสูง ( $M = 4.21, 4.16, 4.26; SD = .73, .66, .56$ ) ตามลำดับ และคะแนนเฉลี่ยการสื่อสารทางสุขภาพในชุมชนระดับปานกลาง ( $M = 3.38, SD = .79$ )

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพของชุมชนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง กับพฤติกรรมควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด ( $r = .71, p < .01$ ) ในขณะที่การสื่อสารด้านสุขภาพในชุมชน แรงสนับสนุน

<sup>1</sup>พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โรงพยาบาลสามร้อยยอด

Registered nurse (Professional level), Samroi-yod Hospital

<sup>2</sup>พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี

Registered nurse (Professional level), Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi

ทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด ( $r = .57, r = .50, p < .01$  ตามลำดับ)

3. การรับรู้ภาวะสุขภาพของชุมชนเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดได้สูงสุด รองลงมาคือ การสื่อสารด้านสุขภาพในชุมชน และแรงสนับสนุนทางสังคม ( $Beta = .64, .37, .26, p < .05$  ตามลำดับ) สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสามร้อยยอด ร้อยละ 41.70

**คำสำคัญ:** ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม, การควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ, วัณโรคปอด, ผู้สูงอายุ

## Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to study 1) level of the social and environmental factors and control behavior of pulmonary tuberculosis transmission, 2) to study the relationship between social and environmental factors supporting the control of pulmonary tuberculosis transmission behavior and 3) predictive factors for control of pulmonary tuberculosis transmission behavior of the older patients in Samroi-yod Hospital. Simple random sampling was used to recruit 143 older patients. Data were collected by using the questionnaire. Reliability of total scale was .89 and sub scale were .86, .81, .78, .84 respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics, Pearson's product-moment correlation and stepwise multiple regression analysis. The results revealed as follows:

1. The level of community perception of health, social support and control of pulmonary tuberculosis behavior for the older patients was at a high level ( $M = 4.21, 4.16, 4.26; SD = .73, .66, .56$ ) respectively. The health communication in community was at a moderate level ( $M = 3.38, SD = .79$ ).

2. The community perception of health in community was high, significantly correlated with control of pulmonary tuberculosis behavior ( $r = .71, p < .01$ ). The health communication in community and social support were moderate, significantly correlated with control of pulmonary tuberculosis behavior ( $r = .57, p < .01$ ).

3. The community perception of health, the health communication in community and social support can predict control of pulmonary tuberculosis behavior for the older patients at 41.70% with the significant level of .05.

**Keywords:** Social and environmental factors, Transmission-based precautions, Pulmonary tuberculosis, Older patients

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัณโรคปอดเป็นโรคติดเชื้อที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข จากข้อมูลการเฝ้าระวังขององค์การอนามัยโลกพบว่า มีแนวโน้มการแพร่กระจายและมีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มขึ้น โดยองค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศที่มีปัญหาวัณโรครุนแรง ซึ่งในปี พ.ศ. 2559 ประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่จำนวน 119,000 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 172 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วมากกว่า 50 เท่า และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตสูงถึง 11,900 รายต่อปี หรือประมาณวันละ 33 คน (เฉวตสรร นามวาท และคณะ, 2560) และยังพบปัญหาความสำเร็จในการรักษา โดยปี 2557-2558 พบว่ามีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคเพียง 58,714 ราย หรือร้อยละ 50 และมีอัตราความสำเร็จในการรักษา ร้อยละ 78 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่นานาชาติกำหนดไว้ คือ ร้อยละ 85 นอกจากนี้ ยังพบปัญหาการได้รับเชื้อวัณโรคปอดโดยไม่แสดงอาการ แต่สามารถเป็นพาหะแพร่กระจายเชื้อได้ (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2560)

ปัจจุบันผู้ป่วยวัณโรคในประเทศไทย มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในทุกกลุ่มวัย ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีความเสื่อมของร่างกายตามวัย และความสามารถในการดูแลตนเองที่ลดลง ส่งผลให้ติดเชื้อวัณโรคปอดได้ง่าย จากรายงานสาเหตุการเสียชีวิตของประชากร ปี พ.ศ.2561 พบว่า กลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยด้วยวัณโรคในระบบทางเดินหายใจ จำนวน 3,010 คน คิดเป็นอัตรา 28.10 ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายคือ อัตราการเสียชีวิตไม่เกินร้อยละ 5 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561) และมีแนวโน้มการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากวัณโรคปอดสามารถติดต่อผ่านทางระบบหายใจ และมีปัจจัยเสี่ยงจากวิถีชีวิตในชุมชนของผู้สูงอายุ ได้แก่ การอยู่ร่วมกันแบบครอบครัวขยาย และมีความใกล้ชิด ซึ่งถือเป็นความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่นได้ กระทรวงสาธารณสุขเล็งเห็นความสำคัญและกำหนดแผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ. 2560-2564 โดยมีมาตรการเร่งรัดค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคในผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป ที่มีโรคร่วมซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงเป้าหมายที่ต้องได้รับการคัดกรอง ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมป้องกันโรคที่เป็นผลจากปัจจัยภายในและภายนอกบุคคล ที่จะสามารถลดอัตราป่วยและเสียชีวิตจากวัณโรคปอดได้

การควบคุมการแพร่กระจายวัณโรคปอดทั้งระดับบุคคลและระดับหน่วยงาน ต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคคลและชุมชนเป็นสำคัญ ซึ่งพฤติกรรมควบคุมการแพร่กระจายโรคมีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพของชุมชน (Community perception of health) (Becker, 1974) และแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) ที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุแสดงพฤติกรรมทางบวก โดยบุคคลในครอบครัวและการอยู่ร่วมกับบุตรหลาน ส่งผลให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมีอิทธิพลสูงต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (วัลภา บุรณกลัด, 2560) และการสื่อสารทางสุขภาพในชุมชน (Health communication) ที่มีบทบาทสำคัญในการดำรงชีวิตประจำวัน เนื่องจากเป็นช่องทางในการเผยแพร่ข้อมูลทางสุขภาพและแนวทางการปฏิบัติตนที่เหมาะสม (ภมร ตรุณ และประกันชัย ไกรรัตน์, 2562) ดังนั้น การส่งเสริมพฤติกรรมควบคุมการ

แพร่กระจายไวรัสโรคจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมด้วย เนื่องจากสามารถเกื้อหนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางบวกได้

โรงพยาบาลสามร้อยยอดเป็นโรงพยาบาลที่มีขนาด 60 เตียง ให้บริการตรวจโรคทั่วไป คลินิกเฉพาะโรค และคลินิกโรคเรื้อรัง ข้อมูลจากงานเวชสถิติโรงพยาบาลสามร้อยยอด พบว่า มีผู้ป่วยสูงอายุเข้ารับบริการในปีงบประมาณ 2561 จำนวน 8,121 คน และปีงบประมาณ 2562 จำนวน 8,344 คน ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มเสี่ยง ทั้งทางด้านร่างกายและการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว โดยในปี 2559-2561 พบผู้ป่วยสูงอายุป่วยเป็นวัณโรคปอด จำนวน 27, 49 และ 66 คน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การเจ็บป่วยด้วยวัณโรคส่งผลกระทบต่อโดยตรงและโดยอ้อมต่อผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัว ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต รวมทั้งการใช้เวลานานในการรักษา ซึ่งส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เกื้อหนุนต่อการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการจัดบริการสุขภาพที่เน้นควบคุมป้องกันการแพร่กระจายวัณโรคปอด และเป็นแนวทางในการปรับปรุงการปฏิบัติงานด้านการควบคุมการแพร่กระจายวัณโรคในผู้ป่วยสูงอายุต่อไป

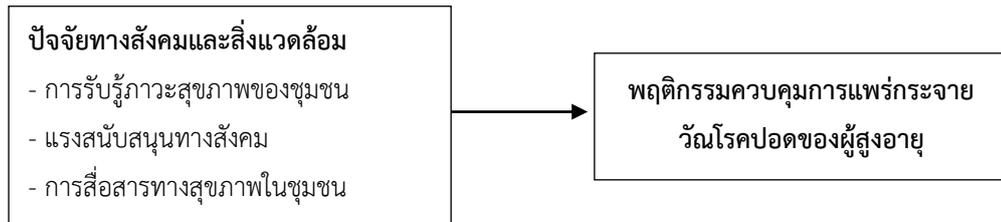
### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพของชุมชน แรงสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารทางสุขภาพในชุมชน และพฤติกรรมควบคุมการแพร่กระจายวัณโรคปอดของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เกื้อหนุนต่อพฤติกรรมควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่สามารถทำนายพฤติกรรมควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ ได้นำแนวคิดทฤษฎีที่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมป้องกันโรค ซึ่งการป้องกันโรคเป็นการกระทำที่สามารถส่งเสริมพฤติกรรมควบคุมการแพร่กระจายวัณโรคปอดได้ โดยคัดเลือกปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพของชุมชนจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker, 1974) แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived benefits) และอุปสรรคของการป้องกันโรค (Perceived barriers) โดยปัจจัยเหล่านี้สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคปอดได้ (ขวัญใจ มอนไธสง, จีราภรณ์ กรรมบุตร, และวนลดา ทองใบ, 2560) และแรงสนับสนุนทางสังคม (House, 1981) แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่

อารมณ์ (Emotional support) ข้อมูลข่าวสาร (Informational support) สิ่งของหรือทรัพยากร (instrumental support) และการประเมินคุณค่า (Appraisal support) ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกบุคคลที่เป็นสิ่งแวดล้อมที่เกื้อหนุนและส่งผลกระทบต่อสุขภาพ (Cohen & Syme, 1985) และการสื่อสารทางสุขภาพในชุมชน (Health communication) ตามแนวคิดของ Ratzan, Payne, and Bishop (1996) ได้แก่ การสื่อสารระหว่างบุคคล และการสื่อสารมวลชน ซึ่งเป็นช่องทางสำคัญในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสุขภาพ และแนวทางปฏิบัติในการควบคุมป้องกันการแพร่กระจายไวรัสโรคปอด โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) มีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง จากคลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center: HDC) ของโรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ที่มารับบริการที่งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ระหว่างเดือนเมษายน - พฤษภาคม พ.ศ.2562

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยสูงอายุ ที่มารับบริการที่งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จ G\*Power 3.1 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) เลือ ก linear multiple regression: Fixed model,  $R^2$  deviation from zero กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ .15 ค่าอำนาจการทดสอบ (Powers) เท่ากับ .95 และค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .05 ตัวแปรทำนาย 3 ตัว ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 119 คน และเพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 143 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ให้ครอบคลุมทั้ง 7 ตำบลของอำเภอสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยสูงอายุทั้งเพศชายและหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป 2) มีประวัติเข้ารับบริการที่งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ มาแล้วอย่างน้อย 3 ครั้ง 3) ไม่มีการเจ็บป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต 4) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี และ 5) ยินดีให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลการวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) และเติมคำ จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ประวัติโรคประจำตัว และประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคของสมาชิกในครอบครัว

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของชุมชน จำนวน 16 ข้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของ Becker (1974) เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 คะแนน ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 2 คะแนน ไม่แน่ใจ เท่ากับ 3 คะแนน เห็นด้วยบางอย่าง เท่ากับ 4 คะแนน และเห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 5 คะแนน

ตอนที่ 3 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 12 ข้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามแนวคิดของ House (1981) เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 คะแนน ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 2 คะแนน ไม่แน่ใจ เท่ากับ 3 คะแนน เห็นด้วยบางอย่าง เท่ากับ 4 คะแนน และเห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 5 คะแนน

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการสื่อสารทางสุขภาพในชุมชน จำนวน 10 ข้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากแนวคิดการสื่อสารทางสุขภาพ (Health communication) (Ratzan et al., 1996) เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ เท่ากับ 1 คะแนน ปฏิบัตินานๆ ครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง เท่ากับ 3 คะแนน ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง เท่ากับ 4 คะแนน และปฏิบัติทุกครั้ง เท่ากับ 5 คะแนน

ตอนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมควบคุมการแพร่กระจายโรค จำนวน 12 ข้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ เท่ากับ 1 คะแนน ปฏิบัตินานๆ ครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง เท่ากับ 3 คะแนน ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง เท่ากับ 4 คะแนน และปฏิบัติทุกครั้ง เท่ากับ 5 คะแนน

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อความกับวัตถุประสงค์การวัด (Item – Objective Congruence Index: IOC) มีค่าระหว่าง .60 - 1.00 นำมาแก้ไขเฉพาะข้อความที่ควรปรับปรุง หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .89 และมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของชุมชน แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการสื่อสารทางสุขภาพในชุมชน และแบบสอบถามพฤติกรรมควบคุมการแพร่กระจายโรค เท่ากับ .86, .81, .78 และ .84 ตามลำดับ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามร้อยยอดเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยจัดประชุมชี้แจงกับพยาบาลวิชาชีพ และผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่ปฏิบัติงานในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสามร้อยยอด โดยกำหนดวัน เวลา และสถานที่สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ โดยผู้วิจัยและคณะแนะนำตนเองเพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย ได้แก่ วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย และขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง

4. ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามการวิจัยในสถานที่ ซึ่งแยกจากผู้ป่วยที่มารับบริการทั่วไป โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20 นาที หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของการตอบแบบสอบถามเพื่อรวบรวมไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ

2. การวิเคราะห์คะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพของชุมชน แรงสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารทางสุขภาพในชุมชน และพฤติกรรมควบคุมการแพร่กระจายวันโรคปอด โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยโดยรวมและรายด้าน แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2556)

คะแนนเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง ระดับสูงมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง ระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง ระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง ระดับต่ำมาก

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เกื้อหนุนต่อการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวันโรคปอดในผู้ป่วยสูงอายุ โดยใช้การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยมีเกณฑ์จำแนกระดับความสัมพันธ์ ( $r$ ) ออกเป็น 5 ระดับ (Hinkle, 1998) รายละเอียดดังนี้

$r$  .91 - 1.00 หมายถึง ระดับสูงมาก

$r$  .71 - .90 หมายถึง ระดับสูง

$r$  .51 - .70 หมายถึง ระดับปานกลาง

$r$  .31 - .50 หมายถึง ระดับต่ำ

$r$  .10 - .30 หมายถึง ระดับต่ำมาก

4. การวิเคราะห์ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่สามารถทำนายพฤติกรรมควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวันโรคปอดในผู้ป่วยสูงอายุ โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ด้วยการทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ การกระจายแบบปกติ (Normality) ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) ค่าความแปรปรวนคงที่ (Homoscedasticity) ความสัมพันธ์กันเอง

ระหว่างตัวแปรอิสระ (Multicollinearity) และความเป็นอิสระของค่าความคลาดเคลื่อน (Autocorrelation) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นดังกล่าว

### การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่อง ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เกื้อหนุนต่อการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนาในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ที่ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ รหัส RECHHH105/ 2562 ลงวันที่ 25 มีนาคม พ.ศ.2562

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของตัวอย่าง พบว่า ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.14 อายุระหว่าง 60-70 ปี ร้อยละ 77.62 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65.73 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.14 รายได้เฉลี่ยครอบครัว 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 60.83 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 74.82 และครอบครัวไม่มีประวัติเป็นวัณโรค ร้อยละ 87.41 รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ที่มารับบริการที่งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ (n = 143 คน)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>			<b>การศึกษา</b>		
ชาย	47	32.86	ไม่ได้ศึกษา	24	16.78
หญิง	96	67.14	ประถมศึกษา	76	53.14
<b>อายุ</b>			มัธยมศึกษา	28	19.59
60 – 70 ปี	111	77.62	อนุปริญญา	9	6.29
71- 80 ปี	28	19.58	ปริญญาตรี	6	4.20
81 ปีขึ้นไป	4	2.80	<b>รายได้เฉลี่ยครอบครัว</b>		
<b>สถานภาพสมรส</b>			น้อยกว่า 10,000 บาท	30	20.98
โสด	18	12.59	10,001-20,000 บาท	87	60.83
คู่	94	65.73	20,001 บาท ขึ้นไป	26	18.19
หม้าย/ แยก	16	11.19	<b>ประวัติเจ็บป่วยวัณโรคของครอบครัว</b>		
หย่า	15	10.49	มี	125	87.41
<b>โรคประจำตัว</b>			ไม่มี	18	12.59
มี	107	74.82			
ไม่มี	36	25.18			

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพของชุมชน แรงสนับสนุนทางสังคม และการสื่อสารทางสุขภาพในชุมชนของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ผลการวิจัย พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของชุมชน และแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ( $M = 4.21, SD = .73$  และ  $M = 4.16, SD = .66$  ตามลำดับ) การสื่อสารด้านสุขภาพของชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 3.38, SD = .79$ ) และพฤติกรรมควบคุมการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนาของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ( $M = 4.26, SD = .56$ ) ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) และระดับของปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมควบคุมการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนาของผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการที่งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ( $n = 143$ )

ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม	$M$	$SD$	ระดับ
การรับรู้ภาวะสุขภาพของชุมชน	4.21	.73	สูง
แรงสนับสนุนทางสังคม	4.16	.66	สูง
การสื่อสารด้านสุขภาพในชุมชน	3.38	.79	ปานกลาง
พฤติกรรมควบคุมการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา	4.26	.56	สูง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพของชุมชน แรงสนับสนุนทางสังคม และการสื่อสารทางสุขภาพในชุมชนกับพฤติกรรมควบคุมการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนาในผู้ป่วยสูงอายุ ที่มารับบริการที่งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของชุมชนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมควบคุมการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = .71$ ) ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคม และการสื่อสารด้านสุขภาพในชุมชนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมควบคุมการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = .50, .56$ ) ตามลำดับ ดังตาราง 3

ตาราง 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ( $r$ ) ระหว่างปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม กับพฤติกรรมควบคุมการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนาในผู้ป่วยสูงอายุ ที่มารับบริการที่งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ( $n = 143$ )

ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม	$r$	ระดับ
การรับรู้ภาวะสุขภาพของชุมชน	.71**	สูง
แรงสนับสนุนทางสังคม	.50**	ปานกลาง
การสื่อสารด้านสุขภาพในชุมชน	.56**	ปานกลาง

\*\*  $p < .01$

4. ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่สามารถทำนายพฤติกรรมควบคุมการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรคปอดในผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพของชุมชนเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมควบคุมการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรคปอดได้สูงสุด ( $Beta = .64, p < .01$ ) รองลงมา ได้แก่ การสื่อสารด้านสุขภาพในชุมชน ( $Beta = .37, p < .05$ ) และแรงสนับสนุนทางสังคม ( $Beta = .26, p < .05$ ) ตามลำดับ โดยทั้ง 3 ตัวแปรสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมควบคุมการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรคปอดในผู้ป่วยสูงอายุ ได้ร้อยละ 41.7 ( $p < .05$ ) ดังตาราง 4

ตาราง 4 ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายพฤติกรรมควบคุมการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรคปอดในผู้ป่วยสูงอายุที่มาใช้บริการที่งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นต้น ( $n = 143$ )

ตัวแปรทำนาย	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
การรับรู้ภาวะสุขภาพของชุมชน	.71	.08	.64	8.34**	.000
การสื่อสารด้านสุขภาพในชุมชน	.32	.12	.37	2.53*	.027
แรงสนับสนุนทางสังคม	-.30	.13	.26	1.24*	.038

Constant = 14.176,  $R^2 = .417$ ,  $R^2_{adj} = .218$ ,  $F = 3.81$ ,  $p = .004$

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

## อภิปรายผล

1. พฤติกรรมควบคุมการแพร่กระจายไวรัสโรคปอดของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ผลการวิจัย พบว่าอยู่ในระดับสูง ( $M = 4.26, SD = .56$ ) เนื่องจาก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเข้าใจข้อจำกัดด้านสุขภาพของตนเองเกี่ยวกับความเสื่อมทั้งด้านร่างกาย และระบบภูมิคุ้มกันโรค การป้องกันโรคจึงมีความจำเป็นและสามารถลดผลกระทบต่อสุขภาพได้ดีกว่าการรักษา รวมทั้งผู้สูงอายุมีการรับรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับไวรัสโรคปอดว่า สามารถติดต่อทางระบบทางเดินหายใจจึงเกิดความตระหนัก และให้ความสำคัญในการควบคุมการแพร่กระจายไวรัสโรค ได้แก่ หลีกเลี่ยงการสัมผัสสารคัดหลั่ง การใช้ผ้าปิดปาก และจมูก อยู่ในที่มีอากาศถ่ายเท การไปตรวจคัดกรองไวรัสโรค และการจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้าน รวมทั้ง การกำจัดขยะและสิ่งปฏิกูลอย่างถูกวิธี เป็นต้น ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมและสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมควบคุมการแพร่กระจายไวรัสโรคปอดของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โดยสามารถอภิปรายผลจำแนกตามตัวแปรได้ ดังนี้

การรับรู้ภาวะสุขภาพของชุมชนของผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในระดับสูง ( $M = 4.21, SD = .73$ ) โดยการรับรู้ภาวะสุขภาพของชุมชนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมควบคุมการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรคปอดในผู้ป่วยสูงอายุสูงสุดในระดับสูง ( $r = .71$ ) สอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker

(1974) เป็นจุดเริ่มต้นการรับรู้ของบุคคล (Individual perceptions) สามารถกระตุ้นให้บุคคลมีความตระหนักต่อการป้องกันโรค และเกิดความเชื่อมั่น รวมทั้ง ส่งเสริมให้เกิดความคาดหวังต่อผลสำเร็จในการป้องกันที่ดีกว่าการรักษาโรค เมื่อสมาชิกส่วนใหญ่ในชุมชนเกิดการรับรู้ภาวะสุขภาพ ค่านิยม และความเชื่อทางสุขภาพร่วมกันจึงเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางบวกในแนวทางเดียวกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของขวัญใจ มอนโรสง, จีราภรณ์ กรรมบุตร, และวนลดา ทองใบ (2560) พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเกิดจากการรับรู้ภาวะสุขภาพร่วมกันทั้งระดับบุคคลและระดับชุมชน 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค และการรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันโรค รวมทั้งสิ่งชักนำให้เกิดโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพของชุมชน เป็นส่วนหนึ่งที่สามารถเกื้อหนุนและส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมควบคุมการแพร่กระจายโรคปอดได้

การสื่อสารทางสุขภาพในชุมชนของผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 3.38$ ,  $SD = .79$ ) โดยการสื่อสารทางสุขภาพในชุมชนมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลาง ( $r = .56$ ) ปัจจุบันการสื่อสารถือเป็นเครื่องมือที่มีส่วนสำคัญทั้งในชีวิตประจำวันและด้านสุขภาพ จากแนวคิดของ Ratzan et al. (1996) กล่าวว่า ช่องทางการสื่อสารระหว่างบุคคลมีหลายช่องทาง ได้แก่ การพูดคุย การโทรศัพท์โซเชียลมีเดีย เป็นต้น และการสื่อสารมวลชน ได้แก่ เสียงตามสาย การประชาสัมพันธ์ และการสื่อสารผ่านโซเชียลมีเดีย เป็นต้น การสื่อสารทั้ง 2 ประเภท เป็นช่องทางในการเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจ คำแนะนำ การให้กำลังใจ และการประเมินผลทั้งผลดีและผลเสียของพฤติกรรมควบคุมป้องกันโรคปอดผ่านช่องทางต่างๆ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้และปฏิบัติตาม สอดคล้องกับงานวิจัยของภมร ธรรม และประกันชัย ไกรรัตน์ (2562) พบว่า การสื่อสารสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการสื่อสารทางสุขภาพในชุมชนเป็นสิ่งสนับสนุนที่เกื้อหนุนพฤติกรรมควบคุมการแพร่กระจายโรคปอดของผู้สูงอายุ และงานวิจัยของนางพิมล นิมิตรอนันท์, ศศิธร รุจนเวช, และจุฑารัตน์ ผู้พิทักษ์กุล (2562) ศึกษาแบบการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองตามมิติวัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์ไทยทรงดำ: กรณีศึกษาชุมชนหนึ่งในจังหวัดนครปฐม พบว่า การพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ เช่น การออกแบบช่องทางการสื่อสารและสื่อพื้นบ้าน สามารถลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองและแก้ปัญหาสุขภาพอย่างยั่งยืนได้ แสดงให้เห็นว่า การสื่อสารทางสุขภาพในชุมชนมีความสัมพันธ์และเป็นส่วนหนึ่งที่เกื้อหนุนและส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมควบคุมการแพร่กระจายโรคปอดได้

แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในระดับสูง ( $M = 4.16$ ,  $SD = .66$ ) โดยแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ( $r = .50$ ) ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีของ House (1981) กล่าวว่า สิ่งสนับสนุนภายนอกบุคคลสามารถช่วยส่งเสริมให้แสดงพฤติกรรมทางบวก โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ที่มีข้อจำกัดด้านความเสื่อมของร่างกาย ศักยภาพในการดูแลตนเองลดลงจึงต้องการแรงสนับสนุนและ การช่วยเหลือเกื้อกูล การดูแลทั้งจากครอบครัวและบุคคลรอบข้างอย่างใกล้ชิด ทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และสิ่งของ รวมทั้งข้อมูลย้อนกลับจากการประเมินผลพฤติกรรมและข้อจำกัด

ที่ควรได้รับการปรับปรุงและช่วยเหลือ สอดคล้องกับงานวิจัยของวัลภา บูรณกลัศ (2560) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัวกับความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ พบว่า บุคคลในครอบครัวมีอิทธิพลสูงต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ การอาศัยอยู่ร่วมกับบุตรหลานส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง การมีผู้ดูแลส่งผลให้มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี รวมทั้ง สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้เป็นอย่างดี ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งเสริมเกื้อหนุนพฤติกรรมควบคุมการแพร่กระจายไวรัสโคโรนาของผู้สูงอายุได้

2. ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เกื้อหนุนและสามารถทำนายพฤติกรรมควบคุม การแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนาในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมควบคุมการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนาได้สูงสุด คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพของชุมชน ( $Beta = .64, p < .01$ ) รองลงมา คือ การสื่อสารด้านสุขภาพในชุมชน ( $Beta = .37, p < .05$ ) และแรงสนับสนุนทางสังคม ( $Beta = .26, p < .05$ ) โดยปัจจัยทั้ง 3 ด้าน สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมควบคุมการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนาในผู้ป่วยสูงอายุได้ ร้อยละ 41.70 สามารถอธิบายได้ว่า ทั้ง 3 ปัจจัยภายนอกบุคคลที่เป็นสิ่งส่งเสริมและเกื้อหนุนต่อพฤติกรรมควบคุมการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา โดยการรับรู้ภาวะสุขภาพของชุมชนเป็นจุดเริ่มต้นของค่านิยม และความเชื่อทางสุขภาพร่วมกันจึงเกิดพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกชุมชนในแนวทางเดียวกัน ส่วนการสื่อสารด้านสุขภาพในชุมชนเป็นเครื่องมือและช่องทางสำคัญในการเผยแพร่ความรู้ การให้กำลังใจและการประเมินผลพฤติกรรมควบคุมป้องกันไวรัสโคโรนา ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้และปฏิบัติตาม และการได้รับสนับสนุนทางสังคมทั้งด้านทรัพยากร การให้กำลังใจ การให้ข้อมูลข่าวสาร และการประเมินคุณค่า เป็นสิ่งสนับสนุนที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดกำลังใจ และช่วยลดข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดสหปัจจัย (Multiple causal assumption) ที่เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุจากปัจจัยที่หลากหลาย โดย PRECEDE-PROCEED Model ในขั้นตอนที่ 4 อธิบายว่า องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) และปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) (Green & Krueger, 2005) และดังการศึกษาของปรารณา วัชรานุกฤษ และอัจฉรา กลับกลาย (2560) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองจังหวัดสงขลา พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ปัจจัยเอื้อจากสื่อ และเพศเป็นตัวแปรที่ร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 14.8 แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมทั้ง 3 ปัจจัย สามารถเกื้อหนุนและทำนายพฤติกรรมควบคุมป้องกันไวรัสโคโรนาสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับบริการ ในโรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ได้

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพของชุมชนที่เหมาะสม จัดช่องทางสื่อสารทางสุขภาพระดับบุคคลและให้ผู้นำชุมชนมีส่วน

ร่วมในการสื่อสารประชาสัมพันธ์ทางสุขภาพ รวมทั้งการสร้างกลุ่มจิตอาสาดูแล เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมควบคุมการแพร่กระจายไวรัสโรคปอดในผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรวิจัยและพัฒนาแนวปฏิบัติการควบคุมการแพร่กระจายไวรัสโรคปอดในผู้สูงอายุ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการเสริมสร้างพฤติกรรมควบคุมการแพร่กระจายไวรัสโรคปอดในผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทและสถานการณ์ปัจจุบัน

### เอกสารอ้างอิง

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2561*. สืบค้นจาก [http://www.bps.moph.go.th/new\\_bps/sites/default/files/statistic%2061](http://www.bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic%2061).
- ขวัญใจ มอนโรสง, จีราภรณ์ กรรมบุตร, และวนลดา ทองใบ. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วย วัณโรคปอดที่พักรักษาในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(18), 306-314.
- เฉวตสรร นามวาท, สุธาสินี คำหลวง, นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร, ยงเจือ เหล่าศิริถาวร, ศศิธันว์ มาแอกเคียน, วิธัญญา ปิณฑะดิษ, และอรพรรณ โพธิ์หัง. (2560). *ความคุ้มค่าการลงทุนเพื่อยุติปัญหาวัณโรคในประเทศไทย: การวิเคราะห์ต้นทุน-ผลได้* (รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์). นนทบุรี: สำนักงานบริหารโครงการกองทุนโลก กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นจาก <https://www.hitap.net/wpcontent/uploads/2018>.
- นงพิมพ์ นิमितอนันท์, ศศิธร รุจนเวช, และจุฑารัตน์ ผู้พิทักษ์กุล. (2562). รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง ตามมิติวัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์ไทยทรงดำ: กรณีศึกษาชุมชนหนึ่งในจังหวัดนครปฐม. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 27(2), 80-92.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2556). *วิธีการทางสถิติสำหรับการวิจัย เล่ม 1* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- ปรารธนา วัชรานุรักษ์, และอัจฉรา กลีบกลาย. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองจังหวัดสงขลา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(1), 217-233.
- ภมร ตรุณ, และประกนชัย ไกรรัตน์. (2562). ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ. *วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 15(3), 71-82.
- วัลภา บุรณกลีศ. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัวกับความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่ง เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 9(2), 25-33.
- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. (2560). *แผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ.2560-2564*. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์.

- 
- Becker, M. H. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs, 2*(4), 354-385.
- Cohen, S., & Syme, S. L. (1985). *Social support and health*. Orlando, FL: Academic Press.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G\*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods, 41*(4), 1149-1160.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach*. New York: Quebecor World Fairfield.
- Hinkle, D. E. (1998). *Applied statistics for the behavior sciences* (4<sup>th</sup> ed.). New York: Houghton Mifflin.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Boston: Addison-Wesley.
- Ratzan, S. C., Payne, J. G., & Bishop, C. (1996). The status and scope of health communication. *Journal of Health Communication, 1*(1), 25-41.

## บทความวิจัย (Research article)

### ความรอบรู้สุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และภาวะโภชนาการ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ในเขตเทศบาลตำบลโนนสูง จังหวัดอุดรธานี Health Literacy, Health Behaviors, and Nutritional Status among Upper Primary School Students, Nonsung Subdistrict, Udonthani Province

ยุพารณ์ ตีรไพวงศ์<sup>1\*</sup>, รัตติกกร เหมือนนาตอน<sup>1</sup>, ชัญญาวีร์ ไชยวงศ์<sup>1</sup>, วาสนา ขอนยาง<sup>1</sup>, อรณิด นิคม<sup>2</sup>

Yupaporn Tirapaiwong<sup>1\*</sup>, Rattikorn Mueannadon<sup>1</sup>, Chanyawee Chaiwong<sup>1</sup>,

Wasana Khonyang<sup>1</sup>, Orranid Nikom<sup>2</sup>

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: ypongsing@gmail.com, โทรศัพท์ 083-7581581)

(Received: October 25, 2020; Revised: November 5, 2020; Accepted: December 21, 2020)

#### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้สุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนแห่งหนึ่งในเทศบาลตำบลโนนสูง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 148 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .73 และ.78 ตามลำดับ และแบบประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้กราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย พบว่า นักเรียนมีคะแนนความรอบรู้สุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ไม่ดีพอและดีมาก ร้อยละ 56.76, 41.89, และ 1.35 ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า มี 4 ด้านอยู่ในระดับไม่ถูกต้องหรือไม่ดีพอ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการดูแลสุขภาพตนเอง และการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง ร้อยละ 47.30, 62.16, 66.22 และ 58.11 ตามลำดับ มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดีพอพอใช้ได้และดีมาก ร้อยละ 74.32, 25.00 และ 0.68 ตามลำดับ และมีภาวะโภชนาการสูงดีสมส่วน ค่อนข้างผอม เริ่มอ้วน ทั่ว อ้วนและผอม ร้อยละ 66.89, 10.14, 7.43, 6.08, 4.73 และ 4.73 ตามลำดับ

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า ควรส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และภาวะโภชนาการในกลุ่มนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี

Nursing instructor, Senior Professional level, Boromarajonani College of Nursing, Udonthani

<sup>2</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี

Nursing instructor, Professional level, Boromarajonani College of Nursing, Udonthani

**คำสำคัญ:** นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย, ความรอบรู้สุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, ภาวะโภชนาการ

## Abstract

The objective of this survey was to investigate health literacy, health behaviors, and nutritional status among upper primary school students. The participants of this study were 148 students in 4<sup>th</sup>-6<sup>th</sup> Grade at the school in Nonsung subdistrict, Udonthani province. The research instruments consisted of health literacy and health behaviors questionnaires and a nutritional assessment form by growth chart for children. The Cronbach's alpha values of questionnaires were .73 and .78, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results showed that students had the scores of health literacy at a moderate level, a not-appropriate level, and an excellent level (56.76, 41.89, and 1.35 percent, respectively). When considering each domain, 4 aspects of health literacy including cognitive, access, communication skills and self-management were at a low level (47.30, 62.16, 66.22, and 58.12 percent, respectively). Health behaviors scores were at not appropriate, moderate, and excellent levels (74.32, 25.00, 0.68 percent, respectively). The nutritional status levels were at normal range, underweight, possible risk of overweight, overweight, and severely underweight (66.89, 10.14, 7.43, 6.08, 4.73, and 4.73 percent, respectively).

The results suggest that health literacy, health behaviors, and nutritional status should be promoted for upper primary school children.

**Keywords:** Upper primary school students, Health literacy, Health behavior, Nutritional status

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ปัญหาด้านสุขภาพส่วนใหญ่มีเกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non Communicable Diseases: NCDs) ซึ่งเป็นปัญหาอันดับหนึ่งของโลกและประเทศไทยทั้งในมิติของจำนวนผู้เสียชีวิต การสูญเสียทางด้านสุขภาพและภาระโรคโดยรวม สำหรับในประเทศไทยภาระโรคซึ่งเกิดจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง เป็นต้น ซึ่งมีสาเหตุสำคัญจากพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง โดยประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและป่วยด้วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560) เช่นเดียวกับในจังหวัดอุดรธานี ในปี พ.ศ. 2561 พบอุบัติการณ์การเจ็บป่วยด้วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น อัตราผู้ป่วยในที่ป่วยด้วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน

โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อประชากร 100,000 คน เท่ากับ 1,738.21, 2,048.53, 454.76, 426.19 และ 312.40 ตามลำดับ (สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

การมีโภชนาการที่ดีตั้งแต่วัยเด็กเป็นรากฐานสำคัญของการมีสุขภาพที่ดีและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะเด็กวัยเรียนเนื่องจากเด็กวัยนี้ มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วและเริ่มมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น แต่สถานการณ์ปัจจุบันพบว่า เด็กวัยเรียนอายุ 6-14 ปี มีภาวะโภชนาการสูงตีสมส่วน ผอม เริ่มอ้วนและอ้วน และเตี้ย ร้อยละ 65.1, 5.0, 11.2 และ 5.1 ตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) และมีแนวโน้มอ้วนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วภายใน 5 ปี ซึ่งเด็กอ้วนมีโอกาสที่จะเติบโตไปเป็นผู้ใหญ่อ้วน ร้อยละ 25 อีกทั้งยังนำไปสู่การเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557) ดังการศึกษาของสาริษฐา สมทรัพย์ (2561) เกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพในการจัดการภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 พบว่า เด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนมีความรอบรู้ทางสุขภาพในการจัดการภาวะน้ำหนักเกิน และภาวะอ้วนระดับกลาง รวมทั้งเด็กที่มีภาวะอ้วนมีความรับรู้และตระหนักว่าตัวเองอ้วนมากกว่าเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เขตสุขภาพที่ 8 ประกอบด้วยพื้นที่ในจังหวัดอุดรธานี เลย หนองบัวลำภู หนองคาย สกลนคร บึงกาฬ และนครพนม ข้อมูลทางสถิติเด็กวัยเรียน (อายุ 6-14 ปี) ในปี พ.ศ. 2560-2562 พบว่า มีภาวะสูงตีสมส่วน ร้อยละ 65.95, 66.01 และ 60.61 ตามลำดับ ซึ่งไม่มีความคงที่และมีแนวโน้มลดลง นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. 2562 มีรายงานเด็กวัยเรียนมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 11.98 มีภาวะเตี้ย ร้อยละ 11.46 มีภาวะผอม ร้อยละ 5.75 (สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

การส่งเสริมให้เด็กมีการเจริญเติบโตอย่างเต็มศักยภาพ และป้องกันปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ จำเป็นต้องให้เด็กมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องของการดูแลสุขภาพตนเองตั้งแต่วัยเรียน การที่เด็กวัยเรียนจะมีการเจริญเติบโตที่ดีมีความเกี่ยวข้องกับความรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) ซึ่งเป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคม ที่จะช่วยให้เด็กเกิดแรงจูงใจ ในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพให้ดีอยู่เสมอ ซึ่งความรู้ทางสุขภาพคือความสามารถและทักษะของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูลทางด้านสุขภาพ มีความรู้ความเข้าใจในข้อมูล สามารถวิเคราะห์และเลือกใช้ข้อมูลเพื่อพิจารณานำไปปฏิบัติตัวในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้มีภาวะสุขภาพที่ดี รวมทั้ง สามารถนำข้อมูลด้านสุขภาพไปเผยแพร่ให้แก่บุคคลอื่นได้ (ชินตา เตชะวิจิตรจารุ, 2561; Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern, & Crotty, 2011) ซึ่งกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขจำแนกความรู้ทางสุขภาพออกเป็น 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) ความรู้ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) และให้ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มนักเรียนตาม 6 องค์ประกอบนี้ว่า นักเรียนมีความสามารถและทักษะในการ

เข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีความรู้ความเข้าใจ กล้าซักถาม ตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพื่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชนนำไปปฏิบัติตามเพื่อการมีสุขภาพที่ดี รวมทั้งให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง หมายถึง นักเรียนมีการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลสุขภาพตามหลัก 4 อ. ได้แก่ พฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคล การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) จากรายงานการเฝ้าระวังและติดตามภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียนตามหลัก 3 อ (อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์) อยู่ในระดับที่ไม่ดีพอและส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ก่อให้เกิดปัญหาภาวะโภชนาการเกิน ทำให้เด็กมีการบริโภคอาหารที่ไม่ได้สัดส่วนและไม่ได้ปริมาณที่เหมาะสมตามวัย (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557) และมีความรู้เกี่ยวกับโภชนาการโดยรวมและความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง ฉลากโภชนาการอยู่ในระดับพอใช้ (อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์ และคณะ, 2563)

เทศบาลตำบลโนนสูง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี เป็นชุมชนกึ่งเมืองและอยู่ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 ผลการสำรวจพบว่า เด็กวัยเรียนอายุ 6-14 ปี มีแนวโน้ม ผอมและเตี้ยเพิ่มมากขึ้นสอดคล้องกับในภาพรวมของเขตสุขภาพที่ 8 ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย เช่น ผู้เลี้ยงดูและเพื่อนที่มีบทบาทสำคัญต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียน (นุชจรินทร์ สุทธิวิโรตมะกุล, 2561) ช่วงวัยของเด็กที่จะหว่านเล่นกับเพื่อนจนละเลยการรับประทานอาหารตามเวลา และสังคมและวัฒนธรรมที่เปลี่ยนไปซึ่งมักพบว่าเด็กวัยเรียนในชนบทมักจะมีปัญหาภาวะทุพโภชนาการและปัญหาขาดสารอาหาร ในขณะที่เด็กเขตเมืองมักมีปัญหาภาวะโภชนาการเกินมากกว่า (อนาวิน ภัทรภาคินวรกุล, 2563) จากประเด็นข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3 อ และภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายโรงเรียนในเขตเทศบาลโนนสูง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ซึ่งเป็นช่วงวัยที่เริ่มมีความอิสระในการเลือกปฏิบัติและดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น เพื่อนำไปเป็นข้อมูลในการวางแผนเพื่อพัฒนาแนวทางการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการที่เหมาะสมตามบริบท สังคม และวัฒนธรรมของพื้นที่ต่อไป

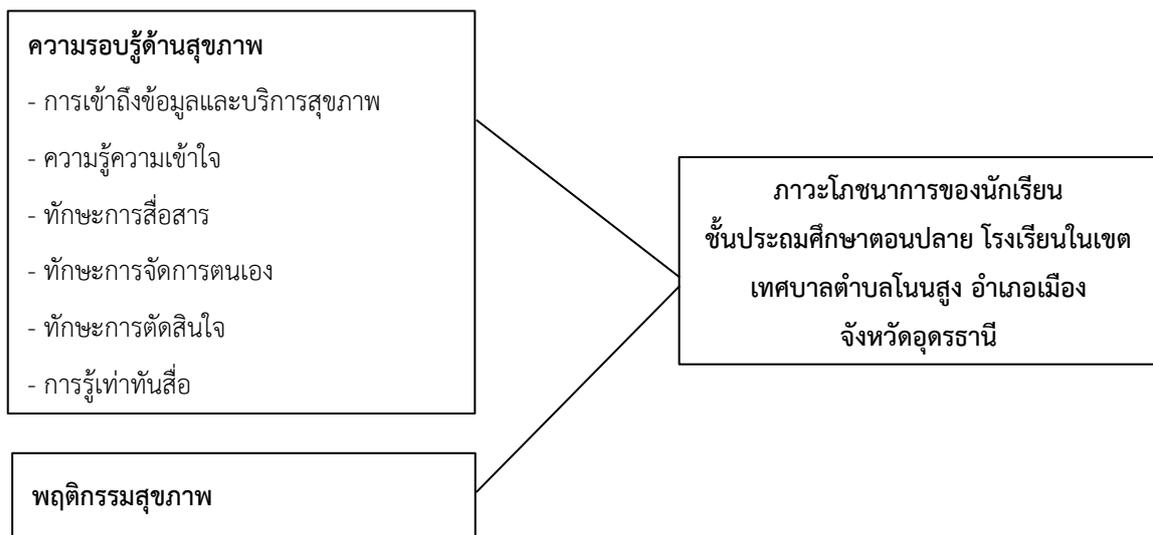
### วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา

- 1.ระดับความรอบรู้สุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนในเขตเทศบาลตำบลโนนสูง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี
2. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำแนกตามภาวะโภชนาการตามการประเมินน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนในเขตเทศบาลตำบลโนนสูง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

3. ระดับพฤติกรรมสุขภาพ จำแนกตามภาวะโภชนาการตามการประเมินน้ำหนักตามเกณฑ์ ส่วนสูงของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนในเขตเทศบาลตำบลโนนสูง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ ใช้กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2562) 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ สำหรับเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลายจากกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2558) จำแนกตามภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนในเขตเทศบาลตำบลโนนสูง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ 1



ภาพ กรอบแนวคิดในการวิจัย

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey study) มีวิธีดำเนินการวิจัย รายละเอียด ดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่กำลังศึกษาในภาคเรียนที่ 2 ปี การศึกษา 2562 จากโรงเรียนในเขตเทศบาลตำบลโนนสูง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 4 แห่ง รวมทั้งสิ้น 396 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ของโรงเรียนในเขตเทศบาลตำบลโนนสูง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ Thorndike (อ้างถึงใน บุญใจ

ศรีสถิตนรากร, 2553) คือ  $n = 10k + 50$  โดยที่  $n$  หมายถึง ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง  $k$  หมายถึง จำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ใช้ในการศึกษา เท่ากับ 6 ตัวแปร ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 130 คน และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15 เพื่อชดเชยการสูญหายของข้อมูล รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 150 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างจากการจับฉลาก 1 โรงเรียน จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบโควตาได้ตัวแทนนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4, 5 และ 6 จำนวน 52, 51 และ 47 คน ตามลำดับ

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา น้ำหนัก และส่วนสูง ซึ่งเป็นแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพ ตามหลัก 3 อ (อาหาร ออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย และอารมณ์) สำหรับเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย จากกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2558) จำนวน 34 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่

- ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ จำนวน 11 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน โดยมีคะแนนรวม 11 คะแนน และกำหนดเกณฑ์ในการแบ่งระดับของความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับไม่ถูกต้อง (น้อยกว่า 7 คะแนน) ถูกต้องบ้าง (7 - 8 คะแนน) และถูกต้องที่สุด (มากกว่า 8 คะแนน)

- ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ เป็นมาตรฐานค่า 3 ระดับ ดังนี้ ทำเป็นประจำ/บ่อยครั้ง ให้ 2 คะแนน ทำบ้างบางครั้ง ให้ 1 คะแนน และแทบไม่ทำเลย ให้ 0 คะแนน โดยมีคะแนนรวม 10 คะแนน และกำหนดเกณฑ์ในการแบ่งระดับของการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับไม่ดีพอ (น้อยกว่า 6 คะแนน) ระดับพอใช้ได้ (6 - 7 คะแนน) และระดับดีมาก (มากกว่า 7 คะแนน)

- ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการดูแลสุขภาพตนเอง จำนวน 5 ข้อ เป็นมาตรฐานค่า 3 ระดับ ดังนี้ ทำเป็นประจำ ให้ 2 คะแนน ทำบ้างบางครั้ง ให้ 1 คะแนน และแทบไม่ทำเลย ให้ 0 คะแนน โดยมีคะแนนรวม 10 คะแนน และกำหนดเกณฑ์ในการแบ่งระดับของการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการดูแลสุขภาพตนเอง ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับไม่ดีพอ (น้อยกว่า 6 คะแนน) ระดับพอใช้ได้ (6 - 7 คะแนน) และระดับดีมาก (มากกว่า 7 คะแนน)

- ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง จำนวน 3 ข้อ เป็นมาตรฐานค่า 3 ระดับ ดังนี้ ทำเป็นประจำ ให้ 2 คะแนน ทำบ้างบางครั้ง ให้ 1 คะแนน และแทบไม่ทำเลย ให้ 0 คะแนน โดยมีคะแนนรวม 10 คะแนน และกำหนดเกณฑ์ในการแบ่งระดับของการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับไม่ดีพอ (น้อยกว่า 4 คะแนน) ระดับพอใช้ได้ (4 คะแนน) และระดับดีมาก (มากกว่า 4 คะแนน)

- ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ จำนวน 4 ข้อ เป็นมาตรฐานค่า 4 ระดับ ดังนี้ 1 คะแนน หมายถึง การตอบตัวเลือกที่มีระดับการรู้ 2 คะแนน หมายถึง การตอบตัวเลือกที่มีระดับการเข้าใจได้ 3 คะแนน หมายถึง การตอบตัวเลือกที่มีระดับการวิเคราะห์ได้ และ 4 คะแนน

หมายถึง การตอบตัวเลือกที่มีระดับการประเมินได้ โดยมีคะแนนรวม 16 คะแนน และกำหนดเกณฑ์ในการแบ่งระดับของการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับไม่ดีพอ (น้อยกว่า 10 คะแนน) ระดับพอใช้ได้ (10 - 12 คะแนน) และระดับดีมาก (มากกว่า 12 คะแนน)

- ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง จำนวน 6 ข้อ เป็นมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้ 1 คะแนน หมายถึง ระดับการใช้ความรู้ ความเข้าใจที่มีอยู่ 2 คะแนน หมายถึง ระดับการใช้ความรู้ ความเข้าใจที่มีอยู่โดยเปรียบเทียบข้อดี-ข้อเสีย 3 คะแนน หมายถึง ระดับการใช้ความรู้ ความเข้าใจที่มีอยู่ร่วมกับทักษะการปฏิเสธเพื่อประโยชน์ของตนเอง และ 4 คะแนน หมายถึง ระดับการใช้ความรู้ ความเข้าใจที่มีอยู่ร่วมกับทักษะการเจรจาต่อรองเพื่อรักษาสัมพันธภาพกับผู้อื่น โดยมีคะแนนรวม 24 คะแนน และกำหนดเกณฑ์ในการแบ่งระดับของการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับไม่ดีพอ (น้อยกว่า 24 คะแนน) ระดับพอใช้ได้ (24 - 31 คะแนน) และระดับดีมาก (มากกว่า 31 คะแนน)

ทั้งนี้ กำหนดเกณฑ์มาตรฐานในการจำแนกระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในภาพรวมทั้ง 6 ด้าน จำนวน 34 ข้อ โดยมีคะแนนรวม 77 คะแนน ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับไม่ดีพอ (น้อยกว่า 47 คะแนน) หมายถึง มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไม่เพียงพอต่อการดูแลสุขภาพ 3 อ. เพื่อเป็นวิถีชีวิตสุขภาพ

ระดับพอใช้ได้ (47 - 61 คะแนน) หมายถึง มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่เพียงพอและอาจปฏิบัติตนการดูแลสุขภาพ 3 อ. เพื่อเป็นวิถีชีวิตสุขภาพได้ถูกต้องบ้าง

ระดับดีมาก (มากกว่า 61 คะแนน) หมายถึง มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ มากเพียงพอและอาจปฏิบัติตนการดูแลสุขภาพ 3 อ. ได้ถูกต้องและยังยืนยันเป็นวิถีชีวิตสุขภาพ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยนำมาจากแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ สำหรับเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลายจากกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2558) จำนวน 13 ข้อ เป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ 0 คะแนน หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติ 1 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติ 1-2 วันต่อสัปดาห์ 2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติ 3 วันต่อสัปดาห์ 3 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติ 4-5 วันต่อสัปดาห์ และ 4 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติ 6-7 วันต่อสัปดาห์ โดยมีคะแนนรวม 52 คะแนน และกำหนดเกณฑ์ในการแบ่งระดับของพฤติกรรมสุขภาพ ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับไม่ดีพอ (น้อยกว่า 32 คะแนน) ระดับพอใช้ได้ (32-41 คะแนน) และระดับดีมาก (มากกว่า 41 คะแนน)

ส่วนที่ 4 กราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงของเพศชาย และหญิง อายุ 5-18 ปี ของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2557) เพื่อใช้ประเมินภาวะโภชนาการโดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เก็บข้อมูลเพศของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำบันทึกลงในกราฟใช้น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงอ้างอิงการเจริญเติบโตจำแนกตามเพศชายและหญิง โดยสามารถแปลผลแสดงเกณฑ์ จำแนกออกเป็น 6 กลุ่ม ได้แก่ ผอม ค่อนข้างผอม สมส่วน ค่อนข้างท้วม ท้วม และอ้วน

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย ไปทดลองใช้กับนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .73 และ .78 ตามลำดับ

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยในเดือนมกราคม พ.ศ. 2563

1) ทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงเรียนในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นประสานงานครูประจำชั้นเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งการทำหน้าที่เป็นผู้ทำการขออาสาสมัครและการแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

2) ครูประจำชั้นพบนักเรียนเพื่อชี้แจงเกี่ยวกับโครงการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ วิธีการให้ข้อมูลวิจัย และการถอนตัวจากงานวิจัย

3) นักเรียนที่เป็นอาสาสมัครการวิจัย จะได้รับเอกสารชี้แจงและใบยินยอมให้ผู้ปกครองตอบรับในการอนุญาตเข้าร่วมการวิจัย

4) ผู้วิจัยนัดหมายนักเรียนที่ผู้ปกครองลงนามอนุญาตให้เข้าร่วมในโครงการวิจัย เพื่อทำการตอบแบบสอบถามการวิจัยในชั้นเรียน และให้ข้อมูลหากนักเรียนมีข้อสงสัยในระหว่างการทำแบบสอบถาม โดยใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 60 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงของกลุ่มตัวอย่าง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ความรอบรู้ทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียน และภาวะโภชนาการจากกราฟใช้น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่ และร้อยละ ได้รับข้อมูลครบถ้วนจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 148 คน คิดเป็นร้อยละ 98.67

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี รหัส IRB.BCNU 411/031 ลงวันที่ 6 มกราคม พ.ศ.2563 การเข้าร่วมการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างเป็นการลงนามด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการประเมินผลการเรียนทั้งในปัจจุบันและอนาคต ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ มีการสรุปนำเสนอข้อมูลวิจัยในภาพรวม และเอกสารของกลุ่มตัวอย่างจะถูกทำลายเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง เป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ในเขตเทศบาลตำบลโนนสูง จังหวัดอุตรธานี ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 52 คน (ร้อยละ 35.1) รองลงมาเป็นนักเรียน

ประถมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 51 คน (ร้อยละ 34.5) และประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 45 คน (ร้อยละ 30.4) ส่วนใหญ่เป็นเด็กเพศชายจำนวน 78 คน (ร้อยละ 52.7) อายุโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 11 ปี ( $S.D = .94$ ) น้ำหนักเฉลี่ย 39.57 กิโลกรัม ( $S.D = 11.13$ ) และส่วนสูงเฉลี่ย 145.54 เซนติเมตร ( $S.D = 9.16$ )

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ในเขตเทศบาลตำบลโนนสูง จังหวัดอุดรธานี ผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมทั้ง 6 ด้านพบว่า นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4- 6 มีระดับความรอบรู้โดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ได้มากที่สุด (ร้อยละ 56.76) และรองลงมาอยู่ในระดับไม่ดีพอ (ร้อยละ 41.89) เมื่อพิจารณาแยกตามระดับชั้น พบว่า นักเรียนทุกระดับชั้นในประถมศึกษาปีที่ 4, 5 และ 6 มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพพอใช้ได้ (ร้อยละ 18.92, 20.95 และ 16.89 ตามลำดับ) และในระดับไม่ดีพอ (ร้อยละ 15.54, 13.51 และ 12.84 ตามลำดับ)

เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4- 6 มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน อยู่ในระดับไม่ถูกต้องหรือไม่ดีพอ จำนวน 4 ด้าน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการดูแลสุขภาพตนเอง และการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง (ร้อยละ 47.30, 62.16, 66.22 และ 58.11 ตามลำดับ) และมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน อยู่ในระดับพอใช้ได้ จำนวน 2 ด้าน ได้แก่ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (ร้อยละ 49.32 และ 56.76 ตามลำดับ) ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ในเขตเทศบาลตำบลโนนสูง จังหวัดอุดรธานี จำแนกตามระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ ระดับชั้นและโดยรวม (n = 148 คน)

ด้าน	ประถมศึกษาปีที่ 4 (n = 52)	ประถมศึกษาปีที่ 5 (n = 51)	ประถมศึกษาปีที่ 6 (n = 45)	รวม
<b>ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ</b>				
ไม่ถูกต้อง	26 (17.57)	24 (16.22)	20 (13.51)	70 (47.30)
ถูกต้องบ้าง	23 (15.54)	24 (16.22)	20 (13.51)	67 (45.27)
ถูกต้องที่สุด	3 (2.03)	3 (2.03)	5 (3.38)	11 (7.43)
<b>การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ</b>				
ไม่ดีพอ	31 (20.95)	33 (22.30)	28 (18.92)	92 (62.16)
พอใช้ได้	16 (10.81)	18 (12.16)	14 (9.46)	48 (32.43)
ดีมาก	5 (3.38)	0	3 (2.03)	8 (5.41)
<b>การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการดูแลสุขภาพตนเอง</b>				
ไม่ดีพอ	33 (22.30)	34 (22.97)	31 (20.95)	98 (66.22)
พอใช้ได้	17 (11.49)	16 (10.81)	12 (8.11)	45 (30.41)
ดีมาก	2 (1.35)	1 (0.68)	2 (1.35)	5 (3.38)

ตาราง 1 (ต่อ)

ด้าน	ประถมศึกษาปีที่ 4 (n = 52)	ประถมศึกษาปีที่ 5 (n = 51)	ประถมศึกษาปีที่ 6 (n = 45)	รวม
<b>การจัดการเงินไขทางสุขภาพของตนเอง</b>				
ไม่ดีพอ	26 (17.57)	34 (22.97)	26 (17.57)	86 (58.11)
พอใช้ได้	10 (6.76)	12 (8.11)	5 (3.38)	27 (18.24)
ดีมาก	16 (10.81)	5 (3.38)	14 (9.46)	35 (23.65)
<b>การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ</b>				
ไม่ดีพอ	15 (10.14)	18 (12.16)	11 (7.43)	44 (29.73)
พอใช้ได้	25 (16.89)	24 (16.22)	24 (16.22)	73 (49.32)
ดีมาก	12 (8.11)	9 (6.08)	10 (6.76)	31 (20.95)
<b>การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง</b>				
ไม่ดีพอ	15 (10.14)	12 (8.11)	12 (8.11)	39 (26.35)
พอใช้ได้	31 (20.95)	29 (19.59)	24 (16.22)	84 (56.76)
ดีมาก	6 (4.05)	10 (6.76)	9 (6.08)	25 (16.89)
<b>ความรอบรู้สุขภาพโดยรวม</b>				
ไม่ดีพอ	23 (15.54)	20 (13.51)	19 (12.84)	62 (41.89)
พอใช้ได้	28 (18.92)	31 (20.95)	25 (16.89)	84 (56.76)
ดีมาก	1 (0.68)	0	1 (0.68)	2 (1.35)

3. พฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ในเขตเทศบาลตำบลโนนสูง จังหวัดอุดรธานี พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดีพอ มากที่สุด (ร้อยละ 74.32) รองลงมาคือ ระดับพอใช้ได้ (ร้อยละ 25.00) และน้อยที่สุดคือระดับดีมาก (ร้อยละ 0.68) เมื่อพิจารณาแยกตามระดับชั้นพบว่า นักเรียนทุกระดับชั้นในประถมศึกษาปีที่ 4, 5 และ 6 มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับไม่ดีพอมากที่สุด (ร้อยละ 22.97, 29.73 และ 21.62 ตามลำดับ) รองลงมาคือระดับพอใช้ได้ (ร้อยละ 12.16, 4.73 และ 8.11 ตามลำดับ) และน้อยที่สุดคือระดับดีมาก พบเพียงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 (ร้อยละ 0.68) ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน และร้อยละของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ในเขตเทศบาลตำบลโนนสูง จังหวัดอุดรธานี จำแนกตามระดับพฤติกรรมสุขภาพ ระดับชั้น และโดยรวม (n = 148 คน)

ระดับพฤติกรรมสุขภาพ	ประถมศึกษาปีที่ 4 (n = 52)	ประถมศึกษาปีที่ 5 (n = 51)	ประถมศึกษาปีที่ 6 (n = 45)	รวม
ไม่ดีพอ	34 (22.97)	44 (29.73)	32 (21.62)	110 (74.32)
พอใช้ได้	18 (12.16)	7 (4.73)	12 (8.11)	37 (25.00)
ดีมาก	0	0	1 (0.68)	1 (0.68)

4. การประเมินภาวะโภชนาการ โดยการวิเคราะห์การเจริญเติบโตโดยใช้น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ในเขตเทศบาลตำบลโนนสูง จังหวัดอุดรธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างโดยรวมมีการเจริญเติบโตโดยใช้น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงอยู่ในระดับสมส่วนมากที่สุด (ร้อยละ 66.89) รองลงมาคือระดับค่อนข้างผอม เริ่มอ้วน และท้วม (ร้อยละ 10.14, 7.43, และ 6.08 ตามลำดับ) และน้อยที่สุดคะแนนเท่ากันคือ ระดับผอมและอ้วน (ร้อยละ 4.73) เมื่อพิจารณาแยกตามระดับชั้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกระดับชั้น มีการเจริญเติบโตอยู่ในระดับสมส่วนมากที่สุด คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อยู่ในระดับสมส่วนมากที่สุด (ร้อยละ 25.68) รองลงมาคือระดับเริ่มอ้วน (ร้อยละ 3.38) นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสมส่วนมากที่สุด (ร้อยละ 19.56) รองลงมาคือระดับท้วม (ร้อยละ 4.73) และในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อยู่ในระดับสมส่วนมากที่สุด (ร้อยละ 21.62) รองลงมาคือระดับค่อนข้างผอม (ร้อยละ 10.14) ดังตาราง 3

ตาราง 3 จำนวน และร้อยละของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ในเขตเทศบาลตำบลโนนสูง จังหวัดอุดรธานี จำแนกตามผลการประเมินน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง ระดับชั้นและโดยรวม (n = 148 คน)

ผลการประเมิน	ประถมศึกษาปีที่ 4 (n = 52)	ประถมศึกษาปีที่ 5 (n = 51)	ประถมศึกษาปีที่ 6 (n = 45)	รวม
ผอม	3 (2.03)	4 (2.70)	0	7 (4.73)
ค่อนข้างผอม	2 (1.35)	5 (3.38)	8 (5.41)	15 (10.14)
สมส่วน	38 (25.68)	29 (19.59)	32 (21.62)	99 (66.89)
ท้วม	2 (1.35)	7 (4.73)	0	9 (6.08)
เริ่มอ้วน	5 (3.38)	4 (2.70)	2 (1.35)	11 (7.43)
อ้วน	2 (1.35)	2 (1.35)	3 (2.03)	7 (4.73)

5. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำแนกตามภาวะโภชนาการตามการประเมินน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ได้มากที่สุด (ร้อยละ 56.76) รองลงมาอยู่ในระดับไม่ดีพอ (ร้อยละ 41.89) เมื่อพิจารณาแยกตามตามระดับการประเมินน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะสมส่วน ค่อนข้างผอม และเริ่มอ้วนมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ได้มากที่สุด (ร้อยละ 37.16, 7.43 และ 4.73 ตามลำดับ) รองลงมาคือกลุ่มเด็กที่มีภาวะสมส่วนมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมไม่ดีพอ (ร้อยละ 29.05) ดังตาราง 4

ตาราง 4 จำนวน และร้อยละของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย จำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขภาพและระดับของการประเมินน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (n = 148 คน)

ระดับความรู้ด้านสุขภาพ	การประเมินน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง						
	ผอม	ค่อนข้างผอม	สมส่วน	ท้วม	เริ่มอ้วน	อ้วน	รวม
ไม่ดีพอ	4(2.70)	3 (2.03)	43 (29.05)	4 (2.70)	4 (2.70)	4 (2.70)	62 (41.89)
พอใช้ได้	3 (2.03)	11 (7.43)	55 (37.16)	5 (3.38)	7 (4.73)	3 (2.03)	84 (56.76)
ดีมาก	0	1 (0.68)	1 (0.68)	0	0	0	2 (1.35)

6. ระดับพฤติกรรมสุขภาพ จำแนกตามภาวะโภชนาการตามการประเมินน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่โดยรวมอยู่ในระดับไม่ดีพอมากที่สุด (ร้อยละ 74.32) รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ได้ (ร้อยละ 25.00) เมื่อพิจารณาแยกตามระดับการประเมินน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะสมส่วน ค่อนข้างผอม และเริ่มอ้วน มีระดับพฤติกรรมสุขภาพไม่ดีพอมากที่สุด (ร้อยละ 46.62, 7.43 และ 6.76 ตามลำดับ) รองลงมาคือกลุ่มเด็กสมส่วน ค่อนข้างผอม และท้วมมีระดับพฤติกรรมสุขภาพพอใช้ได้ (ร้อยละ 20.27, 2.03 และ 1.35 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 5

ตาราง 5 จำนวนร้อยละของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายจำแนกตามระดับพฤติกรรมสุขภาพและระดับการประเมินน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (n = 148 คน)

ระดับพฤติกรรมสุขภาพ	การประเมินน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง						
	ผอม	ค่อนข้างผอม	สมส่วน	ท้วม	เริ่มอ้วน	อ้วน	รวม
ไม่ดีพอ	6 (4.05)	11 (7.43)	69 (46.62)	7 (4.73)	10 (6.76)	7 (7.48)	110 (74.32)
พอใช้ได้	1 (0.68)	3 (2.03)	30 (20.27)	2 (1.35)	1 (0.68)	0	37 (25.00)
ดีมาก	0	1 (0.68)	0	0	0	0	1 (0.68)

## อภิปรายผล

ความรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนในเขตเทศบาลตำบลโนนสูง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ส่วนใหญ่อยู่ระดับพอใช้ หมายถึงมีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจปฏิบัติตนการดูแลสุขภาพ 3 อ. เพื่อเป็นวิถีชีวิตสุขภาพได้ถูกต้องบ้าง สอดคล้องกับการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา (วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนา, จุภาพร ภิรมย์ไกรภักดิ์, และวิจิตรา นวนันทวงศ์, 2562) และระดับความรู้ด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียนอายุ 9-14 ปี ซึ่งอยู่ในระดับพอใช้ได้ (นุชจรินทร์ สุทธิโรตมะกุล, 2561) อาจอธิบายได้ว่า เป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยเรียนที่เริ่มมีความคิดเป็นของตนเอง มีความสามารถในการคิดและอธิบายเหตุผลในสิ่งต่างๆ มากขึ้น แต่ยังมีข้อจำกัดในการอ่านเอกสาร หรือทำ

ความเข้าใจกับสื่อที่แนะนำด้านสุขภาพ (โสธยา ชัชวาลานนท์, ศิริรัตน์ อุฬารตินนท์, สุชาติพิทย์ เอ็มเปรมศิลป์, และวินัดดา ปิยะศิลป์, 2560) เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นรายด้านพบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพอยู่ในระดับไม่ถูกต้อง ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับไม่ดีพออาจเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยเรียนอายุ 9-12 ปี และมีอายุเฉลี่ย 11 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่เริ่มมีความเข้าใจทางสุขภาพในเรื่องอาหารและการออกกำลังกายจากการได้รับข้อมูลจากบุคคลใกล้ชิดหรือสื่อต่างๆ แต่ยังไม่เข้าใจในการจัดการความเครียดซึ่งเห็นได้จากเมื่อพิจารณาคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกองค์ประกอบพบว่า คะแนนของความรอบรู้สุขภาพด้านการจัดการความเครียดมีคะแนนต่ำกว่าด้านอาหารและการออกกำลังกาย นอกจากนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีทักษะการสืบค้นข้อมูลด้านสุขภาพน้อยและโรงเรียนยังไม่มีนโยบายอย่างเป็นทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการสร้างความตระหนักในเรื่องการดูแลสุขภาพและแหล่งความรู้หรือแหล่งบริการในการให้ความรู้ด้านสุขภาพ 3 อ.

พฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนในเขตเทศบาลตำบลโนนสูง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดีพอ คือ มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพ 3 อ. ไม่ถูกต้องมากที่สุด และรองลงมา มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับพอใช้ได้ คือ มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพ 3 อ. ได้ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่แต่ไม่สม่ำเสมอ ทั้งนี้อาจเป็นผลจากกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพอยู่ในระดับไม่ถูกต้อง ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการดูแลสุขภาพตนเองและด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับไม่ดีพอ ประกอบเด็กวัยนี้รับรู้ข้อมูลต่างๆ จากสื่อโฆษณา โดยเฉพาะด้านอาหารสำเร็จรูป น้ำหวาน และขนมต่างๆ ทำให้รับประทานอาหารว่างมากกว่าอาหารมื้อหลัก และการเลือกรับประทานอาหารมักคล้อยตามความนิยมของสังคม (พรทิพย์ ศิริบุรณพัฒนา, 2555) จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเลือกปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ 3 อ. ไม่ถูกต้อง (Berkman, et al., 2011; ชินดา เตชะวิจิตรจากร, 2561) ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนุชจรินทร์ สุทธิวิโรตมะกุล (2561) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ อิทธิพลของครอบครัวและกลุ่มเพื่อนกับพฤติกรรมบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียน ซึ่งพบว่า มีพฤติกรรมปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคอ้วนอยู่ในระดับพอใช้ได้ และรองลงมา มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับไม่ดีพอ และเป็นผู้มีพฤติกรรมปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองป้องกันโรคอ้วนได้อย่างถูกต้องสม่ำเสมอ ตามลำดับ

ภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนในเขตเทศบาลตำบลโนนสูง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะโภชนาการในภาพรวมอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานคือสมส่วนมากที่สุด ร้อยละ 66.89 ซึ่งมีจำนวนสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีค่าเป้าหมายการดำเนินการด้านส่งเสริมสุขภาพเด็ก อายุ 6-14 ปี ให้มีภาวะสูงดีสมส่วนอย่างน้อย ร้อยละ 66 และผลการดำเนินการด้านการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนของเขตสุขภาพที่ 8 ในปี 2562 ที่พบว่า เด็กวัยเรียนมีภาวะสูงดีสมส่วน ร้อยละ 60.61 (สำนักเขตสุขภาพที่ 8, 2562) อย่างไรก็ตาม

ผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้และพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดีพอ แต่กลับพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะโภชนาการสมส่วนมากที่สุด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะนักเรียนชั้นประถมตอนปลายแม้จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในด้านรับประทาน อาหารและการจัดการความเครียดอยู่ในระดับพอใช้และไม่ดีพอตามลำดับ แต่ในเรื่องการออกกำลังกายตามพัฒนาการในช่วงวัยนี้เป็นวัยที่ร่างกายมีการเคลื่อนไหวและใช้พลังงานอยู่ตลอดเวลาไม่หยุดอยู่เฉยในแต่ละวัน (โสธยา ชัชวาลานนท์ และคณะ, 2560) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างยังมีภาวะโภชนาการในภาพรวมอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน

นอกจากนี้ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐานหรือค่อนข้างผอมและผอม ร้อยละ 14.87 และ น้ำหนักมากกว่าเกณฑ์มาตรฐานหรือมีภาวะอ้วน ร้อยละ 18.24 ซึ่งต่างกับการศึกษาของ กัมปนาท คำสุข, บานเย็น ล้านภูเขียว, และจรรยา เสาวเวียง (2562) เรื่อง พฤติกรรมการบริโภคอาหารต่อภาวะโภชนาการในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 โรงเรียนบ้านหนองรังกา จังหวัดนครราชสีมาพบว่า เด็กวัยเรียนมี น้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐานหรือค่อนข้างผอมและผอม ร้อยละ 22.77 และ น้ำหนักมากกว่าเกณฑ์มาตรฐานหรือมีภาวะอ้วน ร้อยละ 16.84 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเทศบาลตำบลโนนสูง เริ่มเป็นชุมชนกึ่งเมือง ซึ่งอาจมีผลต่อการดำเนินชีวิตและรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลงของกลุ่มตัวอย่างคล้ายสังคมเมืองมากขึ้น โดยนักเรียนชั้นประถมตอนปลายในอาศัยในชุมชนเมืองมักมีปัญหาภาวะโภชนาการเกินมากกว่า ในขณะที่นักเรียนชั้นประถมตอนปลายในชนบทมักจะมีปัญหาภาวะทุพโภชนาการและปัญหาขาดสารอาหารมากกว่า (อนาวิน ภัทรภาคินวรกุล, 2563).

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในพัฒนาเพื่อวางแผนการส่งเสริมสุขภาพนักเรียนชั้นประถมตอนปลาย โดยเฉพาะในเด็กกลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาภาวะโภชนาการ เพื่อส่งเสริมให้นักเรียนชั้นประถมตอนปลายมีทักษะการรับรู้ข้อมูล สามารถจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองและสามารถเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ถูกต้องและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีมากขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่มากขึ้น เพื่อให้สามารถอ้างอิงประชากรกลุ่มนักเรียนชั้นประถมตอนปลาย และควรศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และภาวะโภชนาการเด็กวัยเรียน โดยนำความรู้ในด้านการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ภาวะโภชนาการ การดูแลสุขภาพ 3 อ. มาจัดกิจกรรมในการส่งเสริมให้ความรู้นำไปปฏิบัติตนให้ถูกต้อง

## เอกสารอ้างอิง

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2560*. สืบค้นจาก [http://bps.moph.go.th/new\\_bps/sites/default/files/stratistics60.pdf](http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/stratistics60.pdf).
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพสำหรับนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย*. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข.
- กัมปนาท คำสุข, บานเย็น ล้านภูเขียว, และจรรยา เสาวเวียง. (2562). พฤติกรรมการบริโภคอาหารต่อภาวะโภชนาการในเด็กนักเรียน โรงเรียนบ้านหนองรังกา จังหวัดนครราชสีมา. *การประชุมวิชาการระดับชาติ วิทยาลัยนครราชสีมา ครั้งที่ 6 ประจำปี พ.ศ.2562: สังคมสูงวัย โอกาสก้าวหน้า การศึกษาระดับอุดมศึกษา* (น 908-914).นครราชสีมา: วิทยาลัยนครราชสีมา
- ชินตา เตชะวิจิตรจากร. (2561). ความรอบรู้ทางสุขภาพ ภาวะเสี่ยงสู่พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพที่ดี. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(19), 1-11.
- นุชจรินทร์ สุทธิโรตมะกุล. (2561). *ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ อิทธิพลของครอบครัวและกลุ่มเพื่อน กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียน* (วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- บุญใจ ศรีสถิตย่นรากูร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย.
- พรทิพย์ ศิริบุรณพัฒนา (บ.ก.). (2555). *การพยาบาลเด็ก เล่ม 1* (ฉบับปรับปรุง). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- วิภารัตน์ สุวรรณไพบัฒนะ, จุภาพร ภิรมย์ไกรภักดิ์, และวิจิตรา นวนันทวงศ์. (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนของเด็กวัยรุ่นตอนต้น. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 6(พิเศษ), 80-90.
- สาริษฐา สมทรัพย์. (2561). ความรอบรู้ทางสุขภาพในการจัดการภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียน. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 12(29), 20-33.
- สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 . (2562). *เขตสุขภาพที่ 8 Annual Report: รายงานประจำปี 2562*. สืบค้นจาก <https://r8way.moph.go.th/report-2562/>.
- สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *แนวทางการควบคุมป้องกันภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *รายงานประจำปี 2560*. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์.
- โสธยา ชัชวาลานนท์, ศิริรัตน์ อุฬารตินนท์, สุธาทิพย์ เอมเปรมศิลป์, และวินัดดา ปิยะศิลป์ (บ.ก.). (2560). *คู่มือสำหรับพ่อแม่เพื่อเผยแพร่ความรู้ด้าน การดูแลและพัฒนาเด็ก ตอน เด็กวัยเรียน 6-12 ปี*. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย.

- อนาวิน ภัทรภาคินวรกุล. (2563). บทบาทนักสาธารณสุขในการส่งเสริมโภชนาการของเด็กวัยเรียน ในพื้นที่ห่างไกลและทุรกันดาร. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*, 2(2), 1-13.
- อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์, ฤทัยวรรณ แก้วมัลย์, เนตรนภา เครือสง่า, นิศาชล ตันติภิรมย์, ปริญาพร ชาวบ้านเกาะ, และเบญจรัตน์ เอี่ยมสะอาด. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง ฉลากโภชนาการในเด็กวัยเรียน: กรณีศึกษาจังหวัดเพชรบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 6(2), 70-82.
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97-107. doi: 10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005. PMID: 21768583.

## บทความวิจัย (Research article)

### แนวทางการพัฒนาคุณภาพการให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในยุคไทยแลนด์ 4.0 ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี Guidelines for Service Quality Development in the Era of Thailand 4.0 of Emergency Department, Phrachomkloa Hospital

กันยารัตน์ เกิดแก้ว<sup>1\*</sup>, นิตยา ลินเภาว<sup>2</sup>

Kanyarat Kerdkaew<sup>1\*</sup>, Nittaya Sintao<sup>2</sup>

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: kanyarat.kerdkaew.er@gmail.com, โทรศัพท์ 087-5638778)

(Received: September 30, 2020; Revised: November 26, 2020; Accepted: December 23, 2020)

#### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับการจัดบริการห้องฉุกเฉินและคุณภาพการให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการจัดบริการห้องฉุกเฉินกับคุณภาพการให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี และ 3) แนวทางการพัฒนาคุณภาพการให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในยุคไทยแลนด์ 4.0 ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ดำเนินการวิจัยผานวิธีแบบขั้นตอนเชิงอธิบาย 2 ขั้นตอน คือ 1) การศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการตอบแบบสอบถามคุณภาพการให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และการจัดบริการห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .99, 97 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มารับบริการที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 138 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบเป็นระบบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ และการถดถอยพหุคูณ 2) การศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์ เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 5 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการให้บริการโดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุด ( $M = 4.23, SD = .60$ ) การจัดบริการห้องฉุกเฉินอยู่ในระดับมาก ( $M = 4.15, SD = .62$ ) ลักษณะส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการให้บริการ การจัดบริการห้องฉุกเฉินด้านผลลัพธ์/ความคาดหวังของผู้รับบริการ และด้านการ

<sup>1</sup> นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรสาขาวิชารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนานาชาติแสตมฟอร์ด  
Master of Public Administration, Stamford International University

<sup>2</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยนานาชาติแสตมฟอร์ด  
Assistant professor, Department of Public Administration, Stamford International University

บริการในยุคไทยแลนด์ 4.0 สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของคุณภาพการให้บริการร้อยละ 82.70 ( $Beta = .43, .38, p < .01$ )

2. แนวทางการพัฒนาคุณภาพการให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในยุคไทยแลนด์ 4.0 ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ควรได้รับการพัฒนา 1) ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ ควรพัฒนาบุคลากรที่ปฏิบัติงานให้มีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน มีจำนวนบุคลากรเหมาะสมกับผู้รับบริการ ทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ ควรมีการคัดแยกผู้ป่วย ตามความเร่งด่วนทางการแพทย์และควรพัฒนาห้องตรวจแยกโรคให้ชัดเจน เป็นสัดส่วน เหมาะสม อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ทันสมัย เพียงพอ มีความพร้อมใช้ในการให้บริการ มีห้องรอตรวจที่ชัดเจน เป็นสัดส่วน ไม่แออัด และ 2) ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ ควรเปิดบริการตลอด 24 ชั่วโมง และมีแพทย์ประจำห้องฉุกเฉิน มีระบบการดูแลให้เกิดความปลอดภัยและเท่าเทียม ทันเวลา รวดเร็ว และควรนำเทคโนโลยีมาใช้ในกระบวนการทำงาน

**คำสำคัญ:** คุณภาพการให้บริการ, การจัดการบริการห้องฉุกเฉิน, งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

## Abstract

This research aimed to study: 1) the service levels of emergency rooms and the service quality of emergency room at Phrachomkiao hospital, 2) The Relationship between personal factors and the service management of emergency room with the service quality of Phrachomkiao hospital, 3) the development guideline for the service quality in emergency rooms in Thailand 4.0 policy of Phrachomkiao Hospital. The mixed-methods explanatory sequential design was used in this study. There were two phases: the quantitative phase and the qualitative phase. In the quantitative phase, the samples were 138 service recipients of the emergency department, Phrachomkiao hospital. The data were collected from the questionnaires on the service quality of emergency room and the service management of emergency room with Cronbach's alpha reliability at .991, .974 respectively. The descriptive statistics, Chi-square test and Multiple Regression Analysis were used in this study. 2) The qualitative data were collected from key informant in-dept interviews. The content analysis was used to determine the service quality development guidelines. The research findings were as follows:

1. The mean of service quality was at the highest level ( $M = 4.23, SD = .60$ ) The emergency room service delivery of Phrachomkiao hospital was at a high level ( $M = 4.15, SD = .62$ ) There was no relationship between personal factors and service quality development of emergency room, Phrachomkiao hospital at a significant level of  $p > .05$ . In terms of the service in the era of Thailand

4.0, factors could explain 82.70 % of the variance in the service quality of Phrachomklao hospital ( $Beta = .425, .38, p < .001$ )

2. The service quality development guidelines for Thailand 4.0 of emergency room, Phrachomklao hospital should be improved in 1) in terms of tangibility, personnel should be developed to have knowledge, ability in taking care of ER patients. The number of personnel should be appropriate to the patients and have teamwork. The patients should be categorized into their stages. There should have sufficient waiting rooms and modern medical equipment and 2) ER should open 24 hours to promptly serve patients. There should be doctors who always standby in emergency room. There should be monitoring system for safety. Technology should be used in working process.

**Keywords:** Service quality, Emergency room service delivery, Emergency department

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สภาวะของห้องฉุกเฉินในปัจจุบัน มีผู้รับบริการมากขึ้น พบว่ามีผู้ป่วยมาใช้บริการฉุกเฉิน 35 ล้านครั้ง/ปี และมากกว่า 60 % ซึ่งเป็นผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างเต็มที่ ได้รับการดูแลล่าช้า และมีความเสี่ยงสูง (ชาติชาย คล้ายสุบรรณ, 2561) ซึ่งการจัดระบบการรักษายาบาลฉุกเฉินที่มีคุณภาพและมาตรฐาน จะทำให้ลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้การพัฒนากระบวนการแพทย์ฉุกเฉินภายใต้ยุทธศาสตร์ด้านการบริการเป็นเลิศ (Service excellence) โดยมีเป้าหมายการพัฒนากระบวนการแพทย์ฉุกเฉินให้มีมาตรฐาน ตามหลักการจัดบริการตามมาตรการในการดำเนินงานห้องฉุกเฉินคุณภาพ หรือ ER คุณภาพ คือ เท่าเทียม ทั่วถึง และทันเวลา สอดคล้องกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและการส่งต่อ (Emergency Care System: ECS) จึงจำเป็นต้องมีมาตรฐานหรือแนวทางการจัดบริการที่ตอบสนองความจำเป็นของผู้ป่วยฉุกเฉิน (Need of emergency patient) ซึ่งจุดเน้นที่สำคัญของการพัฒนาระบบบริการรักษายาบาลฉุกเฉิน ต้องมีมาตรการในการดำเนินงาน 3 ประเด็น ของสำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข คือ การลดความแออัดห้องฉุกเฉิน การบริการห้องฉุกเฉินที่มีมาตรฐานและมีคุณภาพ และการพัฒนาบุคลากร (ชาติชาย คล้ายสุบรรณ, 2561)

กระทรวงสาธารณสุข ได้เล็งเห็นความสำคัญและความเร่งด่วนของการปฏิรูประบบบริการห้องฉุกเฉิน จึงได้กำหนดนโยบาย “ห้องฉุกเฉินคุณภาพ” เพื่อให้เกิดการพัฒนาห้องฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตามแนวคิดการคิดเชิงออกแบบ (Design thinking) ของ Stanford University 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ทันเวลา 2) ปลอดภัย 3) มีศักยภาพในการให้บริการ 4) ดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และ 5) ความเท่าเทียม โดยสร้างสรรค์นวัตกรรมใหม่ๆ และนำเทคโนโลยีมาใช้ในการพัฒนางาน เพื่อการแข่งขันและความมั่นคงขององค์การให้ทันกับยุคไทยแลนด์ 4.0 (กระทรวงสาธารณสุข, 2559ก) การพัฒนาการให้บริการงานอุบัติเหตุและ

ฉุกเฉิน ให้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข โดยพัฒนาคุณภาพการให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้ก้าวทันยุคไทยแลนด์ 4.0 นั้น จำเป็นต้องพัฒนาคิดค้นนวัตกรรมที่มีคุณภาพสูง สามารถปฏิบัติงานได้ประสบความสำเร็จ เพื่อความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน ตามนโยบายในแผนพัฒนาประเทศเข้าสู่ยุคไทยแลนด์ 4.0 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายในการบริหารองค์กรและพัฒนาหน่วยงานให้มีคุณภาพ สนองนโยบายการพัฒนาประเทศของรัฐบาล (ชาติชาย คล้ายสุบรรณ, 2561)

ห้องฉุกเฉินในบริบทของประเทศไทยในปัจจุบัน มีลักษณะ ดังนี้ 1) ห้องฉุกเฉินแออัด (ER overcrowding) 2) ความเสี่ยงที่เกิดจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ 3) ขาดบุคลากรผู้เชี่ยวชาญ 4) ความรุนแรงในห้องฉุกเฉินเพิ่มสูงขึ้น (Workplace violence) และ 5) ขาดมาตรฐานหรือแนวทางการพัฒนา เนื่องจากห้องฉุกเฉินเป็นสถานพยาบาลที่แบ่งตามขนาดของโรงพยาบาล ซึ่งแต่ละขนาดมีขีดความสามารถไม่เท่ากัน (ชาติชาย คล้ายสุบรรณ, 2561) งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีเกณฑ์ตัวชี้วัด ดังนี้ อัตราผู้ป่วยอยู่ในห้องฉุกเฉิน น้อยกว่า 2 ชั่วโมง ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60 ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ ร้อยละ 80 และความพึงพอใจของผู้มารับบริการ ร้อยละ 85 ซึ่งในปีงบประมาณ 2562 พบว่า ห้องฉุกเฉินมีความแออัด ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินต้องรอเข้าหอผู้ป่วยนานมากกว่า 2 ชั่วโมง แม้จะได้รับการแก้ไขภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนเรียบร้อยแล้ว ถึงร้อยละ 60.04 ไม่ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพได้ ร้อยละ 57.22 และความพึงพอใจของผู้มารับบริการ ร้อยละ 78.30 (โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 2562) ภาวะห้องฉุกเฉินแออัดทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลล่าช้า มีความเสี่ยงสูงชันและเกี่ยวข้องกับอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น (ชาติชาย คล้ายสุบรรณ, 2561)

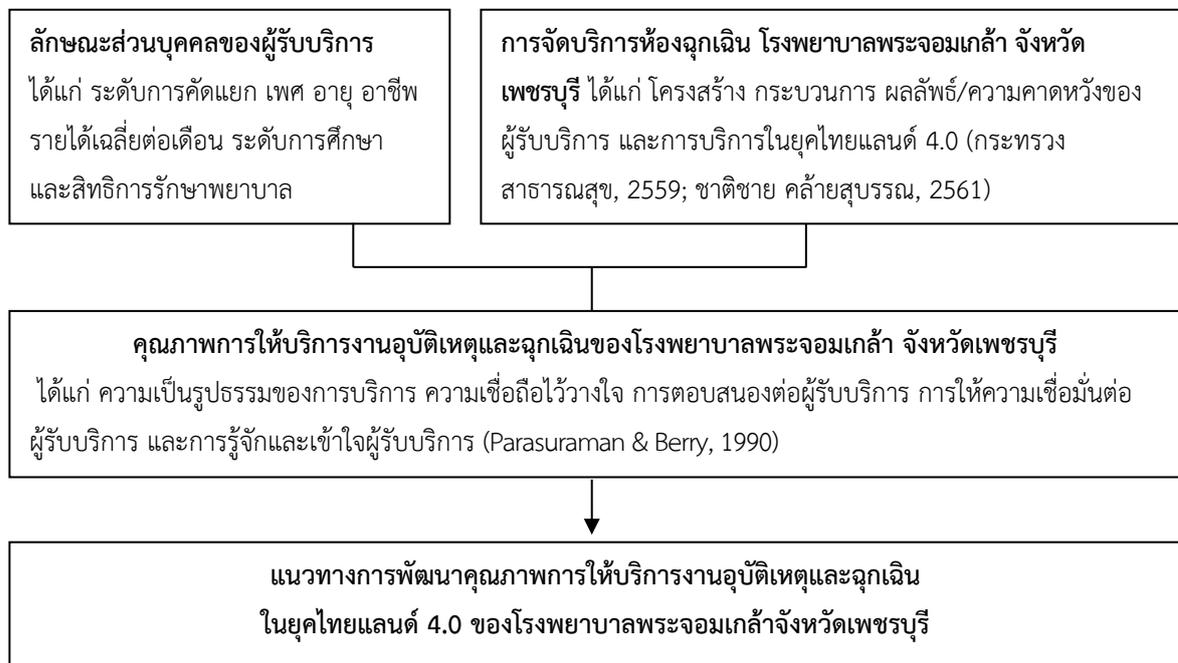
จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นได้ว่างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ต้องเร่งพัฒนาปรับปรุงการให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้มีคุณภาพ ตามทฤษฎี 5 มิติ วัดคุณภาพการให้บริการ (SERVQUAL) ของ Parasuraman and Berry (1990) คือ 1) ความเป็นรูปธรรมของการบริการ 2) ความเชื่อถือไว้วางใจ 3) การตอบสนองต่อผู้รับบริการ 4) การให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการ และ 5) การรู้จักและเข้าใจผู้รับบริการ เพื่อพัฒนาองค์กรให้มีคุณภาพเข้าสู่ยุคไทยแลนด์ 4.0 เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการจัดบริการห้องฉุกเฉิน และคุณภาพการให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการจัดบริการห้องฉุกเฉิน กับคุณภาพการให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
3. ศึกษาแนวทางการพัฒนาคุณภาพการให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในยุคไทยแลนด์ 4.0 ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาแนวทางการพัฒนาคุณภาพการให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในยุคไทยแลนด์ 4.0 ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods Research) แบบขั้นตอนเชิงอธิบาย (Explanatory sequential design) โดยการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ 1) ระดับการคัดแยก 2) เพศ 3) อายุ 4) อาชีพ 5) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6) ระดับการศึกษา และ 7) สิทธิในการรักษาพยาบาล การจัดบริการห้องฉุกเฉิน ได้แก่ 1) โครงสร้าง 2) กระบวนการ 3) ผลลัพธ์ /ความคาดหวังของผู้รับบริการ ซึ่งมาจากคู่มือแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉินของสำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข (ชาติชาย คล้ายสุบรรณ, 2561) และ 4) การบริการในยุคไทยแลนด์ 4.0 มาจากแนวคิดแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) กับคุณภาพการให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ตามแนวคิดคุณภาพการบริการ (Parasuraman & Berry, 1990) ใน 5 มิติ ได้แก่ 1) ความเป็นรูปธรรมของการบริการ 2) ความเชื่อถือไว้วางใจ 3) การตอบสนองต่อผู้รับบริการ 4) การให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการ และ 5) การรู้จักและเข้าใจผู้รับบริการ เพื่อนำข้อมูลไปใช้สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยสัมภาษณ์เชิงลึก (In- depth Interview) เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาคุณภาพการให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในยุคไทยแลนด์ 4.0 ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยผสมผสานวิธี (Mixed-methods research) แบบขั้น ตอนเชิงอธิบาย (Explanatory sequential design) มีการดำเนินการวิจัย 2 ระยะ รายละเอียด ดังนี้

**ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research)** เป็นการศึกษาระดับคุณภาพการให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และการจัดบริการห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล การจัดบริการห้องฉุกเฉิน กับคุณภาพการให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ดำเนินการเก็บข้อมูลในเดือนมิถุนายน พ.ศ.2563 รายละเอียด ดังนี้

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นประชาชนที่มารับบริการที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

กลุ่มตัวอย่าง เป็นประชาชนผู้มารับบริการที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) มีอายุ 20-70 ปี 2) ไม่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยวิกฤตต้องได้รับการดูแลเร่งด่วน 3) มีสติสัมปชัญญะครบถ้วนและสามารถอ่านออกเขียนได้ และ 4) สม่ครใจและยินดีตอบแบบสอบถาม กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างสูตร  $n \geq 50 + 8m$  (Green,1991 อ้างถึงใน ญรัฐพล ชันธไชย, 2557) โดยที่ n คือขนาดตัวอย่าง และ m คือ จำนวนตัวแปรพยากรณ์ (Predictors) ได้กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 138 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling)

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำแนกเป็น 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล เป็นแบบตรวจรายการ จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ระดับการคัดแยกผู้ป่วย เพศ อายุ อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระดับการศึกษา และสิทธิในการรักษาพยาบาล

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการจัดบริการห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 20 ข้อ จำแนกออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ โครงสร้างกระบวนการ ความคาดหวังของผู้รับบริการ และการบริการในยุคไทยแลนด์ 4.0 เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ระหว่างมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน ถึงน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

ตอนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อคุณภาพการให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำแนกออกเป็น 5 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ รวมเป็น 25 ข้อ ได้แก่ ความเป็นรูปธรรมของการบริการ ความเชื่อถือไว้วางใจ การตอบสนองต่อผู้รับบริการ การให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการ และการรู้จักและเข้าใจผู้รับบริการ เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ระหว่างมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน ถึงน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

แบบสอบถามทั้ง 3 ตอน ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน อาจารย์ด้านการพยาบาล และด้าน

การวิจัยและสถิติ นำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงและทำไปทดลองใช้กับประชากรที่มารับบริการที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามคุณภาพการให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และการจัดบริการห้องฉุกเฉิน เท่ากับ .99 และ .97 ตามลำดับ

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากที่โครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ได้ทำการขออนุญาตหัวหน้าหน่วยงานในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากผู้รับบริการห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยแจกแบบสอบถามให้กับผู้มารับบริการหลังการตรวจรักษาเสร็จแล้ว โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถาม การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยหรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ

3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้รับบริการที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี และแจกแบบสอบถามสุ่มกระจายใน 2 สัปดาห์ ตามสัดส่วนผู้ป่วย จากสถิติผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวัน 151 คน เวนเช้า : ป้าย : ดึก คือ 61 : 63 : 27 เพื่อกระจายกลุ่มตัวอย่างให้ได้รับการเลือกเท่าเทียมกัน ทั้งที่มารับบริการในเวรเช้า ป้ายและดึก ได้หาช่วงห่างของกลุ่มตัวอย่าง (Sampling interval) ในแต่ละเวรได้เท่ากับ 15 ดังนั้น ในแต่ละเวรจะสุ่มตัวอย่างโดยเริ่มจากคนที่ 1 จากนั้นนับไปทุกคนที่ 15 ไปตามลำดับจนครบจำนวนในแต่ละเวร เวนเช้า : ป้าย : ดึก คือ 4 : 4 : 2 กำหนดขอรับแบบสอบถามคืน ณ ห้องพักสำหรับผู้มารับบริการหลังจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉิน หรือในกรณีรับไว้นอนที่โรงพยาบาล ส่งให้ภายหลัง 1-2 วัน ตามสภาพผู้ป่วย โดยได้แบบสอบถามครบ 100% จากนั้นตรวจสอบความถูกต้องเพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของของผู้รับบริการ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่และร้อยละ วิเคราะห์คะแนนการจัดบริการห้องฉุกเฉินและคุณภาพการให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี ทั้งรายด้านและโดยรวม โดยใช้ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) โดยมีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนเฉลี่ย ออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5.00	หมายถึง ระดับมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.41 - 4.20	หมายถึง ระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 2.61 - 3.40	หมายถึง ระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.81 - 2.60	หมายถึง ระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลของผู้รับบริการกับคุณภาพการให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี โดยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดบริการห้องฉุกเฉินกับคุณภาพการให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient: r) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาระดับของความสัมพันธ์ ดังนี้ (Cohen, 1988)

$r = .10 - .29$  หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

$r = .30 - .49$  หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง

$r = .50 - 1.0$  หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับสูง

3. วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis: MRA) โดยวิธี Enter สำหรับตัวแปรทำนายคุณภาพการให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี โดยทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ ตัวแปรต้นมีการกระจายแบบปกติ (Normality) ทดสอบตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) โดยทดสอบด้วยค่า F พบว่าตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ( $F = 159.46, p = .00$ ) ความสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปรอิสระ (Multicollinearity) ค่าความแปรปรวนคงที่ (Homoscedasticity) และการทดสอบความเป็นอิสระกันของค่าความคลาดเคลื่อน (Autocorrelation) โดยพิจารณาจากค่าสถิติ Durbin-Watson ซึ่งมีค่าเท่ากับ  $1.5 \leq \text{Durbin-Watson} \leq 2.5$  พบว่ามีค่าเท่ากับ 2.06 ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นดังกล่าว

**ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research)** เป็นการศึกษาแนวทางการพัฒนาคุณภาพการให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในยุคไทยแลนด์ 4.0 ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2563 โดยนำข้อมูลผลการวิจัยเชิงปริมาณที่ได้จากผู้รับบริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี มาเป็นข้อมูลในการกำหนดแนวคำถามเพื่อการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กับผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key-Informants) จำนวน 5 คน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อหาข้อมูลเชิงคุณภาพ นำมาเป็นข้อมูลสนับสนุน แนวทางการพัฒนาคุณภาพการให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในยุคไทยแลนด์ 4.0 ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี โดยนำเฉพาะด้านที่มีระดับคุณภาพ 2 ลำดับสุดท้าย มาใช้เป็นประเด็นในการสัมภาษณ์ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนา มีรายละเอียด ดังนี้

**ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key-Informants)** เป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับทางการพัฒนาคุณภาพการให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 5 ท่าน โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ได้แก่ 1) ผู้บริหารโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2) แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 3) หัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 4) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และ 5) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยกำหนดประเด็นการสัมภาษณ์เชิงลึก 2 ประเด็น คือ ความเป็นรูปธรรมของการบริการ

และการตอบสนองต่อผู้รับบริการ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน อาจารย์ด้านการพยาบาล และด้านการวิจัยและสถิติ และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้จริง

**วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล** โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) รายละเอียด ดังนี้

1. ขออนุญาตและนัดหมายวัน เวลาและสถานที่ เพื่อการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 5 ท่าน

2. ทำการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) แบบเผชิญหน้า โดยก่อนเริ่มทำการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้แสดงถึงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยหรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ โดยขออนุญาตในการจัดบันทึก และบันทึกเสียงระหว่างการสัมภาษณ์ เปิดโอกาสให้มีการแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ และผู้วิจัยมีการสรุปทบทวนคำตอบเพื่อเป็นแนวทางในการถามคำถามต่อไป โดยจะใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30 นาที ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความครบถ้วนของข้อมูลที่ได้รับจากผู้ให้สัมภาษณ์

3. ในขณะที่สัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะใช้การจดบันทึก สรุปสั้นๆ เฉพาะประเด็นที่สำคัญ เช่น ลักษณะ ท่าทาง ลักษณะน้ำเสียงตามความเป็นจริง โดยไม่มีการตีความ นอกจากนี้ยังได้บันทึกเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึกหรือปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้วิจัยขณะที่รวบรวมข้อมูล

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ผู้วิจัยทำการถอดแถบบันทึกเสียง คำต่อคำ ประโยคต่อประโยค แล้วตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้ง ด้วยการฟังแถบบันทึกเสียงซ้ำ ทำการตรวจสอบข้อมูลที่ไม่ชัดเจนหรือไม่ครบถ้วนและสัมภาษณ์เพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วน

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เอกสารหมายเลข 12/2563 ลงวันที่ 29 พฤษภาคม พ.ศ. 2563

### ผลการวิจัย

1. ความพึงพอใจต่อการจัดบริการห้องฉุกเฉิน และคุณภาพการให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

1.1 ความพึงพอใจต่อการจัดบริการห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ผลการวิจัยพบว่า มีระดับความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $M = 4.15, SD = .62$ ) และด้านที่มีความพึงพอใจสูงสุดคือ ด้านผลลัพธ์/ความคาดหวังของผู้รับบริการ ( $M = 4.25, SD = .59$ ) รองลงมาคือ ด้านกระบวนการ ( $M = 4.15, SD = .64$ ) และต่ำสุดคือ ด้านการบริการในยุคไทยแลนด์ 4.0 ( $M = 4.08, SD = .73$ ) ดังตาราง 1

**ตาราง 1** ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) และระดับของความพึงพอใจต่อการจัดบริการห้องฉุกเฉิน  
โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำแนกรายด้านและโดยรวม ( $n = 138$  คน)

ด้าน	$M$	$SD$	ระดับ
โครงสร้าง	4.13	.66	มาก
กระบวนการ	4.15	.64	มาก
ผลลัพธ์/ความคาดหวังของผู้รับบริการ	4.25	.59	มากที่สุด
การบริการในยุคไทยแลนด์ 4.0	4.08	.73	มาก
<b>โดยรวม</b>	<b>4.15</b>	<b>.62</b>	<b>มาก</b>

1.2 ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อคุณภาพการให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ( $M = 4.23$ ,  $SD = .60$ ) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการรู้จักและเข้าใจผู้รับบริการ ( $M = 4.28$ ,  $SD = .66$ ) รองลงมาคือ ด้านการให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการ ( $M = 4.25$ ,  $SD = .63$ ) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ ( $M = 4.18$ ,  $SD = .67$ ) ดังตาราง 2

**ตาราง 2** ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) และระดับของความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำแนกรายด้านและโดยรวม ( $n = 138$  คน)

ด้าน	$M$	$SD$	ระดับ
ความเป็นรูปธรรมของการบริการ	4.18	.67	มาก
ความเชื่อถือไว้วางใจ	4.24	.64	มากที่สุด
การตอบสนองต่อผู้รับบริการ	4.22	.64	มากที่สุด
การให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการ	4.25	.63	มากที่สุด
การรู้จักและเข้าใจผู้รับบริการ	4.28	.66	มากที่สุด
<b>โดยรวม</b>	<b>4.23</b>	<b>.60</b>	<b>มากที่สุด</b>

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับบริการ และความพึงพอใจต่อการจัดบริการห้องฉุกเฉิน กับคุณภาพการให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับบริการกับความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี โดยการทดสอบไคสแควร์ ผลการวิจัยพบว่า ระดับการคัดแยก เพศ อายุ อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระดับการศึกษา และสิทธิ

ในการรักษาพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาล พระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ( $X^2 = 2.595, 2.283, 9.403, 6.537, 2.935, 12.308, 6.964$ ;  $p > .05$  ตามลำดับ) ดังตาราง 3

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับบริการ กับความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี (n = 138 คน)

ปัจจัย	n	%	$X^2$	p	ปัจจัย	n	%	$X^2$	p
<b>ระดับการคัดแยก</b>			2.59	.48	<b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)</b>			2.93	.48
ระดับ 1 ฉุกเฉินวิกฤต	8	5.8			ไม่เกิน 15,000	89	64.5		
ระดับ 2 ฉุกเฉินเร่งด่วน	24	17.4			15,001 – 25,000	28	20.3		
ระดับ 3 ฉุกเฉินไม่รุนแรง	70	50.7			25,001 – 35,000	11	8.0		
ระดับ 4 ทั่วไป	36	26.1			35,001 ขึ้นไป	10	7.2		
<b>เพศ</b>			2.28	.25	<b>ระดับการศึกษา</b>			12.30	.32
ชาย	55	39.9			ประถมศึกษา	38	27.5		
หญิง	83	60.1			มัธยมศึกษาตอนต้น	20	14.5		
<b>อายุ (ปี)</b>			9.40	.33	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	36	26.1		
20-30	33	23.9			อนุปริญญา/ปวส.	8	5.8		
20-30	33	23.9			ปริญญาตรี	32	23.2		
31-40	31	22.5			สูงกว่าปริญญาตรี	4	2.9		
41-50	28	20.3			<b>สิทธิในการรักษาพยาบาล</b>			6.96	.43
51-60	28	20.3			ประกันสังคม	29	21.0		
61 ขึ้นไป	18	13.0			บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	65	47.1		
<b>อาชีพ</b>			6.537	.444	ชำระเงินเอง	9	6.5		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	26	18.8			ผู้ประสบภัยจากรถ (พรบ.)	6	4.3		
รับจ้างทั่วไป	68	49.3			สวัสดิการข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	29	21.0		
เกษตรกร	5	3.6							
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	23	16.7							
ไม่ระบุ	16	11.6							

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความพึงพอใจต่อการจัดบริการห้องฉุกเฉิน กับคุณภาพการให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างระหว่างปัจจัยความพึงพอใจต่อการจัดบริการห้องฉุกเฉิน

กับคุณภาพการให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พบว่า ทุกด้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพการให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยด้านผลลัพธ์/ความคาดหวังของผู้รับบริการ มีความสัมพันธ์สูงสุด รองลงมาคือด้านการบริการในยุคไทยแลนด์ 4.0 ด้านกระบวนการ และด้านโครงสร้าง ตามลำดับ ( $r = .87, .86, .83, .8$ ;  $p < .01$ ) ดังตาราง 4

**ตาราง 4** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ( $r$ ) ระหว่างปัจจัยความพึงพอใจต่อการจัดบริการห้องฉุกเฉิน กับคุณภาพการให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ( $n = 138$  คน)

ตัวแปร	$r$	ระดับ
โครงสร้าง	.82**	สูง
กระบวนการ	.83**	สูง
ผลลัพธ์/ความคาดหวังของผู้รับบริการ	.87**	สูง
การบริการในยุคไทยแลนด์ 4.0	.86**	สูง

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

2.3 ปัจจัยทำนายความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ผลการวิจัย การจัดบริการห้องฉุกเฉินด้านผลลัพธ์/ความคาดหวังของผู้รับบริการ และด้านการบริการในยุคไทยแลนด์ 4.0 สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของคุณภาพการให้บริการร้อยละ 82.70 ( $Beta = .43, .38, p < .01$ ) ส่วนด้านกระบวนการ ( $Beta = .09, p = .28$ ) และโครงสร้าง ( $Beta = .07, p = .43$ ) ไม่สามารถทำนายความพึงพอใจต่อระดับคุณภาพการให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ดังตาราง 5

**ตาราง 5** การวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุระหว่างปัจจัยทำนายกับคุณภาพการให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ( $n = 138$  คน)

ปัจจัย	$B$	$S.E.$	$Bata$	$t$	$p$
โครงสร้าง	.06	.08	.07	.78	.43
กระบวนการ	.09	.08	.09	1.09	.28
ผลลัพธ์/ความคาดหวังของผู้รับบริการ	.43	.08	.43	5.64**	.00
การบริการในยุคไทยแลนด์ 4.0	.31	.06	.38	4.95**	.00

Constant (a) = .526,  $R = .910$ ,  $R^2 = .827$ ,  $R^2 \text{ adj} = .822$ ,  $SEE = .161$ ,  $F = 159.467$ ,  $p = .00$

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

3. แนวทางการพัฒนาคุณภาพการให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในยุคไทยแลนด์ 4.0 ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ผลการวิจัยจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า ควรพัฒนาคุณภาพการให้บริการ 2 ด้าน คือ ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ และการตอบสนองต่อผู้รับบริการ ปรากฏผล ดังนี้

3.1 ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ ผลการวิจัย พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ สถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวก อุปกรณ์ ป้ายและสัญลักษณ์แสดงจุดให้บริการ ควรพัฒนา ดังนี้

3.1.1 เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ มีบุคลิกภาพที่ดี การแต่งกายเหมาะสม มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และจำนวนบุคลากรเหมาะสมกับผู้รับบริการ ดังข้อมูลต่อไปนี้

“บุคลากรที่ปฏิบัติงานมีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน” “มีจำนวนบุคลากรเหมาะสมกับผู้รับบริการ ทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ มีการคัดแยกผู้ป่วย ตามความเร่งด่วนทางการแพทย์ดีแล้ว” และ “ควรมีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินประจำในเวรคืน”

3.1.2 สถานที่ เหมาะสม เป็นสัดส่วน สะดวก สบาย ไม่แออัด มีห้องรอตรวจที่ชัดเจน เป็นสัดส่วน ไม่แออัด ดังข้อมูลต่อไปนี้

“มีห้องรอตรวจที่ชัดเจน เป็นสัดส่วน ไม่แออัด แต่ควรพัฒนาห้องตรวจแยกโรคให้ชัดเจน” และ “ต้องปรับปรุงการจัดระเบียบการนั่งรอ และซ่อมเก้าอี้เก่าที่ชำรุดหรือหาเก้าอี้ใหม่มาทดแทนจะดีมาก”

3.1.3 สิ่งอำนวยความสะดวก ป้ายและสัญลักษณ์แสดงจุดให้บริการ ตรวจรักษา วินิจฉัยโรคได้รวดเร็วตามความเร่งด่วน มีกระบวนการป้องกันความปลอดภัยและลดความรุนแรงในห้องฉุกเฉิน ดังข้อมูลต่อไปนี้

“มีป้ายบอกแสดงจุดบริการ แต่ควรเปลี่ยนแผ่นป้ายที่เก่าสีซีดจาง ให้สะอาดตามมองเห็นได้ชัดเจน”

“มีการป้องกันความปลอดภัยและลดความรุนแรงในห้องฉุกเฉินได้ดีในระดับเบื้องต้น” “ควรเพิ่มเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยประจำตลอด 24 ชั่วโมง” และ “ตรวจรักษาวินิจฉัยโรคได้รวดเร็วตามความเร่งด่วน แต่ควรใช้เทคโนโลยีช่วยในการจัดระบบคิวออนไลน์”

3.1.4 อุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ทันสมัย เพียงพอ มีความพร้อมใช้ในการให้บริการ ดังข้อมูลต่อไปนี้

“อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ทันสมัย เพียงพอ มีความพร้อมใช้ในการให้บริการ” และ “ควรจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมในการจัดซื้อเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ทดแทนส่วนที่ชำรุดและรอการซ่อมยังไม่แล้วเสร็จ”

3.2 ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ ผลการวิจัย พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ สถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวก อุปกรณ์ ป้ายและสัญลักษณ์แสดงจุดให้บริการ ควรพัฒนา ดังนี้

3.2.1 ความสะดวกรวดเร็วในการให้บริการ มีความกระตือรือร้นในการให้บริการ สะดวก รวดเร็ว เหมาะสม ตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วย มีช่องทางด่วน CASE FAST TRACK ดังข้อมูลต่อไปนี้

“มีความสะดวกรวดเร็วในการให้บริการ ขึ้นอยู่กับเกรดผู้ป่วย” “มีช่องทางด่วน CASE FAST TRACK ที่ดี” และ “ยังมีปัญหาเรื่องการรอเตียงนานมากกว่า 2 ชั่วโมง เพื่อรอ Admit ทำให้ในห้องฉุกเฉินแออัด

3.2.2 ความกระตือรือร้นในการให้บริการ เจ้าหน้าที่ที่มีความกระตือรือร้นในการให้บริการของห้องฉุกเฉิน ทำงานด้วยความขยันอดทน ทำงานเต็มความสามารถในวิชาชีพ ยิ้มแย้มแจ่มใสพร้อมให้บริการทันเวลา รวดเร็ว มีศักยภาพในการให้บริการ ดังข้อมูลต่อไปนี้

*“ให้บริการรวดเร็วทันเวลามีศักยภาพเป็นที่ประทับใจ” และ “ควรจัดเจ้าหน้าที่ประจำจุดบริการเพื่ออำนวยความสะดวกและเพิ่มจุดให้บริการสอบถามเพิ่มความอบอุ่นใจให้ผู้ใช้บริการ”*

3.2.3 ความพร้อมในการให้บริการ เจ้าหน้าที่ที่มีความพร้อมในการให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง มีแพทย์ประจำห้องฉุกเฉินตลอดเวลา เจ้าหน้าที่พร้อมทำงานผลัดเปลี่ยนเวรกัน สถานที่และอุปกรณ์พร้อมใช้ตลอดเวลา ดังข้อมูลต่อไปนี้

*“เจ้าหน้าที่มีความพร้อมในการให้บริการ” “ด้านการบริการในยุคไทยแลนด์ 4.0 นั้น การนำเทคโนโลยีมาใช้ในระบบงานบริการยังไม่ครอบคลุม บุคลากรบางท่านขาดทักษะความคล่องแคล่วในการใช้เทคโนโลยีเพื่อการสื่อสาร” และ “ควรจัดอบรมเจ้าหน้าที่เพิ่มประสิทธิภาพในการใช้เทคโนโลยีให้ทันยุคไทยแลนด์ 4.0”*

3.2.4 ความเต็มใจในการให้บริการ เจ้าหน้าที่ที่มีความเต็มใจในการให้บริการมีการเตรียมพร้อมในการให้บริการ เต็มใจให้บริการอย่างรวดเร็วและปรับเปลี่ยนให้สะดวก เข้าถึงบริการไม่ต้องรอนาน ดังข้อมูลต่อไปนี้

*“เจ้าหน้าที่ให้บริการอย่างเป็นกันเอง รู้สึกคลายความกังวล” และ “ควรมีบริการเสริมพิเศษสำหรับเด็กและผู้สูงอายุ ให้มีความเพลิดเพลิน สัมอาการเจ็บป่วย”*

3.2.5 บริการอย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน เจ้าหน้าที่มีการให้บริการอย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน ดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ไม่มีการแบ่งแยกเชื้อชาติ สีผิว เคารพในสิทธิของผู้ป่วย มีความปลอดภัยเมื่อใช้บริการ ทันเวลา รวดเร็ว มีศักยภาพในการให้บริการ ผู้ใช้บริการประทับใจในการให้บริการดังข้อมูลต่อไปนี้

*“ให้บริการรวดเร็วทันเวลามีศักยภาพเป็นที่ประทับใจ ไม่แสดงความรังเกียจผู้ยากไร้” และ “ส่งยิ้มให้กับทุกคน”*

## อภิปรายผล

1. คุณภาพการให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ตามความพึงพอใจของผู้รับบริการโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ( $M = 4.23, SD = .60$ ) แสดงให้เห็นว่าการให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีกระบวนการบริหารและการบริการอย่างเป็นระบบ ตามปัจจัยที่กำหนดคุณภาพการบริการ 5 ประการของ Parasuraman, Zeithaml, and Berry (1991) ทั้งความเป็นรูปธรรมของบริการ ความเชื่อถือไว้วางใจได้ การตอบสนองต่อผู้รับบริการ การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ และความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ ส่งผลให้มีความเชื่อมั่น ไว้วางใจต่อการให้บริการและมีความพึงพอใจต่อการรับบริการ (สรานันท์ อนุชน, 2556; พรรณนิดา ขุนทรง, 2558; ไสร็จจะราช เถระพันธ์, เกษมสันต์ พิพัฒน์ศิริศักดิ์, และนิตนา ฐานิตธนกร, 2561) สามารถอภิปรายผลจำแนกตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

การจัดบริการห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ผลการวิจัยพบว่า ผู้รับบริการมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการจัดบริการโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $M = 4.15, SD = .62$ ) แสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี มีการจัดบริการห้องฉุกเฉินตามหลักการให้บริการที่ดีของสำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (ชาติชาย คล้ายสุบรรณ, 2561) เป็นการบริการที่เป็นเลิศใน 3 องค์ประกอบ ทั้งโครงสร้าง กระบวนการ และ ความคาดหวังของผู้รับบริการ อีกทั้งคำนึงถึงและจัดการกับข้อพึงระวังในการให้บริการ (Gronroos, 1994) 5 ประการ คือ ไม่สนใจความต้องการของผู้รับบริการ ให้บริการขาดตกบกพร่อง ดำเนินการล่าช้า ใช้กิริยา วาจา ไม่เหมาะสม และทำให้ผู้รับบริการผิดหวัง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการจัดบริการของโรงพยาบาลทั้งในด้านระบบงาน/กระบวนการ (กรีธา งาเจือ, 2558) และความคาดหวังของผู้รับบริการ (จิตรประไพ สุรชิต, 2560; สุรภา ขุนทองแก้ว, 2562) ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการจัดบริการห้องฉุกเฉินส่งผลต่อคุณภาพการให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พบว่าการจัดบริการห้องฉุกเฉินด้านผลลัพธ์/ความคาดหวังของผู้รับบริการและด้านการบริการในยุคไทยแลนด์ 4.0 ส่งผลต่อคุณภาพการให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี และตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพการให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ได้แก่ ผลลัพธ์/ความคาดหวังของผู้รับบริการ ( $Beta = .43, p = .00$ ) และการบริการในยุคไทยแลนด์ 4.0 ( $Beta = .38, p = .00$ ) แสดงให้เห็นว่าการจัดบริการห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี มีมาตรฐานที่ดีทั้งด้านโครงสร้าง กระบวนการ และความคาดหวังของผู้รับบริการ ตามแนวคิดของพิรุณ รัตนวนิช (2554) ที่บ่งชี้ว่ามาตรฐานด้านโครงสร้าง (Structure standard) ได้แก่ 1) Staff หรือทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource) ห้องฉุกเฉินควรเปิดบริการตลอด 24 ชั่วโมง มีแพทย์ประจำห้องฉุกเฉินตลอดเวลา และควรมีการบริหารทรัพยากรบุคคลในห้องฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) Structure ได้แก่ เครื่องมือ อาคาร/สถานที่ ซึ่งเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็นสำหรับการรักษา ควรพร้อมใช้ตลอดเวลา 24 ชั่วโมง เครื่องมือที่วินิจฉัยและรักษา ต้องมีการตรวจสอบ บำรุงรักษา และบุคลากรต้องมีทักษะในการใช้เครื่องมือ และแนวคิดของสำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (ชาติชาย คล้ายสุบรรณ, 2561) ได้กำหนดแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉิน (ER Service Delivery) โดยมี 7 กระบวนการ ได้แก่ 1) กระบวนการคัดแยก 2) กระบวนการกู้ชีพ 3) การจัดบริการช่องทางด่วน 4) อุบัติเหตุหมู่ 5) การสื่อสารและการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ 6) การเพิ่มประสิทธิภาพกระบวนการไหลของผู้ป่วยในแต่ละชุด และ 7) การป้องกันความปลอดภัยและลดความรุนแรงในห้องฉุกเฉิน และผลการศึกษาลักษณะส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีในทุกด้าน สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ผู้รับบริการที่มีอายุ รายได้การศึกษา อาชีพ และสิทธิการรักษาที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อคุณภาพการให้บริการของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินไม่แตกต่างกัน (สรานันท์ อนุชน, 2556)

2. แนวทางการพัฒนาคุณภาพการให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในยุคละแนด์ 4.0 ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ผลการวิจัยพบว่า ควรพัฒนาคุณภาพการให้บริการ 2 ด้าน คือ ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ และการตอบสนองต่อผู้รับบริการ

ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ ควรพัฒนาบุคลากรที่ปฏิบัติงานให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน มีจำนวนบุคลากรเหมาะสมกับผู้รับบริการ ทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ ควรมีการคัดแยกผู้ป่วย ตามความเร่งด่วนทางการแพทย์และควรพัฒนาห้องตรวจแยกโรคให้ชัดเจน เป็นสัดส่วน เหมาะสม อุปกรณ์เครื่องมือ สอดคล้องกับการศึกษาของกริทธา งาเจือ (2558) ที่พบว่าค่าเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร จังหวัดตราด โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะด้านการมีเครื่องมือ อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก ซึ่งสอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ให้ข้อมูลหลัก ให้ข้อคิดเห็นว่า ควรพัฒนาศักยภาพของบุคลากร จัดหาเครื่องมือแพทย์ที่เพียงพอทันสมัย และเพิ่มการปรับปรุงการจัดระเบียบการนั่งรอ จัดหาเก้าอี้ที่นั่งรอให้เพียงพอ ส่วนข้อเสนอแนะด้านกระบวนการ ควรเพิ่มระบบการป้องกันความปลอดภัย และมาตรการป้องกันความรุนแรงที่อาจเกิดในห้องฉุกเฉิน การวินิจฉัยและรักษาที่รวดเร็ว รวมทั้งควรนำเทคโนโลยีมาช่วย เช่น การจัดระบบคิวแบบออนไลน์

ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ ควรเปิดบริการตลอด 24 ชั่วโมง และมีแพทย์ประจำห้องฉุกเฉิน มีระบบการดูแลให้เกิดความปลอดภัยและเท่าเทียม ทันเวลา รวดเร็ว และควรนำเทคโนโลยีมาใช้ในกระบวนการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรรณนิดา ขุนทรง (2558) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านเทคโนโลยี รองลงมาคือ ปัจจัยด้านบุคลากร และปัจจัยด้านโครงสร้างตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์เชิงลึก จากผู้ให้ข้อมูลหลักซึ่งให้ข้อคิดเห็นว่า ห้องฉุกเฉินควรเปิดบริการตลอด 24 ชั่วโมง ด้วยการบริการที่ดีมีคุณภาพและมาตรฐาน มีแพทย์ประจำห้องฉุกเฉินตลอดเวลา ควรเพิ่มจุดให้บริการสอบถาม และจัดเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ประจำจุดบริการเพื่ออำนวยความสะดวกและให้บริการเพิ่มความอบอุ่นใจให้ผู้ใช้บริการ ส่วนผลการสัมภาษณ์ด้านการบริการในยุคละแนด์ 4.0 นั้น การนำเทคโนโลยีมาใช้ในระบบงานบริการยังไม่ครอบคลุม บุคลากรบางท่านขาดทักษะความคล่องแคล่วในการใช้เทคโนโลยีเพื่อสื่อสาร ควรจัดอบรมเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้เทคโนโลยีให้ทันยุคไทยแลนด์ 4.0

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. แพทย์/พยาบาลวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่ของห้องฉุกเฉิน ควรนำผลการวิจัยด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการไปพัฒนาห้องตรวจแยกโรคให้ชัดเจน เป็นสัดส่วนให้เหมาะสม พร้อมทั้งจัดหาเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ให้มีความพร้อมตลอดเวลา 24 ชั่วโมง พัฒนาคำแนะนำความรู้ความสามารถของบุคลากรให้ตอบสนองยุคไทยแลนด์ 4.0

2. ผู้บริหารโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล หัวหน้างาน หัวหน้าเวร ควรนำผลการวิจัยด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ ไปวางแผนกำหนดนโยบายในการพัฒนางานบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ให้ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการในยุคไทยแลนด์ 4.0

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ผลการวิจัยสามารถนำไปวิจัยและพัฒนา รูปแบบการจัดบริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่สอดคล้องกับยุคไทยแลนด์ 4.0 เพื่อยกระดับคุณภาพของการบริการต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2559ก). *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564)*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2559ข). *แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ตุลาคม 2559-2579*. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กรีธา นางเจือ. (2558). *คุณภาพการให้บริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลกรุงเทพตราด จังหวัดตราด* (วิทยานิพนธ์ ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- จิตรประไพ สุรชิต. (2560) การรับรู้และความคาดหวังต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน จังหวัดชุมพร. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 31(2), 271-278.
- ชาติชาย คล้ายสุบรรณ (บ.ก.). (2561). *คู่มือแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉินที่เหมาะสมกับระดับศักยภาพสถานพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สามชัย 2017.
- ณัฐพล ชันธไชย. (2557). Green, Samuel B. (1991) "How many subjects dose it take to do a regression analysis?" *Multivariate Behavioral Research*, 26(3), 499-510. *วารสารเกษมบัณฑิต*, 15(1), 140-144.
- พรรณนิดา ขุนทรง. (2558). ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการให้บริการโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน). *วารสารสังคมศาสตร์บูรณาการ*, 2(1), 58-82.
- พิรุณ รัตนวณิช. (2554). *คุณภาพบริการด้านสาธารณสุขสำหรับพยาบาล*. นนทบุรี: มายด์ พับลิชชิ่ง.
- โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. (2562). *รายงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*. เพชรบุรี: ฝ่ายทะเบียนงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี.
- สรานันท์ อนุชน. (2556). ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 14(3), 159-169.
- สุรภา ขุนทองแก้ว. (2562). การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดราชบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 2(11), 30-44.

โสรัจจะราช เถระพันธ์, เกษมสันต์ พิพัฒน์ศิริศักดิ์, และนิตนา ฐานิตธนกร. (2561). คุณภาพการบริการ และการบริหารความสัมพันธ์กับผู้รับบริการที่ส่งผลต่อความไว้วางใจ ความพึงพอใจและความภักดีของผู้ใช้บริการโรงพยาบาลเอกชน ในจังหวัดปทุมธานี. ใน มหาวิทยาลัยรังสิต, *การประชุมนำเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา ครั้งที่ 13 ปีการศึกษา 2561* (น.299-309). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยรังสิต.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2<sup>nd</sup> ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Gronroos, C. (1994). *Service management and marketing: Managing the moments of truths in service competition*. MA: Lexington.

Parasuraman, A., & Berry, L. L. (1990). *Delivering quality service: Balancing customer perceptions and expectations*. New York: The Free Press.

Parasuraman, A., Zeithaml, V. L. & Berry, L. L. (1991). Refinement and reassessment of the SERVQUAL scale. *Journal of Retailing*, 67(4), 420-450.

## บทความวิจัย (Research article)

### การพัฒนาแบบแผนการเรียนการสอนหลักการและเทคนิคการวัดสัญญาณชีพ ผ่านระบบบริหารการจัดการเรียนรู้

### The Instructional Development in Vital Signs Measurement Through the Learning Management System

วิยะดา เปาวนา<sup>1\*</sup>

Wiyada Paowana<sup>1\*</sup>

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: wiyadap@bcnu.ac.th, โทรศัพท์ 081-0492567)

(Received: July 2, 2020; Revised: October 20, 2020; Accepted: November 10, 2020)

#### บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบการเรียนการสอนหลักการและเทคนิคการวัดสัญญาณชีพผ่านระบบบริหารการจัดการเรียนรู้ 2) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการเรียนการสอนหลักการและเทคนิคการวัดสัญญาณชีพ มีวิธีดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอน คือ 1) การศึกษาสภาพการณ์และแสวงหาองค์ความรู้ ผู้ให้ข้อมูลเป็นอาจารย์พยาบาล 3 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา 2) การออกแบบและพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนตามโมเดล ADDIE 3) การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการเรียนการสอนโดยการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล 32 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบวัดความรู้ก่อนและหลังเรียนและแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้เรียนต่อรูปแบบการเรียนการสอน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและการทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน และ 4) การประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบการเรียนการสอน เป็นการนำผลการทดลองรูปแบบการเรียนการสอนมาปรับปรุง แก้ไขให้เหมาะสมและนำไปใช้ ผลการวิจัย พบว่า

1. รูปแบบการเรียนการสอนหลักการและเทคนิคการวัดสัญญาณชีพผ่านระบบบริหารการจัดการเรียนรู้ มีกระบวนการเรียนการสอน 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นเตรียมผู้เรียน ปฐมนิเทศขั้นตอนการเรียนและการทดสอบก่อนเรียน 2) ขั้นเรียนรู้ เป็นการเรียนเนื้อหาและศึกษาสื่อวีดิทัศน์ และ 3) ขั้นประเมินผล โดยการวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลังเรียน

2. ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของผู้เรียนภายหลังการใช้รูปแบบการเรียนการสอนหลักการและเทคนิคการวัดสัญญาณชีพผ่านระบบบริหารการจัดการเรียนรู้สูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 13.45$ ,  $p < .05$ ) และความพึงพอใจโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $M = 4.24$ ,  $SD = .53$ )

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี

Nursing instructor, Professional level, Boromarajonani College of Nursing, Udonthani

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การออกแบบและพัฒนาการเรียนการสอนผ่านระบบบริหารการจัดการเรียนรู้ ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอย่างเป็นรูปธรรม

**คำสำคัญ:** สัญญาณชีพ, รูปแบบการเรียนการสอน, ระบบบริหารการจัดการเรียนรู้

## Abstract

The objectives of this research and development were 1) to develop the instruction, principles and techniques of vital signs measurement through the Learning Management System (LMS) and 2) to study the effectiveness of the instruction, principles and techniques of vital signs measurement. There are four research steps. The first one was studying the situation and seeking knowledge. Informants were 3 nursing teachers. Data were collected by group discussions. The data was analyzed using content analysis. The second step was designing and developing the instruction based on ADDIE model which was verified by three experts. The third step was studying the effectiveness of the instruction by quasi-experimental research. The sample consisted of 32 nursing students. Data were collected by using a pre- and post- test and a questionnaire of the students' satisfaction towards the instruction. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test. The fourth step was evaluating and improving the instruction. This step was to use the results of the instructions and apply them. The research findings were as follows;

1. Instructions, principles and techniques for measuring vital signs through the LMS comprised of three steps in learning and teaching process; 1) Learner preparation phase: Students' orientation of a learning process and a pre-test, 2) Learning phase: Students studied the content and watched videos, and 3) Evaluation phase: Evaluation was conducted using an academic achievement after class.

2. The learning achievement after using the principles and techniques of measuring vital signs through the LMS were significantly higher than the previous class ( $t = 13.446, p < .05$ ) and the satisfaction level was at a high level ( $M = 4.24, SD = 0.53$ ).

The research results show that the instructional development through LMS have an impact on students' academic achievement.

**Keyword:** Vital signs, Instructional style, Learning Management System (LMS)

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพัฒนาผู้เรียนในปัจจุบัน มุ่งเน้นให้เกิดทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 จึงได้นำนวัตกรรมและเทคโนโลยีทางการศึกษามาใช้ในการจัดการศึกษาเพื่อเพิ่มทางเลือกในการเรียนรู้ให้กับผู้เรียน การพัฒนาผู้เรียนในยุคดิจิทัลให้มีความรู้ความสามารถในการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลข่าวสารได้นั้น ผู้สอนต้องเปลี่ยนบทบาทจากการเป็นผู้ให้หรือถ่ายทอด มาเป็นผู้ออกแบบการศึกษาที่มุ่งเน้นให้ผู้เรียนรู้จักวิธีการแสวงหาความรู้และเลือกสรรความรู้ที่เหมาะสมด้วยตนเอง ควบคู่ไปกับการเรียนรู้เนื้อหาเพื่อสนองตอบผู้เรียนที่มีความแตกต่างกัน ทั้งในด้านความต้องการ ความสนใจ วิธีการ และรูปแบบการเรียนรู้ การเรียนการสอนจึงไม่ควรถูกจำกัดให้อยู่เฉพาะในห้องเรียนและภายในสถาบันการศึกษาอีกต่อไป (ฐาปนีย์ ธรรมเมธา, 2557)

การเรียนอิเล็กทรอนิกส์ (e-Learning) หรือการเรียนออนไลน์ (Online learning) เป็นการเรียนโดยใช้เทคโนโลยีเป็นฐาน (Technology-based learning) เป็นกระบวนการเรียนรู้ผ่านอินเทอร์เน็ตเสมือนการเรียนในห้องเรียนเพื่อสนับสนุนและเพิ่มช่องทางการเรียนรู้ของผู้เรียน สามารถเข้าถึงผู้เรียนที่อยู่ห่างไกลโดยไม่จำกัดสถานที่และเวลา (Anywhere-anytime learning) และสนับสนุนระบบการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ (Student-centered learning) ผู้เรียนสามารถควบคุมจังหวะการเรียนรู้ได้ด้วยตัวเอง (Self-paced learning) การเรียนรู้ด้วยตนเองเป็นช่องทางสำคัญหนึ่งของการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์หรือการเรียนออนไลน์ได้ถูกออกแบบให้เป็นเสมือนหรือใกล้เคียงกับการเรียนการสอนในห้องเรียนปกติ (กร ศรเลิศล้ำวาณิช, 2560) โดยใช้ระบบจัดการเรียนการสอน (Learning Management System: LMS) ซึ่งเป็นซอฟต์แวร์สำคัญเพื่อจำลองวิธีการสื่อสารการสอนจากการสอนปกติในห้องเรียน มาใช้เครื่องมือต่างๆ ของระบบจัดการเรียนการสอน

องค์ประกอบของระบบบริหารจัดการเรียนการสอน ได้แก่ การเก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้เรียน สถิติการเข้าเรียน การร่วมกิจกรรมการเรียน การสื่อสารปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน ผู้เรียนกับผู้เรียนด้วยกัน รวมถึงการวัดและประเมินผล เป็นต้น ผู้สอนสามารถสร้างรายวิชาโดยบรรจุเนื้อหา สร้างแบบทดสอบ สื่อการสอน จัดการสภาพแวดล้อมทางการเรียนและจัดเก็บบันทึกข้อมูลการเรียนรู้ของผู้เรียนด้วยตนเองเพื่อให้ผู้สอนนำไปวิเคราะห์ ติดตามและประเมินผลการเรียนการสอนในรายวิชานั้นได้ ผู้เรียนสามารถศึกษาเนื้อหาและทำกิจกรรมต่างๆ ตามที่ผู้สอนสร้างไว้รวมทั้งผู้สอนและผู้เรียนสามารถติดต่อสื่อสารกันได้ผ่านทางเครื่องมือสื่อสารที่ระบบจัดไว้ให้ เช่น กระดานข่าว อีเมล แชต และเว็บบอร์ด เป็นต้น ซึ่งเอื้ออำนวยความสะดวกให้กับทั้งผู้เรียน ผู้สอน ผู้ผลิตและผู้ดูแลระบบ (ฐาปนีย์ ธรรมเมธา, 2557)

การเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นมากมายและทุกคนต้องปรับตัว รวมทั้งพยาบาลก็ต้องเรียนรู้ในการใช้วิธีการใหม่และหลากหลายในการเรียนการสอนในทุกหนทุกแห่งที่ทำงาน ซึ่งมีความแตกต่างไปจากที่ผ่านมา วิธีการจัดการเรียนการสอนแตกต่างไปจากเดิมที่เน้นเนื้อหาและความรู้มากกว่าประสบการณ์ การเรียนรู้สาขาพยาบาลศาสตร์ในปัจจุบันและในอนาคตต้องการพยาบาลที่สามารถคิดวิเคราะห์และแก้ปัญหาได้ รวมทั้งมีความคิดสร้างสรรค์และมีทักษะการติดต่อสื่อสาร เป็นผู้มีความรู้ ผู้สำเร็จการศึกษาพยาบาลต้องได้รับการเตรียมพร้อมสำหรับการปฏิบัติในศตวรรษที่ 21 โดยการศึกษาต้องมีทั้ง

ภาคทฤษฎีที่เหมาะสม ภาคปฏิบัติในห้องทดลองและการปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริง เพื่อให้เชื่อมโยงกับกับสภาพการณ์จริงให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล (วิภาดา คุณาวิทิกุล, 2558) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์หรือการเรียนออนไลน์ผ่านระบบบริหารจัดการเรียนการสอนพบว่า สามารถพัฒนาผู้เรียนให้มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงขึ้นและทำให้ผู้เรียนมีความพึงพอใจต่อการเรียนการสอน (จินตนา กลิ่นนันท, 2559; แกมกาญจน์ แสงหล่อ, 2560; สายใจ ทองเนียม, 2560) รวมทั้งในการศึกษาพยาบาลศาสตร์ (Samaneh et al., 2015; Rouhollah, Maryam, Sayed, Elaheh, & Nasrin, 2018; พิมพ์พัฒน์ จันทร์เพียน, โสภภาพันธุ์ สอาด, ศุภาพิชญ์ โพน โปร์แมนน์, และวรรณพร บุญเปล่ง, 2559; นงคาร รางแดง และดวงดาว อุบลแยม; 2561; จุไรรัตน์ ดวงจันทร์, บุญทิพย์ สิริธรรังศรี, ทรงศรี สรณสถาพร, และวันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, 2562) การเรียนด้วยสื่ออิเล็กทรอนิกส์จะส่งผลให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพและสามารถนำไปใช้ป็นวิธีการเรียนรู้ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสำหรับนักศึกษาพยาบาลโดยอยู่บนพื้นฐานของการเรียนรู้แบบนำตนเอง (Knowles, 1975) ผู้เรียนริเริ่มกระบวนการเรียนรู้และควบคุมกระบวนการเรียนรู้ของตนเองให้บรรลุจุดหมายที่พึงปรารถนา ซึ่งเหมาะสมกับวิชาชีพการพยาบาลที่เน้นการฝึกทักษะและการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องของผู้เรียน โดยมีผู้สอนคอยช่วยเหลือให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองมากขึ้น

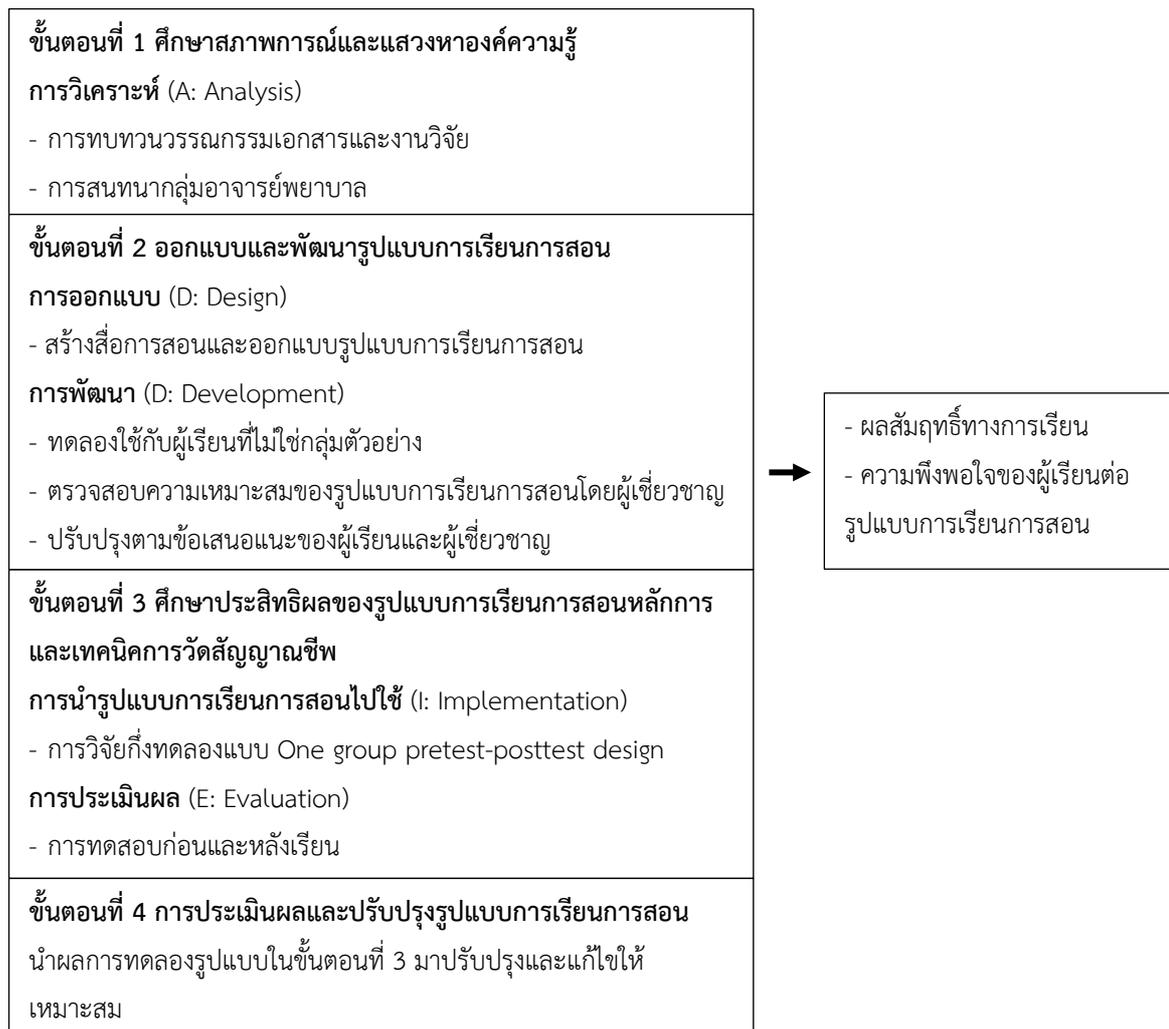
การจัดการเรียนการสอนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก และใช้ชุมชนเป็นฐานในการกระตุ้นให้เกิดกระบวนการคิด มุ่งเน้นการเรียนรู้ตามสภาพจริง มีอิสระในการเรียนรู้รวมทั้งสร้างองค์ความรู้และถ่ายทอดความรู้ตามหลักแห่งเสรีภาพทางวิชาการ โดยผู้เรียนมีการเรียนรู้แบบนำตนเอง มีความเป็นอิสระส่วนบุคคลและความรับผิดชอบตนเองในการเรียนรู้ ซึ่งเป็นพื้นฐานของการศึกษาในระดับอุดมศึกษา ผู้เรียนที่มีความใฝ่รู้และพยายามที่จะเรียนรู้ในสิ่งที่ตนสนใจ เป็นลักษณะของผู้เรียนที่มีการชี้นำตนเองในการเรียนรู้ ซึ่งจะสามารถเรียนรู้ได้ดีกว่าผู้เรียนที่เรียนโดยการชี้นำจากผู้อื่น รวมทั้ง ในรายวิชาหลักการและเทคนิคการพยาบาล ซึ่งเป็นวิชาแรกทางการพยาบาลที่นักศึกษาจะได้นำความรู้ไปใช้ในการฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล ซึ่งถือได้ว่าเป็นการฝึกปฏิบัติการพยาบาลครั้งแรกในหอผู้ป่วยและในชีวิตของการเป็นนักศึกษาพยาบาล อันจะส่งผลให้นักศึกษามีความพร้อม เกิดความมั่นใจและลดความวิตกกังวล ตลอดจนเป็นพื้นฐานที่ดีสำหรับการฝึกภาคปฏิบัติในรายวิชาอื่นๆ ซึ่งต้องการรูปแบบการเรียนการสอนที่เหมาะสม ส่งเสริมความสามารถในการถ่ายทอดความรู้และความสามารถในการปฏิบัติงานอย่างยั่งยืนต่อไป (ทองปาน บุญกุล, ทวีศักดิ์ จินดานุรักษ์, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, และจิตรพร หล่อสุวรรณกุล, 2555) ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการเรียนการสอนหลักการและเทคนิคการวัดสัญญาณชีพผ่าน ระบบบริหารจัดการเรียนรู้ในรายวิชาหลักการและเทคนิคการพยาบาลเพื่อมุ่งหวังให้ผู้เรียนมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ดีขึ้น เล็งเห็นศักยภาพของตนเองในการเรียนรู้ด้วยตนเอง เกิดความพึงพอใจในการเรียน ผู้เรียนสามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการฝึกปฏิบัติงานภาคสนาม ส่งผลให้ผู้เรียนมีศักยภาพทางการศึกษาที่สูงขึ้น เป็นต้นแบบที่ดีแก่วิชาชีพการพยาบาล และได้นวัตกรรมที่เป็นผลผลิตทางการเรียนการสอนที่เป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาผู้เรียนต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนหลักการและเทคนิคการวัดสัญญาณชีพผ่านระบบบริหารการจัดการเรียนรู้
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการเรียนการสอนหลักการและเทคนิคการวัดสัญญาณชีพผ่านระบบบริหารการจัดการเรียนรู้ ดังนี้
  - 2.1 เปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของผู้เรียนก่อนและหลังการเรียนการสอนหลักการและเทคนิคการวัดสัญญาณชีพผ่านระบบบริหารการจัดการเรียนรู้
  - 2.2 ศึกษาระดับของความพึงพอใจของผู้เรียนต่อรูปแบบการเรียนการสอนหลักการและเทคนิคการวัดสัญญาณชีพผ่านระบบบริหารการจัดการเรียนรู้

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยและพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนหลักการและเทคนิคการวัดสัญญาณชีพในรายวิชาหลักการและเทคนิคการพยาบาล ดำเนินการสร้างตามขั้นตอนของ ADDIE Model (ฐาปนีย์ ธรรมเมธา, 2557) ได้แก่ 1) ขั้นการวิเคราะห์ (Analysis) 2) ขั้นการออกแบบ (Design) 3) ขั้นการพัฒนา (Development) 4) ขั้นการนำไปใช้ (Implementation) และ 5) ขั้นการประเมินผล (Evaluation) (Trust & Pektas, 2018) ดำเนินการเรียนการสอนบนพื้นฐานทฤษฎีการเรียนรู้แบบนำตนเอง (Knowles, 1975) โดยผู้เรียนริเริ่มกระบวนการเรียนรู้และควบคุมกระบวนการเรียนรู้ของตนเองให้บรรลุจุดหมายที่พึงปรารถนา ซึ่งเหมาะสมกับวิชาชีพการพยาบาลที่เน้นการฝึกทักษะและการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องของผู้เรียน โดยมีผู้สอนคอยช่วยเหลือให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองมากขึ้น มีการดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอน รายละเอียดดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวิธีดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอน รายละเอียดดังนี้

**1. การศึกษาสภาพการณ์และแสวงหาคำความรู้** เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน วิเคราะห์ความจำเป็น เนื้อหา ผู้เรียน วัตถุประสงค์ สภาพแวดล้อมโดยการสนทนากลุ่มผู้สอนและทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีจากบทความวิชาการ หลักฐานเชิงประจักษ์ หนังสือและตำราทั้งในประเทศและต่างประเทศเพื่อแสวงหาคำความรู้ที่เกี่ยวข้องกับหลักการและเทคนิคการวัดสัญญาณชีพ

**ผู้ให้ข้อมูลหลัก** เป็นอาจารย์พยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี จำนวน 3 คน โดยมีประสบการณ์ในการสอนภาคทฤษฎีและภาคทดลอง เรื่อง หลักการและเทคนิคการวัดสัญญาณชีพมากกว่า 10 ปี คัดเลือกแบบเจาะจงโดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) จบการศึกษาน้อย

ระดับปริญญาโททางการพยาบาล 2) มีประสบการณ์การสอนภาคปฏิบัติอย่างน้อย 5 ปี และ 3) ผ่านการอบรมศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เป็นประเด็นคำถามหลักและคำถามย่อยในการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับสภาพการณ์และองค์ความรู้เกี่ยวกับหลักการและเทคนิคการวัดสัญญาณชีพ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** โดยการสนทนากลุ่ม ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง และมีการบันทึกเทปเสียงในขณะที่ทำการสนทนา

**การวิเคราะห์ข้อมูล** โดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหาตามเนื้อหาที่ปรากฏ จำแนกเนื้อหาเป็นหัวข้อหลัก หัวข้อรอง วิเคราะห์และนำเสนอข้อสรุป

**2. การออกแบบและพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนหลักการและเทคนิคการวัดสัญญาณชีพ** เป็นการนำผลการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 มาออกแบบการเรียนการสอน ดังนี้

2.1 การออกแบบรูปแบบการเรียนการสอน ผู้วิจัยได้จัดทำร่างรูปแบบการเรียนการสอน โดยนำข้อมูลที่ได้มาออกแบบตามองค์ประกอบของการเรียนการสอนออนไลน์ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) ระบบบริหารการจัดการเรียนรู้ (Learning Management System: LMS)

งานวิจัยนี้ใช้ระบบบริหารการจัดการเรียนรู้ของสถาบันพระบรมราชชนก โดยใช้ Moodle version 3.2 ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางนำส่งบทเรียนผ่านเครือข่ายคอมพิวเตอร์ไปยังผู้เรียน ประเมินผลความสำเร็จของบทเรียน ควบคุมและสนับสนุนการให้บริการทั้งหมดแก่ผู้เรียน

2) เนื้อหาบทเรียน เป็นการกำหนดเนื้อหาที่ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง รวมทั้งสื่อการสอนในรูปแบบของอิเล็กทรอนิกส์ ประกอบด้วย 1) ความหมายสัญญาณชีพ 2) วัตถุประสงค์การวัดสัญญาณชีพ 3) ข้อบ่งชี้ในการวัดสัญญาณชีพ 4) อุณหภูมิ ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิการวัดอุณหภูมิกาย 5) ชีพจร ปัจจัยที่มีผลต่อชีพจร การวัดชีพจร 6) การหายใจ ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการหายใจ การนับการหายใจ 7) ความดันโลหิต ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิต วิธีวัดความดันโลหิต 8) ขั้นตอนการวัดสัญญาณชีพ 9) การช่วยเหลือเบื้องต้นในผู้ที่มีความผิดปกติของสัญญาณชีพ และ 10) หลักการและเทคนิคการเช็ดตัวลดไข้และสั้ววัดที่ศน์เรื่องการวัดอุณหภูมิ การจับชีพจร การนับการหายใจ การวัดความดันโลหิตและการเช็ดตัวลดไข้ เนื้อหาและสื่อต้องชัดเจน สมบูรณ์จบในตัวเอง ผู้เรียนสามารถวัดความรู้ของตนเองได้เป็นระยะๆ มีเนื้อหาครอบคลุมทั้งทฤษฎีและปฏิบัติสามารถถ่ายโอนความรู้ไปสู่การปฏิบัติจริงได้

3) การติดต่อสื่อสาร ใช้รูปแบบการติดต่อสื่อสารแบบสองทางเพื่อให้ผู้เรียนได้ติดต่อ สอบถาม ปรีกษาหารือ ส่งงานและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้เรียนกับผู้สอนและระหว่างผู้เรียนกับผู้เรียนที่ร่วมชั้นเดียวกันโดยใช้เว็บบอร์ดและอีเมล ติดต่อสื่อสารแบบไม่ประสานเวลาหรือไม่ทันทีเพื่อสอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียนโดยไม่จำกัดเวลาเรียน

4) การประเมินผล ออกแบบวิธีการวัดและประเมินผลการเรียนว่าควรกระทำเมื่อใด แบบทดสอบควรเป็นแบบใด สำหรับการวิจัยนี้เป็นการประเมินผลก่อนและหลังเรียนโดยใช้แบบทดสอบวัดความรู้

5) ระบบสนับสนุนการเรียน เป็นระบบเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์และเครือข่ายอินเทอร์เน็ต การวิจัยนี้เลือกใช้ระบบบริหารการจัดการเรียนรู้ ซึ่งสามารถเรียนได้ทั้งบนสมาร์ตโฟน และคอมพิวเตอร์ โดยมีคู่มือขั้นตอนการเรียนสำหรับเป็นแนวทางการเรียนการสอนและมีการใช้กระดานสนทนาที่ใช้ชื่อว่า “นานาทศนะ” เพื่อเป็นช่องทางในการให้คำแนะนำช่วยเหลือต่างๆ

6) ผู้สอนและผู้เรียน ผู้วิจัยได้เลือกนักศึกษาชั้นปีที่ 2 เป็นกลุ่มตัวอย่างเนื่องด้วยนักศึกษาจะได้เรียนรายวิชาหลักการและเทคนิคการพยาบาล

2.2 การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอน ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบการเรียนการสอนเพื่อตรวจสอบเนื้อหาและความเหมาะสมกับผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาและด้านเทคนิคจำนวน 3 คน จากนั้นนำไปให้นักศึกษาชั้นปีที่ 3 ที่เคยเรียนวิชานี้มาแล้ว จำนวน 10 คน แสดงความคิดเห็นต่อรูปแบบการเรียนการสอน ปรับปรุงและแก้ไขตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญและนักศึกษา จากนั้นนำรูปแบบการเรียนการสอนหลักการและเทคนิคการวัดสัญญาณชีพที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับนักศึกษาที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดลองใช้แบบทดสอบวัดความรู้ก่อนเรียนเรียนบทเรียนวันละ 1 ชั่วโมงเป็นระยะเวลา 4 วัน จากนั้นทำแบบทดสอบวัดความรู้หลังเรียนและตอบแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้เรียนต่อรูปแบบการเรียนการสอน จากนั้นผู้วิจัยแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะอีกครั้ง

**3. การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการเรียนการสอนหลักการและเทคนิคการวัดสัญญาณชีพ** เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) มีรายละเอียดดังนี้

**กลุ่มตัวอย่าง** เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2562 จำนวน 32 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*Power 3.1 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ .50 อำนาจในการทดสอบ (Power of test) .80 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือการออกจากกรวิจัยของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 32 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การวิจัย (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) ลงทะเบียนเรียนเต็มเวลาในปีการศึกษา 2562 2) มีอุปกรณ์คอมพิวเตอร์หรือสมาร์ตโฟน และ 3) ยินดีเข้าร่วมวิจัยและสามารถเข้าเรียนได้ครบทุกโมดูล คัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากบัญชีรายชื่อนักศึกษาแบบไม่ใส่คืน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** แบ่งเป็น 2 ชุด ได้แก่

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นรูปแบบการเรียนการสอนหลักการและเทคนิคการวัดสัญญาณชีพผ่านระบบบริหารการจัดการเรียนรู้

2) เครื่องมือวัดประสิทธิผลของรูปแบบการเรียนการสอนฯ ประกอบด้วย

- แบบทดสอบวัดความรู้ก่อนและหลังเรียน เป็นข้อสอบปรนัย 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ ซึ่งเป็นข้อสอบคู่ขนานผ่านการวิพากษ์โดยผู้เชี่ยวชาญและผ่านการทดลองใช้ในชั้นตอนที่ 2 มีค่าดัชนีความยากง่าย ( $p$ ) อยู่ระหว่าง .50 – .80 และค่าอำนาจจำแนก ( $r$ ) อยู่ระหว่าง .20 – .53

- แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้เรียนต่อรูปแบบการเรียนการสอน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อุกรณ์ ที่ใช้ในการเข้าถึงข้อมูล การใช้สัญญาณไวไฟ (Wi-Fi) และส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้เรียน จำแนกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านบทเรียน ด้านการใช้ภาษา ด้านการออกแบบบทเรียน ด้านการออกแบบปฏิสัมพันธ์ ด้านการให้ผลป้อนกลับ และด้านความพึงพอใจ จำนวน 43 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ระหว่าง 1 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจน้อยที่สุด และ 5 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ในการคิดคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง ระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง ระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

แบบสอบถามนี้ผ่านการตรวจสอบเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ มีค่าดัชนีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Congruence: IOC) ระหว่าง .66-1.00 และผ่านการทดลองใช้ในชั้นตอนที่ 2 มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .97

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนของการวิจัย กิ่งทดลองเป็น 2 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลองและระยะทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

1) ระยะเตรียมการทดลอง เป็นการดำเนินการเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- ขออนุญาตทำการวิจัยต่อผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี  
- ประชุมชี้แจงนักศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างและลงนามแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

2) ระยะทดลอง ดำเนินการตามรูปแบบการเรียนการสอนหลักการและเทคนิค การวัดสัญญาณชีพกับกลุ่มตัวอย่างใช้เวลาทั้งสิ้น 4 วัน วันละ 1 ชั่วโมง โดยแบ่งออกเป็น 3 ชั้น คือ ชั้นเตรียมการ ชั้นเรียนรู้และชั้นประเมินผล ดังนี้

- ชั้นเตรียมผู้เรียน ในวันแรกเป็นการเตรียมนักศึกษาสำหรับการเรียนโดยการปฐมนิเทศชี้แจงขั้นตอนและรายละเอียดเกี่ยวกับกระบวนการเรียนการสอน ขั้นตอนการเข้าสู่บทเรียน การติดต่อสื่อสารกับผู้สอนและผู้เรียน กระดานสนทนา การส่งงานและการทดสอบก่อนเรียน

- ชั้นเรียนรู้ เป็นการเรียนการสอนตามบทเรียนซึ่งแบ่งเนื้อหาออกเป็น 3 โมดูล ที่ครอบคลุมเนื้อหาหลักการและเทคนิคการวัดสัญญาณชีพ

- ขึ้นประเมินผล โดยการทำแบบทดสอบวัดความรู้หลังเรียนหลังสิ้นสุดการเรียน  
ในโมดูลสุดท้ายและประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการเรียนการสอน

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบทดสอบวัดความรู้หลักการและเทคนิคการวัดสัญญาณชีพ  
ก่อนและหลังเรียน และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้เรียนโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ  
ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของผู้เรียนก่อนและหลังการ  
เรียนการสอนหลักการและเทคนิคการวัดสัญญาณชีพผ่านระบบบริหารการจัดการเรียนรู้โดยการทดสอบที่  
แบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired t-test)

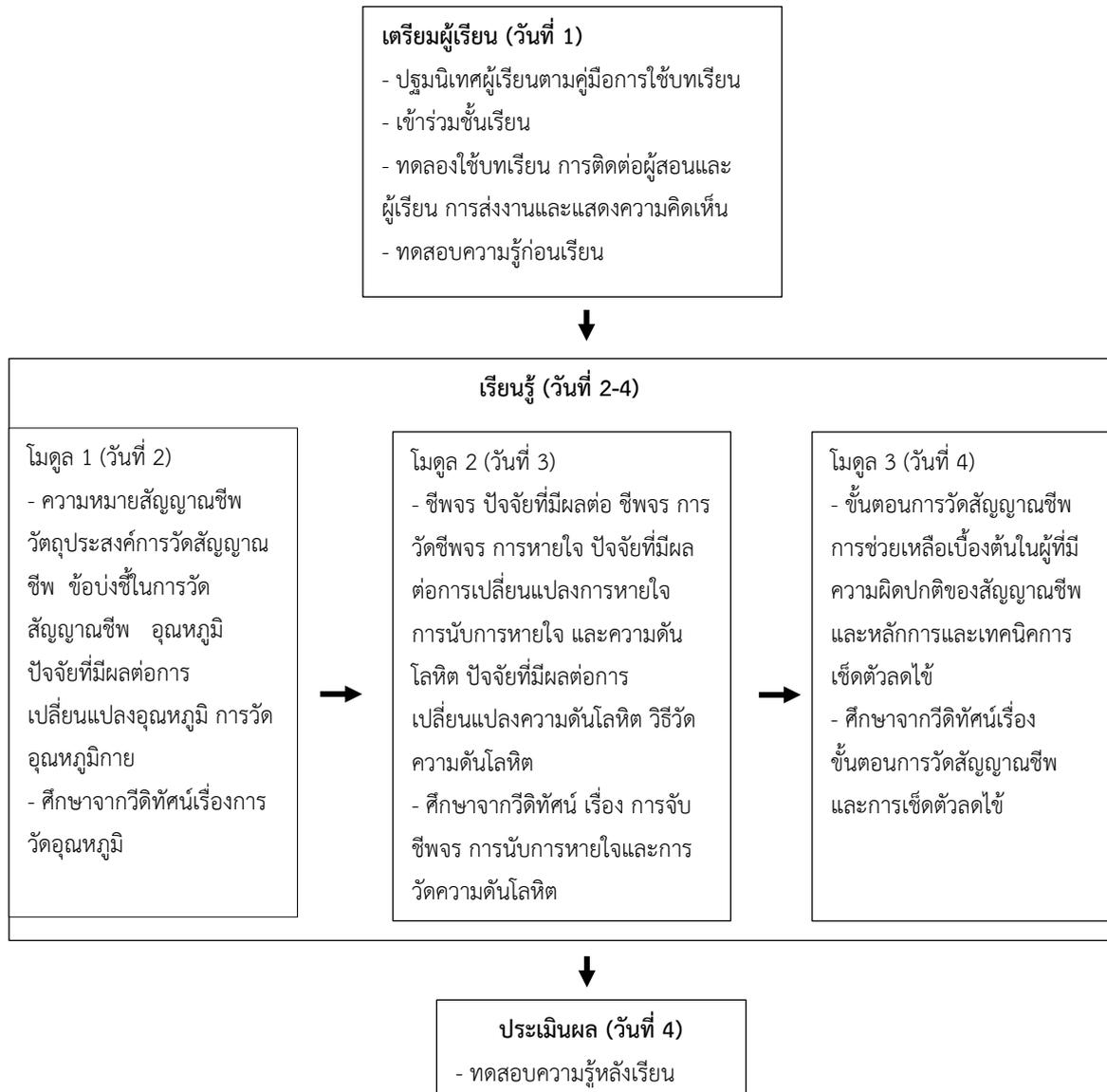
4. การประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบการเรียนการสอน หลังทดลองใช้รูปแบบการเรียนการ  
สอนหลักการและเทคนิคการวัดสัญญาณชีพ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 คน ให้ข้อเสนอแนะหรือข้อคิดเห็น  
เพิ่มเติมในแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้เรียนต่อรูปแบบการเรียนการสอน เพื่อผู้วิจัยจะได้นำมาปรับปรุง  
พัฒนารูปแบบการเรียนการสอนต่อไป

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาล  
บรมราชชนนี อุตรธานี เลขที่ IRB BCNU 044/026 วันที่ 25 มกราคม พ.ศ. 2562 ดำเนินการวิจัยโดย  
คำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเพื่อทำความเข้าใจในทุกขั้นตอนของการวิจัย  
เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจในการเข้าร่วม ก่อนที่จะลงลายมือชื่อเข้าร่วม ตลอดจนการรักษา  
ความลับของข้อมูล การยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการเรียนการสอน  
และเปิดโอกาสให้นักศึกษาที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเข้าเรียนได้หลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย

#### ผลการวิจัย

1. รูปแบบการเรียนการสอนหลักการและเทคนิคการวัดสัญญาณชีพ จากการศึกษาเอกสาร  
แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับหลักการและเทคนิคการวัดสัญญาณชีพและการสนทนากลุ่มกับอาจารย์  
พยาบาลในวิทยาลัยที่มีประสบการณ์ในการสอนภาคทฤษฎีและภาคทดลองเรื่องหลักการและเทคนิคการ  
วัดสัญญาณชีพ ผู้วิจัยได้นำผลการวิเคราะห์มากำหนดเป็นเนื้อหาและจัดทำเป็นเอกสารประกอบการสอน  
ประกอบด้วยเนื้อหาหยาบ 10 หัวข้อ ได้แก่ 1) ความหมายสัญญาณชีพ 2) วัตถุประสงค์การวัดสัญญาณชีพ  
3) ข้อบ่งชี้ในการวัดสัญญาณชีพ 4) อุดมภูมิ ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอุดมภูมิ การวัดอุดมภูมิ  
กาย 5)ชีพจร ปัจจัยที่มีผลต่อชีพจร การวัดชีพจร 6) การหายใจ ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการ  
หายใจ การนับการหายใจ 7) ความดันโลหิต ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิต วิธีวัดความ  
ดันโลหิต 8) ขั้นตอนการวัดสัญญาณชีพ 9) การช่วยเหลือเบื้องต้นในผู้ที่มีความผิดปกติของสัญญาณชีพ  
และ 10) หลักการและเทคนิคการเช็ดตัวลดไข้ การจัดการเรียนการสอน ประกอบด้วยขั้นตอนในการ  
จัดการเรียนรู้ โดยประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังภาพ 2



ภาพ 2 กระบวนการจัดการเรียนการสอน

1.1 ชั้นเตรียมผู้เรียน (วันที่ 1 ของการเรียน) ในวันแรกเป็นการเตรียมนักศึกษาให้มีความพร้อมสำหรับการเรียนแบบเผชิญหน้าระหว่างผู้สอนและผู้เรียน โดยการปฐมนิเทศชี้แจงตามคู่มือการใช้บทเรียน (User manual) รายละเอียดเกี่ยวกับกระบวนการเรียนการสอน ขั้นตอนการเข้าสู่บทเรียน การแนะนำรายวิชา แนะนำผู้สอน การเข้าร่วมชั้นเรียน ทดลองใช้บทเรียน การติดต่อสื่อสารกับผู้สอนและผู้เรียน การแสดงความคิดเห็น ภาระงานสนทนา การส่งงานและการทำแบบทดสอบความรู้ก่อนเรียน

1.2 ชั้นเรียนรู้ (วันที่ 2 - 4 ของการเรียน) เป็นการเรียนการสอนตามบทเรียนซึ่งแบ่งเนื้อหาออกเป็น 3 โมดูล ที่ครอบคลุมเนื้อหาหลักการและเทคนิคการวัดสัญญาณชีพ โดยนักศึกษาจะต้องเรียนในแต่ละวัน วันละ 1 ชั่วโมงต่อ 1 โมดูล ตั้งแต่โมดูลที่ 1-3 เรียงตามลำดับ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.2.1 โมดูลที่ 1 นักศึกษาศึกษาด้วยตนเองจากบทเรียนตั้งแต่ความหมายสัญญาณชีพ วัตถุประสงค์การวัดสัญญาณชีพ ข้อบ่งชี้ในการวัดสัญญาณชีพอนุหภูมิ ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอนุหภูมิ การวัดอนุหภูมิกายและศึกษาจากวิดีโอทัศน์เรื่องการวัดอนุหภูมิ โดยนักศึกษาจะศึกษาซ้ำๆ ได้ตามต้องการ รวมทั้งการซักถาม แลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นในกระดานสนทนาที่ใช้ชื่อว่า “นานาชาติชนะ”

1.2.2 โมดูลที่ 2 นักศึกษาศึกษาด้วยตนเองจากบทเรียนตั้งแต่ ชีพจร ปัจจัยที่มีผลต่อชีพจร การวัดชีพจร และการหายใจ ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการหายใจ การนับการหายใจ และความดันโลหิต ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิต วิธีวัดความดันโลหิตและศึกษาจากวิดีโอทัศน์เรื่อง การจับชีพจร การนับการหายใจและการวัดความดันโลหิต โดยนักศึกษาจะศึกษาซ้ำๆ ได้ตามต้องการ รวมทั้งการซักถาม แลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นในกระดานสนทนาที่ใช้ชื่อว่า “นานาชาติชนะ”

1.2.3 โมดูลที่ 3 นักศึกษาศึกษาด้วยตนเองจากบทเรียนตั้งแต่ขั้นตอนการวัดสัญญาณชีพ การช่วยเหลือเบื้องต้นในผู้ที่มีความผิดปกติของสัญญาณชีพ และหลักการและเทคนิคการเช็ดตัวลดไข้ พร้อมทั้งศึกษาจากวิดีโอทัศน์เรื่อง ขั้นตอนการวัดสัญญาณชีพและการเช็ดตัวลดไข้ โดยนักศึกษาจะศึกษาซ้ำๆ ได้ตามต้องการรวมทั้งการซักถาม แลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นในกระดานสนทนาที่ใช้ชื่อว่า “นานาชาติชนะ”

1.3 ชั้นประเมินผล (วันที่ 4 ของการเรียน) นักศึกษาทำแบบทดสอบวัดความรู้หลังเรียนหลังสิ้นสุดการเรียนในโมดูลสุดท้าย ประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการเรียนการสอนหลักการและเทคนิคการวัดสัญญาณชีพซึ่งเป็นแบบสอบถามออนไลน์

2. ประสิทธิภาพของรูปแบบการเรียนการสอนหลักการและเทคนิคการวัดสัญญาณชีพผ่านระบบบริหารการจัดการเรียนรู้ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 จำนวน 32 คน เป็นเพศหญิงส่วนใหญ่ 27 คน คิดเป็นร้อยละ 84.38 อายุอยู่ระหว่าง 18-21 ปี ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเรียนรูปแบบการเรียนการสอนหลักการและเทคนิคการวัดสัญญาณชีพผ่านระบบบริหารการจัดการเรียนรู้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 13.446, p = .000$ ) ดังตาราง 1

**ตาราง 1** การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการเรียนการสอนหลักการและเทคนิคการวัดสัญญาณชีพผ่านระบบบริหารการจัดการเรียนรู้ (n = 32 คน)

การทดสอบ	M	SD	t	df	p
ก่อนเรียน	10.16	1.247	13.446**	31	.000
หลังเรียน	16.44	2.747			

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

ความพึงพอใจของผู้เรียนต่อรูปแบบการเรียนการสอนหลักการและเทคนิคการวัด  
 สัญญาณชีพผ่านระบบบริหารการจัดการเรียนรู้ ผลการวิจัยพบว่า มีความพึงพอใจโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก  
 ( $M = 4.24, SD = .53$ ) คะแนนเฉลี่ยสูงสุดรายด้าน ได้แก่ ด้านความพึงพอใจ ( $M = 4.41, SD = .38$ )  
 และมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดในด้านการออกแบบปฏิสัมพันธ์ ( $M = 4.11, SD = .34$ ) ดังตาราง 2

**ตาราง 2** ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) และระดับของความพึงพอใจของผู้เรียนต่อรูปแบบการเรียน  
 การสอนหลักการและเทคนิคการวัดสัญญาณชีพผ่านระบบบริหารการจัดการเรียนรู้ ( $n = 32$  คน)

ด้าน	$M$	$SD$	ระดับ
บทเรียน	4.19	.27	มาก
การใช้ภาษา	4.28	.33	มาก
การออกแบบบทเรียน	4.24	.36	มาก
การออกแบบปฏิสัมพันธ์	4.11	.34	มาก
การให้ผลป้อนกลับ	4.14	.35	มาก
ความพึงพอใจ	4.41	.38	มาก
โดยรวม	4.24	.53	มาก

หลังทดลองใช้รูปแบบการเรียนการสอนหลักการและเทคนิคการวัดสัญญาณชีพ กลุ่มตัวอย่าง  
 จำนวน 32 คน ให้ข้อเสนอแนะหรือข้อคิดเห็นเพิ่มเติมในแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้เรียนต่อรูปแบบ  
 การเรียนการสอน ผู้วิจัยได้ปรับปรุงรูปแบบการเรียนการสอนใน 3 ประเด็น ได้แก่ 1) เพิ่มการสรุป  
 สาระสำคัญในแต่ละหัวข้อย่อย ได้แก่ อุนหภูมิ ชีพจร การหายใจ ความดันโลหิต เพิ่มจุดเน้นโดยใช้อักษร  
 และสัญลักษณ์ในเนื้อหาที่สำคัญ สิ่งที่ต้องจำและเพิ่มกิจกรรมใบงาน “Concept mapping” หลังเรียน  
 เสร็จสิ้น 2) เพิ่มสื่อการสอนความรู้เกี่ยวกับสัญญาณชีพที่มีการเผยแพร่ทาง [www.youtube.com](http://www.youtube.com) ได้แก่  
 อุนหภูมิ ชีพจร การหายใจและความดันโลหิต เพื่อให้ผู้เรียนได้เข้าใจและจดจำเนื้อหาได้มากขึ้น 3) เพิ่ม  
 แบบทดสอบย่อยในแต่ละหัวข้อได้แก่ อุนหภูมิ ชีพจร การหายใจและความดันโลหิต เป็นข้อสอบแบบ  
 ถูกผิด จำนวน 5 ข้อเพื่อประเมินความก้าวหน้าในการเรียน (Formative evaluation) ของผู้เรียน จากนั้น  
 จึงนำไปใช้จริงในการเรียนการสอนต่อไป

## อภิปรายผล

1. รูปแบบการเรียนการสอนหลักการและเทคนิคการวัดสัญญาณชีพผ่านระบบบริหารการจัดการ  
 เรียนรู้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างและออกแบบตามขั้นตอนของ ADDIE Model ซึ่งเป็นหลักการออกแบบ  
 กระบวนการเรียนรู้และพัฒนาอย่างเป็นระบบที่ได้รับการยอมรับทั่วโลก มีความยืดหยุ่น ให้อิสระแก่ผู้สอน  
 ในการออกแบบและพัฒนาการสอน มีจุดมุ่งหมายในการออกแบบให้ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย ซึ่งการ  
 พัฒนารูปแบบการเรียนการสอนหลักการและเทคนิคการวัดสัญญาณชีพสามารถออกแบบการสอนได้อย่าง

มีระบบและเป็นการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง เพราะมีขั้นตอนต่างๆ กำหนดเอาไว้เป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานอย่างชัดเจน รวมถึงผู้เรียนสามารถเรียนรู้แบบชี้นำตนเองตามทฤษฎีการเรียนรู้แบบชี้นำตนเองของ Knowles (1975) ที่กล่าวไว้ว่า บุคคลที่เรียนรู้ด้วยการริเริ่มของตนเองจะเรียนได้มากกว่า ดีกว่าบุคคลที่เป็นเพียงผู้รับหรือรอให้ผู้สอนถ่ายทอดวิชาความรู้ให้ บุคคลที่เรียนรู้ด้วยตนเองจะเรียนอย่างตั้งใจ มีจุดมุ่งหมายและมีแรงจูงใจสูง สามารถใช้ประโยชน์จากการเรียนรู้ได้ดีกว่าและยาวนานกว่าบุคคลที่รอรับการสอนแต่อย่างเดียว การเรียนแบบออนไลน์ช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ตามศักยภาพและความสนใจ ซึ่งเป็นไปตามหลักการของการปฏิรูปการศึกษาที่เน้นให้ผู้เรียนเรียนรู้ตามศักยภาพและความสนใจของตนเอง (Valentina & Nelly, 2014) นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังออกแบบและพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนตามองค์ประกอบของบทเรียนแบบออนไลน์ โดยเริ่มจากการเตรียมผู้เรียนให้มีความคุ้นเคยกับระบบการจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ในระบบบริหารจัดการการเรียนรู้ (Learning Management System: LMS) ซึ่งนักศึกษามีความคุ้นเคยกับการเรียนการสอนผ่านระบบนี้เป็นอย่างดี อีกทั้งนักศึกษาในวัยนี้ มีความพร้อมและยอมรับการเรียนการสอนแบบออนไลน์และการเรียนรู้ด้วยตนเอง ขั้นตอนต่อมาเป็นการเรียนรู้ เป็นการออกแบบเนื้อหาและการศึกษาสื่อวีดิทัศน์ประกอบเพื่อเชื่อมโยงทั้งเนื้อหาทฤษฎีสู่การปฏิบัติและขั้นสุดท้ายการประเมินผล เป็นการประเมินตนเองของนักศึกษาด้วยการทำแบบทดสอบวัดความรู้หลังเรียน ถือได้ว่ารูปแบบการเรียนการสอนหลักการและเทคนิคการวัดสัญญาณชีพผ่านสื่อการเรียนการสอนแบบออนไลน์ที่พัฒนาขึ้นมีองค์ประกอบที่สมบูรณ์ในการเรียนรู้เพื่อพัฒนาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ดังจะเห็นได้จากผลการวิจัยที่พบว่าจะคะแนนเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของกลุ่มตัวอย่างหลังเรียนรูปแบบการเรียนการสอนหลักการและเทคนิคการวัดสัญญาณชีพผ่านระบบบริหารจัดการเรียนรู้สูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ประสิทธิภาพของรูปแบบการเรียนการสอนหลักการและเทคนิคการวัดสัญญาณชีพผ่านระบบบริหารจัดการการเรียนรู้ จากการศึกษาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของผู้เรียนในการเรียนรูปแบบการเรียนการสอนหลักการและเทคนิคการวัดสัญญาณชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลในหลักสูตรพื้นฐานการพยาบาลผ่านการเรียนรู้แบบผสมผสานระหว่างวิธีการแบบดั้งเดิมและแบบเรียนรู้ผ่าน e-Learning ของ Rouhollah et al. (2018) พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนกลางภาคเรียนและคะแนนปลายภาคของกลุ่มทดลองซึ่งเป็นการเรียนรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์ สูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งเป็นการเรียนรู้แบบดั้งเดิม แสดงให้เห็นว่าการใช้วิธีการเรียนรู้แบบดั้งเดิมร่วมกับวิธีการเรียนรู้ผ่านอิเล็กทรอนิกส์ เช่น การศึกษาบนเว็บไซต์และการเรียนออนไลน์แบบปฏิสัมพันธ์ในหลักสูตรพื้นฐานการพยาบาลสามารถเพิ่มประสิทธิภาพทักษะทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับผลการประเมินความพึงพอใจของผู้เรียนในด้านการออกแบบปฏิสัมพันธ์ อยู่ในระดับมาก ( $M = 4.11$ ,  $SD = .34$ ) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในเทคนิคการตรวจสภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล

ศาสตร์ชั้นปีที่ 3 (นงคาร รวงแดง และดวงดาว อุบลรัมย์, 2561) และในด้านหลักการและเทคนิคการทำแผล (อัจฉรา มีนาสันติรักษ์, พัชรี แวงวรรณ, ชาลี ศิริพิทักษ์ชัย, อัญญา พลตเปลื้อง, และทรงสุตา หมิ่นไธสง, 2561)

จากการศึกษาความพึงพอใจของผู้เรียนต่อรูปแบบการเรียนการสอนหลักการและเทคนิคการวัดสัญญาณชีพผ่านระบบบริหารการจัดการเรียนรู้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $M = 4.24$ ,  $SD = 0.53$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาบทเรียน e-Learning ทั้งในหลักสูตรปริญญาตรีสาขาอื่น (จินตนา กลิ่นนันท, 2559; แกมกาญจน์ แสงหล่อ, 2560; สายใจ ทองเนียม, 2560) และในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ (ธัญญลักษณ์ วจนะวิศิษฐ์, 2557; นงคาร รวงแดง และดวงดาว อุบลรัมย์, 2561; อัจฉรา มีนาสันติรักษ์ และคณะ, 2561) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อบทเรียนอยู่ในระดับมาก เนื่องจากการนำ e-Learning มาใช้สอนทำให้ผู้เรียนรู้สึกผ่อนคลายในการเรียนเมื่อต้องการทบทวนเนื้อหา ก็สามารถเรียนได้สะดวกและเข้าถึงง่ายทุกที่และทุกโอกาส สามารถเรียนรู้ซ้ำได้หลายรอบตามที่ต้องการ ทำให้มีอิสระในการเรียนรู้และง่ายต่อการใช้งาน ช่วยสนับสนุนการเรียนให้สามารถเรียนได้ทุกที่ทุกเวลาที่ต้องการ ชี้ให้เห็นว่า e-Learning หรือบทเรียนออนไลน์สามารถใช้เป็นสื่อการเรียนการสอนเพื่อเป็นกลไกในการเสริมประสิทธิภาพการเรียนการสอนที่จะทำให้ผู้เรียนสามารถพัฒนาความรู้ของตนเองได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ รวมทั้งเป็นสื่อเสริมให้นักศึกษาได้เรียนรู้เพิ่มเติมเพื่อเตรียมความพร้อมในการขึ้นฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลในภาคปฏิบัติต่อไป

จากผลการวิจัยข้างต้น ยืนยันว่ารูปแบบการเรียนการสอนหลักการและเทคนิคการวัดสัญญาณชีพมีประสิทธิภาพในการพัฒนาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ได้เป็นอย่างดีผ่านกระบวนการวิจัยและพัฒนาที่มีการออกแบบที่ครอบคลุมเนื้อหา สื่อการสอน แบบทดสอบ การเลือกใช้ระบบบริหารการจัดการเรียนรู้และผ่านผู้เชี่ยวชาญ

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. อาจารย์ผู้สอนในรายวิชาหลักการและเทคนิคการพยาบาลหรือรายวิชาอื่น ควรนำรูปแบบการเรียนการสอนผ่านระบบบริหารการจัดการเรียนรู้ไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของผู้เรียนให้เพิ่มขึ้น โดยใช้กลยุทธ์การเรียนการสอนที่หลากหลายและครบทุกหน่วยการเรียนของรายวิชา

2. ผู้สอนควรให้คำแนะนำ อธิบายและติดตามผลการเรียนของนักศึกษาอย่างใกล้ชิดหรือเพิ่มรูปแบบการเรียนการสอนแบบผสมผสาน เช่น การประชุมปรึกษาออนไลน์ การทดสอบที่มีการโต้ตอบระหว่างผู้เรียนกับผู้สอนให้มากขึ้น เพื่อดึงดูดความสนใจของผู้เรียนและช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจเนื้อหาบทเรียนได้ดียิ่งขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ทำการศึกษาวิจัยที่มีการวัดประสิทธิผลของรูปแบบการเรียนการสอนหลักการและเทคนิคการวัดสัญญาณชีพผ่านระบบบริหารการจัดการเรียนรู้ โดยการวัดซ้ำ (Repeated measure)

รวมทั้ง การเปรียบเทียบกับรูปแบบการเรียนการสอนอื่นๆ เช่น การเรียนรู้แบบผสมผสาน (Blended learning) เป็นต้น

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อชี้แนะปรับปรุงเครื่องมือวิจัย รวมทั้งนักศึกษาทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดีและสถาบันพระบรมราชชนกที่สนับสนุนทุนวิจัยในครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

- กร ศรเลิศล้ำวาณิช (บ.ก.). (2560). *การออกแบบการเรียนการสอนอีเลิร์นนิ่ง: รายงานตรวจสอบ*. สงขลา: นีโอพ้อยท์ (1995).
- แกมกาญจน์ แสงหล่อ. (2560). การพัฒนาบทเรียน e-Learning วิชาภาษาอังกฤษเพื่อการสื่อสารตามสภาพแวดล้อม การเรียนส่วนบุคคลบนอินเทอร์เน็ตผ่านทางเครือข่ายสังคมสำหรับนักศึกษาปริญญาตรี. *วารสารวิจัยทางการศึกษา*, 12(1), 286-299.
- จินตนา กสินันท์. (2559). ผลการใช้บทเรียน e-Learning แบบปฏิสัมพันธ์เพื่อส่งเสริมการรู้สารสนเทศดิจิทัลสำหรับนิสิตคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 22(2), 12-24.
- จุไรรัตน์ ดวงจันทร์, บุญทิพย์ สิริธรรังศรี, ทรงศรี สรณสถาพร, และวันเพ็ญ ภิญญญาสกุล. (2562). การพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาล โดยใช้บทเรียนออนไลน์สำหรับนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 39(2), 98-112.
- ฐานีย์ ธรรมเมธา. (2557). *อีเลิร์นนิ่ง: จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: โครงการมหาวิทยาลัยไซเบอร์ไทย สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา.
- ทองปาน บุญกุศล, ทวีศักดิ์ จินดานุรักษ์, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, และจิตรีพร หล่อสุวรรณกุล. (2555). ผลของการใช้รูปแบบการเรียนการสอนต่อความสามารถในการถ่ายโยงความรู้ และความสามารถในการปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 13(2), 28-37.
- ชญญลักษณ์ วจนะวิศิษฐ์. (2557). การพัฒนาบทเรียน e-Learning รายวิชาเทคโนโลยีสารสนเทศ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์. *วารสารเกื้อการุณย์*, 21(1), 100-113.
- นงคาร รางแดง, และดวงดาว อุบลแย้ม. (2561). การพัฒนาบทเรียน e-learning แบบปฏิสัมพันธ์เพื่อใช้ในการเรียนเรื่องการตรวจสภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 19(1), 169-178.
- พิมพ์พัฒน์ จันท์เทียน, โสภภาพันธุ์ สอาด, ศุภาพิชญ์ โพน โบรมันน์, และวรรณพร บุญเปล่ง. (2559). การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกในยุคประชาคมอาเซียนผ่านระบบ e-Learning. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 26(2), 154-165.

- วิภาดา คุณาวิกติกุล. (2558). การเรียนการสอนสาขาพยาบาลศาสตร์ในยุคศตวรรษที่ 21. *วารสารพยาบาลสาร*, 42(2), 152-156.
- สายใจ ทองเนียม. (2560). การพัฒนาสื่อบทเรียนอิเล็กทรอนิกส์ (E-Learning) วิชาภาษาวรรณคดี. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต*, 13(1), 25-40.
- อัจฉรา มีนาสันติรักษ์, พัชรี แวงวรรณ, ชาลี ศิริพิทักษ์ชัย, อัญญา ปลดเปลื้อง, และทรงสุดา หมั่นไธสง. (2561). การพัฒนาบทเรียน E-Learning เรื่องหลักการและเทคนิคการทำแผลสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 28(3), 145 -155.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G\*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160.
- Knowles, M.S. (1975). *Self-directed Learning: A guide for learners and teachers*. New York: Association Press.
- Rouhollah, S., Maryam, B., Sayed, A. H., Elaheh, A., & Nasrin, E. (2018). Improving nursing students' learning outcomes in fundamentals of nursing course through combination of traditional and e-learning methods. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 23(3), 217-222.
- Samaneh, A., Samad, S. V., Alehe, S. R., Mohammad, A. J., Saba, A. F., & Shahrads, T. (2015). Comparing two methods of electronic and teacher-based education on nursing students' level of knowledge in taking care of trauma patients. *Journal of Emergency Practice and Trauma*, 1(2), 40-43.
- Trust, T., & Pektas, E. (2018). Using the ADDIE model and universal design for learning principles to develop an open online course for teacher professional development. *Journal of Digital Learning in Teacher Education*, 34(4), 219-233.
- Valentina, A., & Nelly, A. (2014). The role of e-learning, the advantages and disadvantages of its adoption in higher education. *International Journal of Education and Research*, 2(12), 397-410.

## บทความวิจัย (Research article)

### ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานออนไลน์ในการพยาบาลเด็กโรคหัวใจ ต่อผลการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ Effects of Online Team-based Learning in Heart Disease Pediatric Nursing on Learning Outcome of Nursing Students

สิริลักษณ์ ศรีเศวต<sup>1\*</sup>, กนกกาญจน์ เมฆอนันต์ธวัช<sup>2</sup>, สุธาทิพย์ ทুমมี<sup>2</sup>

Siriluk Srisawet<sup>1\*</sup>, Kanokkarn Mekanantawat<sup>2</sup>, Suttatip Tummee<sup>2</sup>

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: siriluk.s@bcnnv.ac.th, โทรศัพท์ 096-9315885)

(Received: July 24, 2020; Revised: October 22, 2020; Accepted: December 15, 2020)

#### บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มเดียววัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานออนไลน์ในการพยาบาลเด็กโรคหัวใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2562 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์วชิระ จำนวน 60 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนการพยาบาลเด็กโรคหัวใจ มีค่าความเชื่อมั่น .74 แบบสอบถามผลการเรียนรู้การพยาบาลเด็กโรคหัวใจ มีค่าความเชื่อมั่น .94 และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบสถิติที่แบบไม่เป็นอิสระต่อกัน และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ผลลัพธ์การเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานออนไลน์ในการพยาบาลเด็กโรคหัวใจทั้ง 4 ด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) ส่วนด้านคุณธรรมจริยธรรมไม่แตกต่าง การจัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานออนไลน์ สามารถพัฒนานักศึกษาให้เกิดผลการเรียนรู้ที่ดี สามารถบูรณาการกับวิธีการสอนรูปแบบอื่น เพื่อพัฒนาผู้เรียนให้เป็นบัณฑิตพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพต่อไป

**คำสำคัญ:** การจัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานออนไลน์, ผลการเรียนรู้, นักศึกษาพยาบาล

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์วชิระ

Registered nurse (Professional level), Boromarajonani College of Nursing Nopparat Vajira

<sup>2</sup> พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์วชิระ

Registered nurse (Practitioner level), Boromarajonani College of Nursing Nopparat Vajira

## Abstract

This Quasi-experimental research aimed to compare average scores of learning outcomes between before and after implementation of online team-based learning in nursing for children with heart disease. There were pre- test and post-test of a group of 60 nursing students studying in a second-year in Boromarajonani College of Nursing Nopparat Vajira in 2019. The data were collected by using four research instruments: the general information questionnaire, the achievement test of heart disease pediatric nursing with KR-20 at .74, the learning outcome assessment of heart disease pediatric nursing with Cronbach's alpha coefficient at .94 and the focused group interview. The data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test and content analysis. The results showed that there was a significant difference in average scores of learning outcomes between before and after using an online team-based learning in heart disease pediatric nursing in 4 dimensions ( $p < .01$ ). However, the ethics and morals dimension were not significant.

The results of the research indicated that an online team-based learning can develop students to achieve learning outcomes according to the National Qualifications Framework for Higher Education. This model should be integrated with other teaching methods to develop learners to become the qualified graduate nurses and registered nurses according to professional standards.

**Keywords:** Online team-based learning, Learning outcomes, Nursing students

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันระบบการศึกษาของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาอย่างรวดเร็วตามสถานการณ์ของโลก พร้อมกับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสารสนเทศต่างๆ ที่เข้ามามีบทบาทในการดำรงชีวิต ทำให้การจัดการศึกษาพยาบาลในระดับอุดมศึกษาเกิดการเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย เพื่อผลิตบัณฑิตให้มีศักยภาพด้านการพยาบาลตอบสนองต่อความต้องการของระบบสุขภาพประเทศและระบบสุขภาพโลก (ขวัญฤทัย พันธุ์, สุพรรณณี เบี้ยวนาลาว, จิตติมา ดวงแก้ว, และพิศิษฐ์ พลธนะ, 2563) การจัดการศึกษาพยาบาล จึงให้ความสำคัญกับกระบวนการเรียนการสอนและการพัฒนาศักยภาพของผู้เรียนเป็นสิ่งสำคัญ (Student-centered learning) คำนึงถึงความเหมาะสมและประโยชน์สูงสุดที่ผู้เรียนจะได้รับจากการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ซึ่งนำไปสู่การเรียนรู้ที่แท้จริง โดยผู้สอนเป็นผู้ชี้แนะและให้คำแนะนำผ่านกิจกรรมการเรียนรู้เชิงรุก ส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้มากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดการลดเวลาเรียนเพิ่มเวลารู้ หรือสอนน้อยเรียนรู้นาน (Teach less, Learn more, TLLM) (กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, จรัสศรี เพ็ชรคง, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ, และนวพร มามาก, 2560) ผู้เรียนต้องเรียนรู้และสร้างองค์ความรู้ได้ด้วยตัวเอง (สมพิศ

ไยสุน, ปรียารัตน์ รัตนวิบูลย์, และชลดา จันทรชิว, 2559) เป็นกระบวนการเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติ (Active learning) มุ่งเน้นให้ผู้เรียนเข้าใจและเรียนรู้ด้วยความหมาย พัฒนาความสามารถด้านการคิดวิเคราะห์และการแก้ปัญหา เสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สถาบันอุดมศึกษาจึงต้องปรับกลยุทธ์การจัดการเรียนการสอนให้สอดคล้องพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ (พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2562, 2562) และกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ รวมทั้งมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ ที่คาดหวังให้บัณฑิตมีคุณภาพตามมาตรฐาน ประกอบด้วยผลการเรียนรู้ 6 ด้าน คือ 1) คุณธรรม จริยธรรม 2) ความรู้ 3) ทักษะทางปัญญา 4) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ 5) ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และ 6) การปฏิบัติทางวิชาชีพ (ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง มาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560, 2561) เพื่อตอบสนองต่อการพัฒนาของสังคมโลกที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว

การจัดการเรียนการสอนในระดับปริญญาตรีทางการพยาบาล ซึ่งผู้เรียนกำลังเข้าสู่ผู้ใหญ่และควรได้รับการพัฒนาการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ (Adult learning) ที่เน้นการสร้างบรรยากาศในการเรียนรู้และสร้างความเข้าใจให้แตกฉาน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ (ปิยะ ศักดิ์เจริญ, 2558) ผู้สอนจะไม่สอนแต่เพียงฝ่ายเดียว แต่เป็นผู้อำนวยความสะดวกในการจัดกิจกรรมที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้ (ศักรินทร์ ชนประชา, 2557) การเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานออนไลน์ (Online Team-Based Learning: Online TBL) ตามแนวคิดของ Michaelsen and Sweet (2008) เชื่อว่าการเรียนรู้เป็นทีมเป็นหัวใจสำคัญที่ช่วยเพิ่มความสามารถและดึงศักยภาพของผู้เรียนแต่ละคนออกมา ประยุกต์ใช้ในการเรียนรู้ที่หลากหลาย จึงเป็นวิธีการสอนที่เหมาะสมกับวัยผู้ใหญ่ นอกจากนี้การเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานออนไลน์ เป็นการเรียนรู้ที่สามารถเกิดขึ้นได้ทุกสถานที่และทุกเวลา ผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต (Clark et al., 2018) เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญและเน้นการร่วมมือในการเรียนรู้อย่างสร้างสรรค์ มีการระดมสมอง อภิปรายแสดงความคิดเห็น หาคำตอบร่วมกัน รับผิดชอบในการทำงานที่ได้รับมอบหมาย รวมทั้งเรียนรู้บทบาทของตนเองและผู้อื่น (รุ่งกาญจน์ วุฒิ, สมจิตร สิทธิวงศ์, และจันทรธิลา ศรีกระจ่าง, 2559) ทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ดี พัฒนาความสามารถในการคิดวิเคราะห์และการแก้ปัญหา ส่งเสริมทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและการทำงานเป็นทีม

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ เห็นความสำคัญของการพัฒนาสมรรถนะผู้เรียนเพื่อให้เป็นบัณฑิตพยาบาลศาสตร์ที่มีคุณภาพ ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ เป็นคนดี คนเก่ง และมีความสุข จึงได้นำผลประเมินการจัดการเรียนการสอนมาเป็นส่วนหนึ่งของการพิจารณาปรับปรุงวิธีการจัดการเรียนการสอนให้เหมาะสมกับผู้เรียน ในปีการศึกษา 2561 ที่ผ่านมามีพบว่าการจัดการเรียนการสอนส่วนใหญ่เน้นการบรรยาย มีผลการประเมินต่ำสุดในด้านการเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และประสบการณ์ร่วมกัน การส่งเสริมการคิดวิเคราะห์ การใช้สื่อเทคโนโลยีและแหล่งข้อมูล และการสืบค้นงานวิจัยที่ทันสมัยและเป็นประโยชน์ ตามลำดับ โดยเฉพาะในเนื้อหาที่เป็นความรับผิดชอบของคณะผู้วิจัย คือ การพยาบาลเด็กโรคหัวใจ ซึ่งเป็นเนื้อหาที่ยากต่อการ

ทำความเข้าใจ มีความจำกัดในจำนวนชั่วโมงการสอน ทำให้ไม่สามารถนำความรู้ไปใช้ในการแก้ปัญหาขณะฝึกปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม (วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์วชิระ, 2561)

จากสภาพการณ์จัดการเรียนการสอนที่ผ่านมา จึงได้ปรับปรุงวิธีการเรียนรู้ใหม่โดยใช้ทีมเป็นฐานออนไลน์ เพื่อพัฒนาผลการเรียนรู้ของผู้เรียน เนื่องจากการเรียนในห้องเรียนออนไลน์โดยใช้ทีมเป็นฐานไม่มีข้อจำกัดของเวลาในการเรียนรู้ ลักษณะของการเรียนแบบกลุ่ม เน้นการอภิปรายแก้ปัญหาาร่วมกัน ผ่านการใช้โจทย์ปัญหาผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจที่เป็นประเด็นในการหาคำตอบ โดยวิธีการร่วมกันอภิปรายในกลุ่มย่อยของตนเอง เป็นตัวกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ ทุกคนมีโอกาสค้นคว้าคำตอบและจดจำความรู้ด้วยตนเอง แลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน เกิดการแบ่งปันความรู้ซึ่งกันและกันในเชิงวิชาการ และเป็นการเปิดโอกาสการเรียนรู้ที่กว้างขึ้น ส่งเสริมกระบวนการคิดและการแก้ปัญหา การทำงานร่วมกันเป็นทีม ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น (Michaelsen & Sweet, 2008; Clark et al., 2018) นอกจากนี้ การเรียนเป็นกลุ่มแบบออนไลน์ เป็นวิธีการหนึ่งส่งเสริมความสามารถในการใช้เทคโนโลยีในการสืบค้นข้อมูลที่ทันสมัยเชื่อถือได้ นำเสนอข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีจริยธรรม รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้เรียนมีความซื่อสัตย์ มีวินัย และตรงต่อเวลา (จิราภรณ์ ชื่นฉ่ำ, ประไพ กิตติบุญถวัลย์, และดวงดาว อุบลแย้ม, 2563) ซึ่งพฤติกรรมที่เกิดขึ้นนี้ ทำให้ผู้เรียนเกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ เกิดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ดี เป็นบัณฑิตที่มีคุณภาพ และเกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต (Life-long learning) รวมทั้ง สามารถพัฒนาผู้เรียนให้เป็นบัณฑิตพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ ตามความต้องการของสังคมและประเทศชาติต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

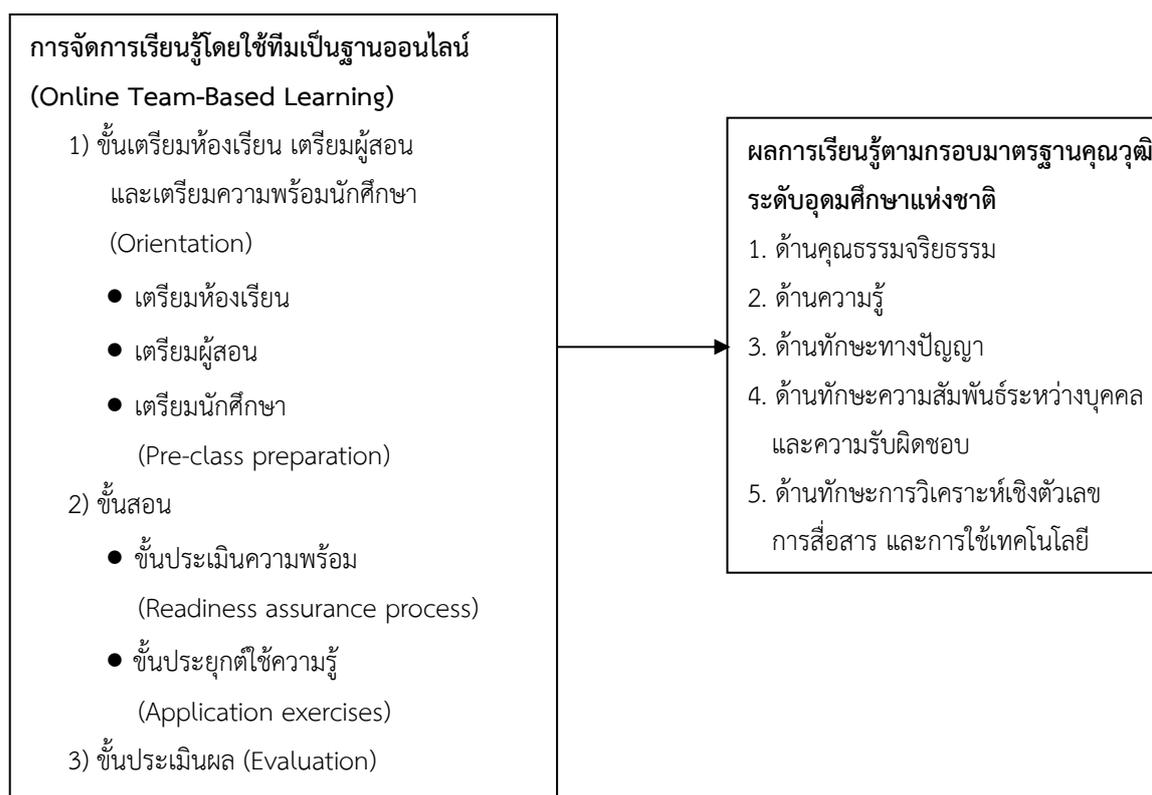
1. เพื่อศึกษาผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติในการจัดการเรียนรู้การพยาบาลเด็กโรคหัวใจโดยใช้ทีมเป็นฐานออนไลน์
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้การพยาบาลเด็กโรคหัวใจโดยใช้ทีมเป็นฐานออนไลน์

### สมมติฐานการวิจัย

คะแนนเฉลี่ยผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์โดยรวมและรายด้านหลังจากสิ้นสุดการเรียนรู้การพยาบาลเด็กโรคหัวใจโดยใช้ทีมเป็นฐานออนไลน์สูงกว่าก่อนการเรียน

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การจัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานออนไลน์ใช้แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐาน (Team-Based Learning: TBL) (Michaelsen & Sweet, 2008) ประกอบด้วย 1) ชั้นเตรียมห้องเรียน เตรียมผู้สอน และนักศึกษา คือ การจัดทำคู่มือการจัดการเรียนการสอน แผนการสอน เอกสารประกอบการสอน สื่อการสอน 2) ชั้นสอน เป็นการเตรียมความพร้อมนักศึกษา โดยมอบหมายให้ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองก่อนเข้าห้องเรียน การประเมินความพร้อม ด้วยวิธีการทดสอบความรู้พื้นฐานรายบุคคล และรายกลุ่ม และการประยุกต์ใช้ความรู้ ให้นักศึกษาร่วมกันคิดวิเคราะห์และอธิบายเหตุผลร่วมกันเพื่อแก้ปัญหา และ 3) ชั้นประเมินผล ร่วมกับวิธีการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ (Online learning) ที่ส่งเสริมการเรียนรู้ที่ไม่มีข้อจำกัดของเวลา เปิดโอกาสการเรียนรู้ได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งวิธีการจัดการเรียนการสอน ทั้งหมดนี้เป็นการส่งเสริมการเรียนรู้ตามทฤษฎีการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ (Adult learning theory) ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ ส่งเสริมให้ผู้เรียนได้แสดงความคิดเห็นร่วมกัน เรียนรู้บทบาทของตนและผู้อื่นร่วมกันเป็นทีม สามารถนำความรู้สู่การปฏิบัติได้อย่างแท้จริง และเกิดผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (The one-group pretest-posttest design) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน พฤษภาคม - มิถุนายน พ.ศ. 2563 รายละเอียด ดังนี้

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2562 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ที่ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น จำนวน 60 คน

กลุ่มตัวอย่าง นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2562 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ที่ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G\*Power 3.122 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009). การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกลุ่มเดียว วัดก่อนหลังการทดลอง โดยการทดสอบแบบทางเดียว กำหนดค่าความผิดพลาดในการทดสอบแบบที่ 1 (Type I error) .05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) .80 และขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดกลาง .50 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน เมื่อคำนึงถึงการขาดหายไปของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่อาจจะเกิดขึ้น จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 10 (Lemeshow, Hosmer, Klar, Lwanga, & World Health Organization, 1990) รวมเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 30 คน

อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้ ทำการวิจัยในประชากรทั้งหมด จำนวน 60 คน เนื่องจากการเรียนการสอนที่นำไปเป็นส่วนหนึ่งของการวัดและประเมินผลรายวิชา โดยกำหนดเกณฑ์ในการเป็นกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) นักศึกษาสามารถเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนการสอนทุกชั้นตอน 2) มีเวลาในการเข้าเรียนออนไลน์อย่างน้อย ร้อยละ 80 ของเวลาเรียนทั้งหมด และ 3) ยินดีให้ข้อมูลในการวิจัย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ และเกรดเฉลี่ยสะสม ซึ่งเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำตอบ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เรื่อง การพยาบาลเด็กโรคหัวใจ ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติในด้านความรู้ เป็นข้อสอบปรนัย ซึ่งผู้วิจัยสร้างตามวัตถุประสงค์ของรายวิชาและรายบท เป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน จำนวน 30 ข้อ โดยมีคะแนนรวม 30 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามผลการเรียนรู้ เรื่อง การพยาบาลเด็กโรคหัวใจ ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ 4 ด้าน คือ ด้านคุณธรรมจริยธรรม ด้านทักษะทางปัญญา ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ และด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยี จำนวน 25 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติและผลลัพธ์การเรียนรู้ของรายวิชา ลักษณะคำถามเป็นการแสดงพฤติกรรมของนักศึกษาต่อผลลัพธ์การเรียนรู้แต่ละด้าน ซึ่งเป็นมาตรวัดแบบแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด = 5 คะแนน มาก = 4 คะแนน ปานกลาง = 3 คะแนน น้อย = 2 คะแนน และน้อยที่สุด = 1 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย ออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (กลยา วานิชย์บัญชา, 2559)

คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง ระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง ระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม (Focus group) กับนักศึกษา เกี่ยวกับความคิดเห็นของนักศึกษาต่อการเรียนรู้การพยาบาลเด็กโรคหัวใจโดยใช้ทีมเป็นฐานออนไลน์ ได้แก่ นักศึกษาได้เรียนรู้อะไรจากการเรียนโดยใช้ทีมเป็นฐานออนไลน์ การเรียนโดยใช้ทีมเป็นฐานออนไลน์ ช่วยให้นักศึกษาคิดวิเคราะห์อย่างไร นักศึกษาสามารถนำความรู้การพยาบาลเด็กโรคหัวใจโดยใช้ทีมเป็นฐานออนไลน์ไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลอย่างไร เป็นต้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นคู่มือการจัดการเรียนการสอนการพยาบาลเด็กโรคหัวใจ โดยใช้ทีมเป็นฐานออนไลน์ ประกอบด้วย แผนการสอน เอกสารประกอบการสอน และสื่อการสอน

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการศึกษา การวิจัย และการพยาบาลเด็ก จำนวน 3 ท่าน ผลการวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวัด (Index of Item Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง .67 - 1.00 และแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มทดสอบที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างและยินดีให้ความร่วมมือในการตอบ จำนวน 30 คน โดยแบบทดสอบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Kuder Richardson (KR-20) เท่ากับ .74 ค่าความยากง่าย ( $p$ ) อยู่ในช่วง .33 - .63 และค่าอำนาจจำแนก ( $r$ ) อยู่ในช่วง .35 - .65 และแบบสอบถามผลการเรียนรู้ มีค่าความเชื่อมั่นจากค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .94 (DeVellis, 2016)

**วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล** ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนของการวิจัยกึ่งทดลอง แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน รายละเอียด ดังนี้

1. **ขั้นเตรียมห้องเรียน เตรียมผู้สอนและนักศึกษา (Orientation)** เป็นขั้นตอนของการเตรียมตัวก่อนการสอน 1 สัปดาห์ ดังนี้

1.1 เตรียมห้องเรียน ผู้วิจัยจัดทำคู่มือการจัดการเรียนการสอน แผนการสอน เอกสารประกอบการสอน และสื่อการสอน รวมทั้งสร้างห้องเรียนออนไลน์บนระบบบริหารจัดการการเรียนรู้ (Learning Management System: LMS) Google Apps for Education คือ Google Classroom เป็นห้องเรียนย่อยแบบแบ่งกลุ่ม จำนวน 12 ห้องเรียน โดยบรรจุแบบทดสอบก่อนการเรียน และเนื้อหาการเรียนการสอน รวมถึงกำหนดเวลาของการเรียนแต่ละขั้นตอนลงในห้องเรียนออนไลน์ให้เรียบร้อย

1.2 เตรียมผู้สอน ผู้วิจัยประชุมอาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลเด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ เพื่อชี้แจงบทบาทการเป็นผู้ช่วยวิจัยในการทำหน้าที่ประเมินผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ผู้วิจัยการอธิบายรายละเอียดของกิจกรรมการจัดการเรียนการสอน ได้แก่ วิธีการเข้าห้องเรียนออนไลน์ วิธีการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐาน วิธีการวัดและประเมินผลนักศึกษา รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัยและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ขั้นตอนของกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน เพื่อสร้างความเข้าใจตรงกันก่อนการจัดการเรียนการสอน

1.3 เตรียมความพร้อมนักศึกษา (Pre-class preparation) หลังจากที่ผู้ช่วยวิจัยอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย คุณสมบัติบุคคลที่จะเข้าร่วมการวิจัย จำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด ระยะเวลาที่จะต้องเข้าร่วมโครงการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์โดยตรงและโดยรวม พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้นักศึกษาสอบถามในส่วนที่ยังไม่เข้าใจ ขอความร่วมมือในการทำวิจัยด้วยความสมัครใจไม่มีการบังคับใดๆ และมีสิทธิ์จะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา ในกรณีที่เจ็บป่วยหรือมีความจำเป็นที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ สามารถแจ้งขอยกจากการวิจัยได้ก่อนการดำเนินการวิจัยจะเสร็จสิ้น ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลใดๆ นักศึกษาสามารถนำเอกสารชี้แจงการเข้าร่วมการวิจัยไปปรึกษาเพื่อขอคำแนะนำหรือความคิดเห็นจากผู้อื่นที่ต้องการได้และส่งกลับคืนมายังผู้วิจัยภายใน 1 สัปดาห์ พร้อมทั้งลงนามในเอกสารการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

จากนั้น ผู้วิจัยได้เข้าพบนักศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่ออธิบายเกี่ยวกับวิธีการจัดการเรียนรู้อาการพยาบาลเด็กโรคหัวใจโดยใช้ทีมเป็นฐานออนไลน์ในแต่ละขั้นตอน ได้แก่ การเตรียมตัวก่อนเข้าเรียน วิธีการเข้าใช้งานห้องเรียนออนไลน์ ความตรงต่อเวลา ความรับผิดชอบต่องานที่ได้รับมอบหมาย ทำงานร่วมกันเป็นทีม การสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลต่างๆ การทำข้อสอบรายบุคคลและรายกลุ่ม รวมทั้งการประเมินผลก่อนและหลังสิ้นสุดการเรียนการสอน เพื่อให้ศึกษารับทราบ หากกลุ่มนักศึกษาไม่เข้าใจในเนื้อหาของบทเรียนหรือวิธีการศึกษาค้นคว้าข้อมูลด้วยตนเอง สามารถนัดหมายเพื่อขอคำแนะนำเพิ่มเติมกับผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ จากนั้นผู้วิจัยส่งแบบสอบถามผลการเรียนรู้ เรื่อง การพยาบาลเด็กโรคหัวใจตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ 4 ด้าน (Pre-test) รวมทั้งมอบหมายงานนักศึกษา (Assigned readings) ให้ค้นคว้าด้วยตนเอง (Individual study) เกี่ยวกับโรคหัวใจที่พบบ่อยในเด็กและการพยาบาล ก่อนการเรียนผ่านห้องเรียนออนไลน์ 1 วัน

**2. ชั้นสอน** เป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยดำเนินการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐานออนไลน์ ใช้เวลาประมาณ 6 ชั่วโมง ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

2.1 ชั้นประเมินความพร้อม (Readiness assurance process) เป็นการประเมินความพร้อมในการเรียนรู้ ดังนี้

2.2.1 ทดสอบความรู้รายบุคคล (Individual Readiness Assurance Test: iRAT) ดำเนินการทดสอบความรู้รายบุคคลโดยให้นักศึกษาเข้าทำแบบทดสอบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เรื่อง การพยาบาลเด็กโรคหัวใจตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ (Pre-test) ในด้านความรู้ ครั้งที่ 1 ผ่านห้องเรียนออนไลน์พร้อมกัน โดยใช้เวลา 30 นาที หลังจากนั้นดำเนินการแบ่งกลุ่ม

นักศึกษาออกเป็น 12 กลุ่ม กลุ่มละ 5 คน โดยแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 กลุ่ม จากนั้นใช้วิธีการสุ่มแบบไม่แทนที่ (Selection with replacement) เพื่อในแต่ละกลุ่มมีนักศึกษาที่มีผลคะแนนการทดสอบระดับสูงและต่ำอยู่ร่วมกัน รวมทั้งคุณลักษณะที่มีผลต่อการเรียนรู้ เช่น ทักษะผู้นำ การใช้คอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีต่าง ๆ ในการสืบค้นข้อมูลและการนำเสนอ เป็นต้น

2.2.2 ทดสอบความรู้รายกลุ่ม (Team Readiness Assurance Test: tRAT) ดำเนินการทดสอบความรู้รายกลุ่มโดยให้นักศึกษาเข้าทำแบบทดสอบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เรื่อง การพยาบาลเด็กโรคหัวใจ ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ (Pre-test) ในด้านความรู้ ครั้งที่ 2 ผ่านห้องเรียนออนไลน์พร้อมกัน จำนวน 12 กลุ่ม และให้นักศึกษาร่วมกันเลือกคำตอบที่ถูกต้อง และแสดงความคิดเห็นกันในกลุ่มจนกว่าจะได้คำตอบที่ถูกต้องที่สุด ทำเช่นนี้จนครบทุกข้อ โดยไม่อนุญาตให้ดูเอกสารประกอบการเรียนการสอน หรือข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่างๆ

2.2 ชั้นประยุกต์ใช้ความรู้ (Application exercises) เป็นการฝึกคิดวิเคราะห์เพื่อแก้ปัญหา ผ่านห้องเรียนออนไลน์ ดังนี้

2.3.1 กลุ่มร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ที่ไม่ซับซ้อน (Group work on simple problems by team test) ได้แก่ ความหมาย พยาธิสรีรวิทยา อาการและอาการแสดง การวินิจฉัย การรักษา และการพยาบาลเด็กโรคหัวใจ เป็นต้น ผู้สอนอนุญาตให้นักศึกษานำเอกสารประกอบการเรียนการสอน หรือสิ่งที่ได้มาจากการสืบค้นข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่างๆ คิดวิเคราะห์และอธิบายเหตุผลร่วมกัน เพื่อแก้ปัญหาแล้วตอบคำตอบนั้นๆ รับฟังความคิดเห็นและร่วมแสดงความคิดเห็น โดยนำเสนอข้อมูลผ่านทางห้องเรียนออนไลน์แบบกลุ่มย่อย

2.3.2 ผู้สอนตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและสาระสำคัญ (Writing appeals) เกี่ยวกับการพยาบาลเด็กโรคหัวใจ ตามที่นักศึกษาเขียนสรุปจากการอภิปรายรายกลุ่มร่วมกันกับนักศึกษาในกลุ่มอื่น

2.3.3 ผู้สอนเสนอแนะและเฉลยวิธีการคิดวิเคราะห์ที่ถูกต้อง (Instructor input) เป็นการให้ความรู้เพิ่มเติมในประเด็นที่ไม่ชัดเจนจากผลการสรุปของนักศึกษา และให้ข้อมูลวิธีการทำงานของแต่ละกลุ่มเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนากระบวนการทำงานเป็นทีมต่อไป

2.3.4 กลุ่มร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ที่มีความซับซ้อน (Group work on complex problems and application of concept) ได้แก่ การพยาบาลเด็กโรคหัวใจในภาวะวิกฤต ภาวะแทรกซ้อนที่มีผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการหรือเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต เป็นต้น และนำเสนอผลการเรียนรู้ ผู้สอนให้นักศึกษาร่วมกันวิเคราะห์ข้อสอบและนำเสนอแนะเกี่ยวกับการวิเคราะห์และกระบวนการทำงานเป็นทีมจากการทำกลุ่มครั้งที่ผ่านมา จากนั้นให้นักศึกษาร่วมกันวิเคราะห์ข้อสอบอีกครั้งหนึ่ง แล้วนำเสนอผลการเรียนรู้โดยการแข่งขันกันในแต่ละกลุ่ม

2.3.5 ผู้สอนให้ข้อมูลคำตอบของนักศึกษาทันที (Instructor feedback) หากคำตอบไม่ถูกต้องกลุ่มจะช่วยกันหาคำตอบต่อไปจนกว่าจะได้คำตอบที่ถูกต้อง ทำเช่นนี้จนครบทุกข้อ คำถาม

### 3. ชั้นประเมินผล (Evaluation) เป็นขั้นตอนหลังสิ้นสุดการจัดการเรียนการสอน ดังนี้

3.1 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เสนอแนะ ประเมินผล สะท้อนผลการเรียนรู้ และผลของกระบวนการกลุ่มแก่นักศึกษา รวมทั้งให้นักศึกษาประเมินตนเอง และประเมินสมาชิกในทีม สิ่งที่สำคัญของความสำเร็จในการจัดการเรียนการสอนแบบทีมเป็นฐานออนไลน์ คือ การให้เพื่อนประเมินเพื่อนด้วยกัน ซึ่งเป็นพื้นฐานในการประเมินการเรียนการสอนแบบทีมเป็นฐาน และผู้สอนทำการประเมินการเรียนรู้โดยสะท้อนผลการเรียนรู้ให้นักศึกษา โดยการประเมินให้ตรงตามผลลัพธ์การเรียนรู้ และกระตุ้นให้นักศึกษาคิดถึงประเด็นที่สำคัญที่ตกหล่นไป และให้นักศึกษาได้บันทึกประเด็นและเนื้อหาต่าง ๆ ที่ไม่สมบูรณ์ลงในห้องเรียนออนไลน์ เพื่อให้ผู้สอนได้ตอบคำถามประเด็นเหล่านั้นได้ และสามารถประเมินการรับรู้ของนักศึกษาได้อีกด้วย

3.2 ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามผลการเรียนรู้ เรื่อง การพยาบาลเด็กโรคหัวใจ ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ 4 ด้าน (Post-test) ให้นักศึกษาผ่านห้องเรียนออนไลน์หลังสิ้นสุดการเรียน 1 วัน

3.3 ผู้วิจัยทดสอบความรู้นักศึกษา โดยใช้แบบทดสอบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เรื่อง การพยาบาลเด็กโรคหัวใจ ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ (Post-test) ในด้านความรู้ หลังสิ้นสุดการเรียน 2 สัปดาห์ ผ่านห้องเรียนออนไลน์พร้อมกัน ใช้เวลา 30 นาที

3.4 ดำเนินการสนทนากลุ่มย่อย (Focus group) นักศึกษา เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอน 1 สัปดาห์ โดยแบ่งนักศึกษาออกเป็น 3 กลุ่มๆ ละ 10 คน ตามลำดับคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนการพยาบาลเด็กโรคหัวใจตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ (Post-test) ด้านความรู้ กลุ่มที่ 1 มีคะแนนสูงสุด 10 ลำดับแรก กลุ่มที่ 2 มีคะแนนระหว่างร้อยละ 60 - 80 จำนวน 10 คน และกลุ่มที่ 3 มีคะแนนต่ำสุด 10 ลำดับสุดท้าย โดยใช้เวลาสนทนากลุ่มๆ ละ 30 นาที และมีผู้ช่วยวิจัยจดบันทึกข้อมูลและบันทึกเทป โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถเลือกไม่ตอบคำถามที่ทำให้ไม่สบายใจหรือขอออกจากการประชุมได้ตลอดเวลา

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปและผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ )

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้การพยาบาลเด็กโรคหัวใจโดยใช้ทีมเป็นฐานออนไลน์ ด้วยสถิติการทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired t-test)

3. วิเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็นของนักศึกษาจากการเรียนรู้การพยาบาลเด็กโรคหัวใจ โดยใช้ทีมเป็นฐานออนไลน์ ได้แก่ ปัญหา อุปสรรค และการแก้ปัญหา ที่ทำให้นักศึกษาได้พัฒนาตนเองมากขึ้น ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

## การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ หนังสือรับรองเลขที่ ERB NO. 7/2563 ลงวันที่ 12 พฤษภาคม พ.ศ.2563

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปพบว่า นักศึกษาพยาบาลที่เข้าร่วมการเรียนรู้การพยาบาลเด็กโรคหัวใจโดยใช้ทีมเป็นฐานออนไลน์ จำนวน 60 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 91.67 เพศชาย จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 8.33 ซึ่งมีอายุอยู่ระหว่าง 18-20 ปี จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 63.33 และส่วนใหญ่มีเกรดเฉลี่ยสะสมอยู่ระหว่าง 2.51 ถึง 3.00 จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 56.66

2. ผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ การจัดการเรียนรู้การพยาบาลเด็กโรคหัวใจโดยใช้ทีมเป็นฐานออนไลน์

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการเรียนการพยาบาลเด็กโรคหัวใจโดยใช้ทีมเป็นฐานออนไลน์ ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านคุณธรรมจริยธรรมอยู่ในระดับมากที่สุด ( $M = 4.87, SD = .12$ ) รองมาคือ ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขการสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศอยู่ในระดับมากที่สุด ( $M = 4.60, SD = .13$ ) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ( $M = 4.55, SD = .11$ ) และด้านทักษะทางปัญญาอยู่ในระดับมาก ( $M = 4.32, SD = .12$ ) ตามลำดับ ส่วนผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติภายหลังการเรียนรู้อาชีพพยาบาลเด็กโรคหัวใจโดยใช้ทีมเป็นฐานออนไลน์พบว่า ผลการเรียนรู้ทุกด้านมีคะแนนอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งด้านที่มีผลการเรียนรู้ที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านคุณธรรมจริยธรรม ( $M = 4.88, SD = .06$ ) รองมาคือ ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขการสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ( $M = 4.81, SD = .06$ ) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ( $M = 4.75, SD = .19$ ) และด้านทักษะทางปัญญา ( $M = 4.57, SD = .15$ ) ตามลำดับ รายละเอียด ดังตาราง

ตาราง ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) และการเปรียบเทียบผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ก่อนและหลังในการจัดการเรียนรู้การพยาบาลเด็กโรคหัวใจโดยใช้ทีมเป็นฐานออนไลน์ ( $n = 60$ )

ด้าน	ก่อนการเรียน		หลังการเรียน		t	p
	M	SD	M	SD		
คุณธรรมจริยธรรม	4.87	0.12	4.88	.06	.37	.71
ความรู้	11.70	3.08	18.50	4.50	19.87*	.00
ทักษะทางปัญญา	4.32	.12	4.57	.15	20.80*	.00
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ	4.55	.11	4.75	.19	16.40*	.00
ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขการสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ	4.60	.13	4.81	.06	14.10*	.00

\*  $p < .01$

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์หลังการจัดการเรียนรู้การพยาบาลเด็กโรคหัวใจโดยใช้ทีมเป็นฐานออนไลน์ พบว่า มีค่าเฉลี่ยสูงขึ้นกว่าก่อนการเรียนทุกด้าน และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในด้านความรู้ ทักษะทางปัญญา ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และความรับผิดชอบ และทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยี ยกเว้นด้านคุณธรรมจริยธรรม ( $p = .71$ )

3. ความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ต่อการจัดการเรียนรู้การพยาบาลเด็กโรคหัวใจโดยใช้ทีมเป็นฐานออนไลน์ ผลจากการสนทนากลุ่มพบว่า การเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานออนไลน์ที่ทำให้นักศึกษาได้พัฒนาตนเองมากขึ้นตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ดังนี้

3.1 ด้านคุณธรรมจริยธรรม “นักศึกษาต้องเข้าห้องเรียนออนไลน์ให้ตรงเวลา เริ่มทำงานกลุ่มพร้อมกัน ต้องมีความรับผิดชอบต่อตนเองและทีม และควรกล่าวถึงวิชาชีพพยาบาลในทางที่ดี”

3.2 ด้านความรู้ “นักศึกษาต้องทบทวนความรู้จากการแบบทำข้อสอบในห้องเรียนออนไลน์อย่างสม่ำเสมอและทำให้เข้าใจเนื้อหาของบทเรียนเพิ่มมากขึ้น”

3.3 ด้านทักษะทางปัญญา “นักศึกษาการเรียนรู้ด้วยตนเอง และร่วมกันคิดวิเคราะห์กับสมาชิกในกลุ่ม แลกเปลี่ยนเรียนรู้และช่วยกันสรุปหาคำตอบเพียงคำตอบเดียว ต้องพยายามสกัดความรู้และนำมาเขียนเป็นแผนที่ความคิด (Mind mapping) อย่างคิดสร้างสรรค์ เพื่อที่จะนำไปต่อยอดความรู้เนื้อหา”

3.4 ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ “นักศึกษาได้ทำงานร่วมกันเป็นทีม ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน หากเกิดข้อขัดแย้งภายในกลุ่มต้องรีบช่วยกันแก้ไขข้อขัดแย้งโดยการใช้มติกลุ่มช่วยตัดสินปัญหาที่เกิดขึ้น”

3.5 ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขการสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ “นักศึกษาพัฒนาการค้นหาข้อมูลจากแหล่งที่อ้างอิงได้ ทันสมัย และน่าเชื่อถือ คัดกรองข้อมูลจากการสืบค้นออนไลน์ก่อนนำเสนอในชั้นเรียน”

## อภิปรายผล

1. ผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติในการจัดการเรียนรู้การพยาบาลเด็กโรคหัวใจโดยใช้ทีมเป็นฐานออนไลน์ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากการจัดการเรียนรู้การพยาบาลเด็กโรคหัวใจโดยใช้ทีมเป็นฐานออนไลน์มีคะแนนเฉลี่ยของผลลัพธ์การเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติเพิ่มขึ้นทุกด้าน เนื่องจากการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานออนไลน์เป็นการเรียนรู้เชิงรุก ทำให้นักศึกษาต้องเตรียมความพร้อมด้านความรู้ของตนเองก่อนเข้าเรียนห้องเรียนออนไลน์ ซึ่งสามารถทำได้ทุกที่และทุกเวลาตามความต้องการ (Cheng, Liou, Tsai, & Chang, 2014) สอดคล้องกับผลการวิจัยของสมพิศ ไยสุน์ และคณะ (2559) ศึกษาการจัดการเรียนรู้การพยาบาลมารดาและครอบครัวในระยะตั้งครรภ์โดยใช้ทีมเป็นฐานของนักศึกษาพยาบาลพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์

การเรียนรู้สูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีผลลัพธ์การเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติทุกด้านสูงกว่ากลุ่มที่เรียนแบบเน้นบรรยาย (รุ่งกาญจน์ วุฒิ และคณะ, 2559)

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้การพยาบาลเด็กโรคหัวใจโดยใช้ทีมเป็นฐานออนไลน์ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้การพยาบาลเด็กโรคหัวใจโดยใช้ทีมเป็นฐานออนไลน์ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ยกเว้นด้านคุณธรรมจริยธรรม ( $t = .37$ ,  $p = .71$ ) เนื่องจาก คุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาเป็นสิ่งที่ได้รับการปลูกฝังมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่วัยเด็ก ทั้งในระดับของครอบครัว ชุมชน และสถาบันการศึกษา จนเกิดเป็นนิสัยที่ดี และกลายเป็นเมล็ดพันธุ์แห่งคุณงามความดีที่เจริญงอกงามในสังคม สอดคล้องกับความคิดเห็นของนักศึกษาเกี่ยวกับการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานออนไลน์ ทำให้นักศึกษาได้พัฒนาความรับผิดชอบและความตรงต่อเวลาอย่างชัดเจนมากขึ้น และผลการวิจัยของสมพิศ ไยสุ่น และคณะ (2559) ศึกษาผลการจัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานต่อความรู้และการรับรู้ผลการเรียนรู้เรื่องการพยาบาลมารดาและครอบครัวในระยะตั้งครรภ์ของนักศึกษาพยาบาลพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ผลการเรียนรู้ด้านคุณธรรมจริยธรรมตามการประเมินของนักศึกษาไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

ด้านความรู้ การจัดการเรียนการสอนแบบวิธีการใช้ทีมเป็นฐานออนไลน์ เป็นวิธีการที่กระตุ้นให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง ดังผลการวิจัยพบว่า นักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติด้านความรู้ภายหลังการจัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานออนไลน์สูงกว่าก่อนการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 19.87$ ,  $p = .00$ ) สอดคล้องกับความคิดเห็นของนักศึกษาเกี่ยวกับการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานออนไลน์ ทำให้นักศึกษาเข้าใจเนื้อหาของบทเรียนเพิ่มมากขึ้น และผลการวิจัยของสินีภรณ์ วัฒนจินดา, จิตรกร ผดุง, และมนต์ชัย น้อยคำสิน (2560) ศึกษาผลการจัดการเรียนรู้แบบทีมเป็นฐานต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและความพึงพอใจของนักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาวิชาเทคโนโลยีการถ่ายภาพและภาพยนตร์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน และสอดคล้องกับข้อสรุปผลการวิจัยของ Sisk (2011) ที่พบว่าการเรียนรู้ด้วยวิธีการใช้ทีมเป็นฐาน ทำให้นักศึกษามีค่าเฉลี่ยของคะแนนสอบสูงกว่านักศึกษาในกลุ่มที่เรียนรู้ด้วยวิธีการบรรยาย นอกจากนี้ ยังพบว่าการเรียนรู้ผ่านห้องเรียนออนไลน์ช่วยสร้างความกระตือรือร้น แรงจูงใจใฝ่เรียนรู้ ความสนุกเพลิดเพลิน และช่วยสร้างเสริมประสบการณ์เรียนรู้ รวมทั้งเกิดผลการเรียนรู้ที่ดีขึ้นกับนักศึกษา (Gomez & Passerini, 2010)

ด้านทักษะทางปัญญา การจัดการเรียนรู้ด้วยวิธีการใช้ทีมเป็นฐานออนไลน์ เป็นการจัดการเรียนการสอนที่เน้นกระบวนการกลุ่มย่อย นักศึกษาทุกคนต้องระดมสมองร่วมกัน คิดวิเคราะห์และอธิบายเหตุผลต่างๆ จนได้คำตอบที่ถูกต้อง จึงส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยในด้านทักษะทางปัญญาสูงกว่าก่อนการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 20.80$ ,  $p = .00$ ) และนักศึกษามีความเห็นที่ช่วยให้นักศึกษาได้ฝึกการคิดวิเคราะห์ คิดสร้างสรรค์ และต่อยอดความรู้พัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับ

การศึกษาการจัดการเรียนการสอนแบบทีมในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 1 ส่งผลให้มีความคิดอย่างมีวิจารณญาณสูงกว่าก่อนการเรียน (ณัทกวี ศิริรัตน์ และศศิธร ชิดนายิ, 2552) นอกจากนี้ยังพบว่า การเรียนรู้ผ่านห้องเรียนออนไลน์แบบกลุ่มย่อยเป็นทางเลือกใหม่ ที่นำมาใช้ในการจัดการเรียนการสอน เพราะสามารถเลือกช่วงเวลาเรียนที่สะดวกตามต้องการทั้งผู้สอนและนักศึกษา สามารถเรียนได้ทุกสถานที่ ทำให้นักศึกษาเกิดความกระตือรือร้น กล้าแสดงออกและตอบคำถามมากขึ้นเมื่อเรียนเป็นกลุ่มย่อย ห้องเรียนออนไลน์จึงนับว่าเป็น “การเรียนรู้ที่ไม่มีสิ้นสุด” เป็นการเรียนรู้ตลอดชีวิตเนื่องจาก เป็นแหล่งความรู้ที่เปิดกว้างให้นักศึกษาสามารถเข้ามาค้นคว้าหาความรู้ที่ผู้สอนใส่ไว้ในห้องเรียนได้ตลอดเวลาและต่อเนื่อง หรือย้อนกลับไปทบทวนความรู้ได้ ตลอดจนช่วยเสริมสร้างทักษะการคิดอย่างมีประสิทธิภาพ (Gomez, et al., 2010)

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ การจัดการเรียนรู้ด้วยวิธีการใช้ทีมเป็นฐานออนไลน์เป็นกระบวนการส่งเสริมให้ผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างเรียน โดยเฉพาะในขั้นตอนประเมินความพร้อม (Readiness assurance process) และขั้นประยุกต์ใช้ความรู้ (Application exercises) ซึ่งเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้แสดงบทบาทในการทำงานเป็นทีม ทั้งบทบาทของผู้นำและสมาชิกทีมในการร่วมกันเรียนรู้ให้บรรลุเป้าหมาย และสร้างความรู้ใหม่ให้กับตนเอง สำหรับขั้นประเมินผลเป็นขั้นตอนหนึ่งที่มีความสำคัญที่ผู้สอนต้องสะท้อนผลการเรียนรู้และผลของกระบวนการกลุ่มของนักศึกษา นักศึกษาได้ประเมินตนเองและประเมินสมาชิกในทีม ถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของการจัดการเรียนการสอนแบบทีมเป็นฐานออนไลน์ จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยผลการเรียนรู้ในด้านนี้ สูงกว่าก่อนการเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 16.40, p = .00$ ) และนักศึกษามีความเห็นว่า ทำให้ได้พัฒนาความสามารถของตนเองในบทบาทของผู้นำหรือสมาชิกของทีม และเรียนรู้การทำงานเป็นทีม ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของรุ่งกาญจน์ วุฒิ และคณะ (2559) พบว่า การจัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานส่งผลให้มีผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบสูงกว่ากลุ่มที่เรียนแบบเน้นบรรยาย

ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขการสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ การจัดการเรียนการสอนแบบวิธีการใช้ทีมเป็นฐานออนไลน์ เป็นการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการจัดการเรียนการสอนในปัจจุบัน จึงส่งผลให้มีคะแนนเฉลี่ยผลการเรียนรู้ในด้านนี้สูงกว่าก่อนการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 14.10, p = .00$ ) ช่วยเสริมสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ ความคิดสร้างสรรค์ และมีความยืดหยุ่นคือการเรียนรู้เกิดได้ทุกที่และทุกเวลา (Clark et al., 2018) สอดคล้องกับความคิดเห็นของนักศึกษาเกี่ยวกับการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานออนไลน์ ทำให้นักศึกษาสามารถใช้เทคโนโลยีสารสนเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีจริยธรรม และนำเสนอข้อมูลได้ดีขึ้น

ดังนั้น การจัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานออนไลน์ในการพยาบาลเด็กโรคหัวใจ จึงเป็นวิธีการเรียนรู้ที่สามารถพัฒนาผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ความตรงต่อเวลา ความรับผิดชอบ ความตั้งใจและมุ่งมั่นทำงาน การยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นและคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล ความสามารถในการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์และสมเหตุสมผล ความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การทำงานเป็นทีมในบทบาทพยาบาลผู้นำและ

สมาชิกทีม การแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์เชิงสร้างสรรค์และเป็นเหตุเป็นผลต่อกลุ่ม และใช้เทคโนโลยีสารสนเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีจริยธรรม

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

นำวิธีการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐานออนไลน์ไปประยุกต์ใช้กับเนื้อหาอื่น ๆ ทุกรายวิชาที่มีผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ต่ำ โดยบูรณาการกับวิธีการสอนรูปแบบอื่น เช่น การเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (Simulation-based learning: SBL) และการวิเคราะห์กรณีศึกษา เพื่อให้นักศึกษาเกิดผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของรายวิชาฯ ต่อไป

### ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ทำการวิจัยและพัฒนาการจัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานออนไลน์แบบสหวิชาชีพ (Interprofessional education: IPE) เพื่อให้เกิดผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติและทักษะในศตวรรษที่ 21 ต่อไป

## ข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยนี้ ไม่สามารถทำการวิจัยกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มควบคุมได้ เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องเวลา และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับการจัดสรรเวลาเรียนของนักศึกษาในรายวิชาอื่นๆ ทำให้ไม่สามารถจัดกิจกรรมการเรียนการสอนที่สามารถเทียบเคียงกับบทเรียนออนไลน์โดยใช้ทีมเป็นฐานสำหรับกลุ่มควบคุม

## กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ ได้รับงบประมาณสนับสนุนการวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้บริหารและคณาจารย์ที่ผลักดันให้งานวิจัยนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี ขอขอบพระคุณ ดร.ศรียรรณ มีบุญ รองผู้อำนวยการกลุ่มงานวิชาการ และ ผศ.ดร.บุษบา สงวนประสิทธิ์ ที่ให้คำแนะนำด้านการวิจัยทุกขั้นตอนและตรวจทานแก้ไขเนื้อหา ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยในครั้งนี้ รวมทั้งเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนทุกท่านที่ให้การช่วยเหลือ และสุดท้ายนี้ขอขอบคุณนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ทุกคนที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีตลอดการวิจัย

## เอกสารอ้างอิง

กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, จรัสศรี เพ็ชรคง, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ, และนพร มามาก. (2560). การลดเวลาเรียน เพิ่มเวลารู้: แนวคิดและการประยุกต์ใช้ในการศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 26(3), 13-26.

- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2559). *การวิเคราะห์สถิติ:สถิติสำหรับการบริหารและวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 16). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ขวัญฤทัย พันธุ์, สุพรรณณี เปี้ยนานาลาว, จิตติมา ดวงแก้ว, และพิศิษฐ์ พลธนะ. (2563). ผลของการเตรียมความพร้อมในการเรียนรู้โดยใช้ BSCI-MODEL ต่อความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี สถาบันพระบรมราชชนก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 3(2), 46-62.
- จิราภรณ์ ชื่นฉ่ำ, ประไพ กิตติบุญถวัลย์, และดวงดาว อุบลแย้ม. (2563). ผลของการใช้บทเรียนอีเลิร์นนิ่งแบบปฏิสัมพันธ์ เรื่อง การตรวจสุขภาพนักเรียน ต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 36(2), 234-242.
- ณัทกวี ศิริรัตน์, และศศิธร ชิดนายี. (2552). ผลการจัดการเรียนการสอนแบบทีมในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 1 ต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและความคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 3(2), 32-39.
- ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง มาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560. (2561, 3 มกราคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่มที่ 135 ตอนพิเศษ 1 ง. หน้า 7-11.
- ปิยะ ศักดิ์เจริญ. (2558). ทฤษฎีการเรียนรู้ผู้ใหญ่และแนวคิดการเรียนรู้ด้วยการชี้นำตนเอง: กระบวนการเรียนรู้เพื่อการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 16(1), 8-13.
- พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2562. (2562, 1 พฤษภาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่มที่ 136 ตอนที่ 57 ก. หน้า 49.
- รุ่งกาญจน์ วุฒิ, สมจิตร สิทธิวงศ์, และจันทร์ธิดา ศรีกระจ่าง. (2559). ผลการจัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานในการเสริมสร้างผลลัพธ์การเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติและการชี้นำตนเองในการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา*, 17(3), 69-80.
- วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ. (2561). *รายงานผลการประเมินการจัดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2561*. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ.
- ศักรินทร์ ชนประชา. (2557). ทฤษฎีการเรียนรู้ผู้ใหญ่: สิ่งที่คุณครูสอนผู้ใหญ่ต้องเรียนรู้. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี*, 25(2), 13-23.
- สมพิศ ไยสุน, ปรียารัตน์ รัตนวิบูลย์, และชลดา จันทร์ขาว. (2559). ผลการจัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานต่อความรู้และการรับรู้ผลการเรียนรู้เรื่องการพยาบาลมารดาและครอบครัวในระยะตั้งครรภ์ของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลสภาาชาติไทย*, 9(2), 73-87.
- สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. (2562). *พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 และ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2553*. สืบค้นจาก <https://www.moe.go.th>.

- สินีภรณ์ วัฒนจินดา, จิตรกร ผดุง, และมนต์ชัย น้อยคำสิน. (2560). ผลของการจัดการเรียนรู้แบบทีมเป็นฐานต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและความพึงพอใจของนักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาวิชาเทคโนโลยีการถ่ายภาพและภาพยนตร์. *วารสารการอาชีวศึกษาและเทคโนโลยี*, 7(13), 27-32.
- Cheng, C. Y., Liou, S. R., Tsai, H. M., & Chang, C. H. (2014). The effects of team-based learning on learning behaviors in the maternal-child nursing course. *Nurse Education Today*, 34(1), 25-30.
- Clark, M., Merrick, L., Styron, J., Dolowitz, A., Dorius, C., Madeka, K., ...Winter., L. (2018). *Off to on: Best practices for online team-based learning*. San Diego, CA: Center for Excellence in Learning and Teaching Publications.
- DeVellis, R. F. (2016). *Scale development: Theory and applications* (4<sup>th</sup> ed.). California: SAGE.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G\*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160.
- Gomez, E. A., Wu, D., & Passerini, K. (2010). Computer-supported team-based learning: The impact of motivation, enjoyment and team contributions on learning outcomes. *Computers & Education*, 55(2020), 378-390.
- Lemeshow, S., Hosmer, D. W., Klar, J., Lwanga, S. K., & World Health Organization. (1990). *Adequacy of sample size in health studies*. Retrieved from [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41607/0471925179\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41607/0471925179_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Michaelsen, L. K., & Sweet, M. (2008). The essential elements of team-based learning. *New Directions for Teaching and Learning*, 2008(116), 7-27.
- Sisk, R. J. (2011). Team-based learning: Systematic research review. *Journal of Nursing Education*, 50(12), 665-669.

## บทความวิจัย (Research article)

### ปัจจัยทำนายผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา Factors Predicting Academic Achievement of Nursing Students at Saint Theresa International College

วีณา ภักดีสิริวิชัย<sup>1\*</sup>, พนิตนาฎ ชำนาญเสื่อ<sup>1</sup>, กรรณิกา เกตุนิล<sup>1</sup>, สิริรดา พรหมสุนทร<sup>1</sup>  
Veena Bhakdisirivichai<sup>1\*</sup>, Panitnat Chamnansua<sup>1</sup>, Kannika Katenil<sup>1</sup>, Sirirada Phromsoonthorn<sup>1</sup>

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: veena@stic.ac.th, โทรศัพท์ 081-8235943)

(Received: September 14, 2020; Revised: December 17, 2020; Accepted: December 25, 2020)

#### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ปีการศึกษา 2562 จำนวน 250 คน โดยสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผลสัมฤทธิ์ในระดับมัธยมปลาย ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนพยาบาล และพฤติกรรมการเรียน มีความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .94 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัย พบว่า

1. นักศึกษาพยาบาลมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเฉลี่ยเท่ากับ 2.83 ( $SD = 4.27$ ) ผลสัมฤทธิ์ระดับมัธยมปลายเฉลี่ย เท่ากับ 3.22 ( $SD = .35$ ) กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 21.09 ปี ( $SD = 1.81$ ) มีค่าครองชีพต่อเดือนเฉลี่ย 6,175.20 บาท ( $SD = 3199.16$ ) และมีด้านพฤติกรรมการเรียนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 3.28$ ,  $SD = .30$ ) โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุดในด้าน กระบวนการรวบรวมข้อมูล ( $M = 3.82$ ,  $SD = .64$ ) และต่ำสุดในด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเรียน ( $M = 2.61$ ,  $SD = .54$ )

2. ผลการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณพบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนได้ร้อยละ 20 ( $F = 4.95$ ,  $p = .02$ ) ได้แก่ ผลสัมฤทธิ์ระดับมัธยมปลาย ซึ่งมีอำนาจการทำนายสูงสุด รองมาคือ การจัดการกับเวลาทางการเรียน ยุทธวิธีในการสอบและการเตรียมตัวสอบ และอายุ ( $Beta = .38, .24, .17, .12$ ;  $p < .05$  ตามลำดับ)

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า วิทยาลัยฯ ควรกำหนดนโยบายการคัดเลือกนักศึกษาเข้าเรียนพยาบาล โดยใช้เกรดเฉลี่ยระดับมัธยมปลายมาเป็นส่วนหนึ่งของเกณฑ์การคัดเลือก รวมทั้ง การส่งเสริมกลยุทธ์การ

<sup>1</sup> อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา

Instructor, Faculty of Nursing, Saint Theresa International college

เตรียมสอบ และสนับสนุนการจัดการกับเวลาทางการเรียน เพื่อให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาการพยาบาลที่ดีขึ้น

**คำสำคัญ:** ปัจจัยทำนาย, ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน, พฤติกรรมการเรียน, นักศึกษาพยาบาล

## Abstract

This descriptive research aimed to investigate the factors predicting nursing students' academic achievement. The samples were 250 nursing students in Years 1-4 during academic year 2019 at Saint Theresa International College. Simple random sampling was used in this study. Data were collected from the questionnaires of student information, academic achievement and learning behaviors. The instrument was examined by the alpha coefficient of Cronbach equal to .94. Descriptive statistics and multiple regressions were applied in data analysis. The results showed that;

1. The nursing students' average academic achievement was GPA of 2.83 ( $SD = 4.27$ ). Average academic achievement in high school was 3.22 ( $SD = .35$ ). Students' average age was 21.09 years ( $SD = 1.81$ ). An average cost of living of students was 6,175.20 baht ( $SD = 3199.16$ ). Learning behaviors was at a moderate level ( $M = 3.28$ ,  $SD = .30$ ). Students' data collection process was the highest ( $M = 3.82$ ,  $SD = .64$  and learning anxiety was at the lowest ( $M = 2.61$ ,  $SD = .54$ ).

2. The multiple regression analysis found that factors that can be mutually explained the variance in academic achievement was 20% ( $F = 4.95$ ,  $p = .02$ ) were high school achievement. The second highest predictive factors were the time management in their study, test-taking strategies, preparation for the test and age ( $Beta = .38$ ,  $.24$ ,  $.17$ ,  $.12$ ;  $p < .05$  respectively).

Therefore, colleges should establish a policy to recruit nursing students from their high school GPA as part of the selection criteria as well as supporting test-taking preparation in order to improve academic achievement in nursing.

**Keywords:** Predicting factors, Academic achievement, Learning behaviors, Nursing students

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 มาตรา 4 (สภาการพยาบาล, 2554) ให้ความหมายว่า การพยาบาล หมายถึง “การกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการดูแลและช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาล” โดยพยาบาลปฏิบัติหน้าที่การพยาบาลต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน วิชาชีพการพยาบาลของประเทศไทยเข้าสู่ระบบการศึกษาตั้งแต่ พ.ศ. 2499 ปัจจุบันสถาบันการศึกษาทั่วประเทศสามารถผลิตพยาบาลและผดุงครรภ์ประมาณปีละ 6,000 คน ตามแผนพัฒนาการพยาบาลและผดุงครรภ์แห่งชาติ ฉบับที่ 4 (2560-2564) มีพันธกิจด้านการศึกษาพยาบาลที่สนับสนุนส่งเสริม และการพัฒนาระบบการผลิตกำลังคนสาขาพยาบาลศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ และมีสมรรถนะในการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนและประเทศ โดยมีเป้าประสงค์คือ ผลิตและพัฒนากำลังคนสาขาพยาบาลศาสตร์ เพื่อให้บุคคล ครอบครัว และประชาชน เข้าถึงและได้รับบริการพยาบาลและผดุงครรภ์ที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐานและจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม (สภาการพยาบาล, 2560) ใช้กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ โดยสำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา ในฐานะหน่วยงานกำกับและส่งเสริมการดำเนินงานของสถาบันอุดมศึกษา เพื่อเป็นเครื่องมือในการนำนโยบายจากพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 เกี่ยวกับมาตรฐานการศึกษาของชาติ ไปสู่การปฏิบัติในสถานศึกษาอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งมาตรฐานผลลัพธ์การเรียนรู้ (Standard of learning outcome) กำหนดไว้อย่างน้อยต้องประกอบด้วย ด้านคุณธรรมจริยธรรม ด้านความรู้ ด้านทักษะของปัญญา ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยี (คณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, 2560)

เป้าหมายสูงสุดของการจัดการเรียนการสอนพยาบาลศาสตร์ คือ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน การที่นักศึกษาพยาบาลจะเรียนสำเร็จบรรลุวัตถุประสงค์ได้นั้น ต้องอาศัยปัจจัยทางสติปัญญา เช่น ความรู้เดิม ผลการเรียนรู้ เกณฑ์หรือผลสัมฤทธิ์ระดับมัธยมปลาย มีการศึกษาปัจจัยด้านผู้เรียน พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีผลการเรียนเฉลี่ยมัธยมปลายส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 2.01-2.50 ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเป็นอย่างมาก ปัจจัยค่าครองชีพในด้านรายได้ของครอบครัวพบว่า ครอบครัวที่มีรายได้ 15,000 บาทขึ้นไป ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในระดับปานกลาง (เขมรรัตน์ ดุจวรรณ, กนิพันธ์ุ ปานณรงค์, กัญจนภรณ์ ธงทอง, และทวิพันธ์ นามโคตร, 2560) นอกจากนี้ ยังมีพฤติกรรมทางด้านความรู้ การคิด ความสามารถของนักศึกษา และความถนัดต่างๆ (Bloom, 1982) สำหรับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อสัมฤทธิ์ผลทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลในด้านพฤติกรรมกรเรียน พบว่า ความเอาใจใส่ในการเรียน ความมีวินัยในตนเอง แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการเรียน ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล (รุ่งฤดี กล้าหาญ, 2557; เขมรรัตน์ ดุจวรรณ และคณะ, 2560) ทั้งนี้ พฤติกรรมกรเรียนของนักศึกษาพยาบาล มีอิทธิพลต่อ

การทำนายผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน โดยการวางแผนการเรียน และการเอาใจใส่กับการเรียน (กาญจนา เลิศถาวรธรรม, กรรณิการ์, กิจนพเกียรติ, และอรพิน สว่างวัฒนะเศรษฐ์, 2557)

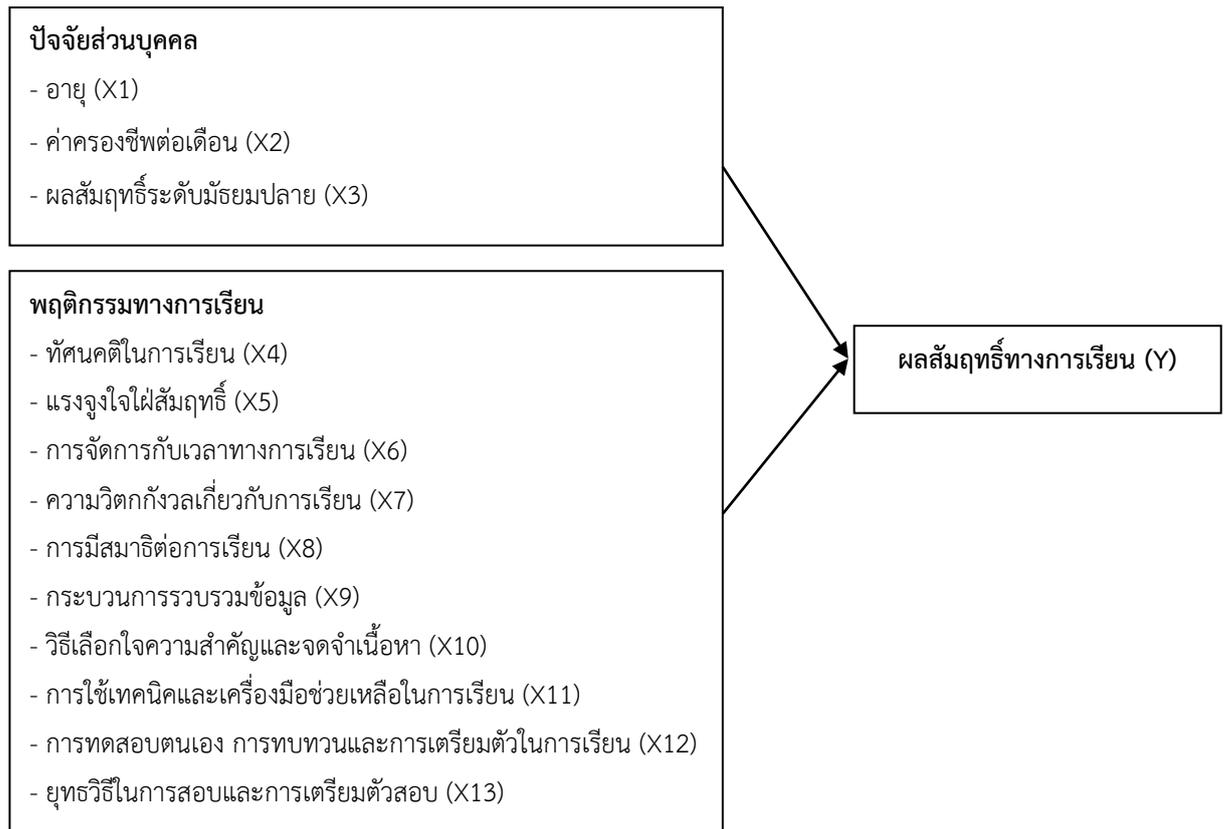
คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา ได้ดำเนินการจัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาล ศาสตร์บัณฑิต ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 4 ปี จำนวน 140 หน่วยกิต โดยมีการจัดการเรียนการสอนทั้ง ภาควิชาและปฏิบัติ จากการติดตามผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล ในปีการศึกษา 2559- 2561 พบว่า นักศึกษามีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ต่ำกว่าเกณฑ์ ที่ต้องซ้ำชั้น มีจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 4.12 และมีนักศึกษาลาออก จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 5.16 และในปีการศึกษา 2561 การเฝ้าระวัง นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 ที่มีผลการเรียนต่ำกว่า 2.3 พบว่า มีจำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 26.53 (งานทะเบียนนักศึกษา วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา, 2562) การที่ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำมีโอกาสที่ นักศึกษาจะซ้ำชั้น จบการศึกษาล่าช้า หรืออาจหือต่อการเรียนและลาออกกลางคัน อีกทั้ง ส่งผลต่อการสอบ ความรู้ผู้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ ที่ต้องมีความรู้ ความสามารถทางการเรียน เพื่อจบเป็นพยาบาลวิชาชีพอย่างสมบูรณ์ ดังนั้น ผู้วิจัยมีความสนใจในการศึกษา ปัจจัยทำนายผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา เพื่อใช้เป็นแนวทาง ในการกำหนดนโยบายและวางแผนสนับสนุนเพื่อพัฒนาการจัดการเรียนการสอนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยนานาชาติ เซนต์เทเรซา

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ ได้นำแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทำนายผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา ได้แก่ อายุ ค่าครองชีพต่อเดือน ผลสัมฤทธิ์ระดับ มัธยมปลาย และพฤติกรรมการเรียน 10 ด้าน ได้แก่ ทศนคติในการเรียน แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ การจัดการ กับเวลาทางการเรียน ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเรียน การมีสมาธิต่อการเรียน กระบวนการรวบรวม ข้อมูล วิธีเลือกใจความสำคัญและจดจำเนื้อหา การใช้เทคนิคและเครื่องมือช่วยเหลือในการเรียน การ ทดสอบตนเอง การทบทวนและการเตรียมตัวในการเรียน และยุทธวิธีในการสอบและการเตรียมตัวสอบ ตามยุทธวิธีการเรียนของสิงห์ ไทยวงศ์ (2544) ที่ได้พัฒนามาจาก Learning and Study Strategies Inventory (LASSI) ของ Weinstein, Palmer, and Schute (1987 อ้างถึงใน Prevatt, Petscher, Proctor, Hurst, & Adams, 2006) โดยเขียนเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวิธีดำเนินการวิจัย รายละเอียด ดังนี้

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา ที่ลงทะเบียนเรียนแบบเต็มเวลา ในปีการศึกษา 2562 จำนวน 411 คน

กลุ่มตัวอย่าง นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา ที่ลงทะเบียนเรียนแบบเต็มเวลา ในปีการศึกษา 2562 คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการเปิดตารางสำเร็จรูปของ Krejcie and Morgan (1970) กำหนดค่าความเชื่อมั่นหรือความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ได้กลุ่มตัวอย่าง 201 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 250 คน และจำแนกขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนนักศึกษาในแต่ละชั้นปี จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามรายชั้นปีที่ 1-4 จำนวน 54, 58, 78, และ 60 คน ตามลำดับ

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถาม จำแนกออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นปี ค่าครองชีพต่อเดือน ผลสัมฤทธิ์ระดับมัธยมปลาย และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนพยาบาล ซึ่งเป็นแบบเติมคำตอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมทางการเรียน เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม และปรับมาจากแบบทดสอบยุทธวิธีการเรียนรู้ของ สิงห์ ไทยวงศ์ (2544) ที่ได้พัฒนามาจาก Learning and

Study Strategies Inventory (LASSI) ของ Weinstein et al. (1987 อ้างถึงใน Prevatt et al., 2006) แห่ง University of Texas at Austin มี 10 ด้าน รวม 76 ข้อ ได้แก่ ทักษะคิดในการเรียน 8 ข้อ แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ 8 ข้อ การจัดการกับเวลาทางการเรียน 8 ข้อ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเรียน 8 ข้อ การมีสมาธิต่อการเรียน 8 ข้อ กระบวนการรวบรวมข้อมูล 8 ข้อ วิธีเลือกใจความสำคัญและจดจำเนื้อหา 5 ข้อ การใช้เทคนิคและเครื่องมือช่วยเหลือในการเรียน 8 ข้อ การทดสอบตนเองการทบทวนและการเตรียมตัวในการเรียน 8 ข้อ และด้านยุทธวิธีในการสอบและการเตรียมตัวสอบ 7 ข้อ โดยเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) มีการให้คะแนนรายข้อที่เป็นข้อความทางบวก ระหว่างไม่เป็นจริงเลย (1 คะแนน) ถึงเป็นจริงมากที่สุด (5 คะแนน) ส่วนข้อความทางลบ ระหว่างไม่จริงเลย (5 คะแนน) ถึงเป็นจริงมากที่สุด (1 คะแนน) และมีเกณฑ์ในการแปลความหมายคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรเรียนรายด้านและโดยรวม ออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายถึง ระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.61 - 3.40 หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.41 - 4.20 หมายถึง ระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึง ระดับดีที่สุด

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามทั้ง 2 ส่วน ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการจัดการศึกษาพยาบาล ด้านการพยาบาล และด้านการบริหารการศึกษา จำนวน 3 ท่าน โดยใช้ดัชนีความตรงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) มีการให้คะแนนความสอดคล้องของรายการคำถามกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการระหว่าง 1 - 4 คะแนน แบบสอบถามพฤติกรรมกรเรียนมีค่า CVI เท่ากับ .88 จากนั้นนำแบบสอบถามที่แก้ไขปรับปรุงไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลในสถานศึกษา แห่งหนึ่ง 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .94

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563 รายละเอียด ดังนี้

1. ประสานงานกับงานวิจัยและบริการวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติ เซนต์เทเรซา และขออนุญาตจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา เพื่อเข้าเก็บข้อมูลนักศึกษาแต่ละชั้นปี

2. นัดหมายกลุ่มตัวอย่างในห้องเรียนของนักศึกษาเป็นรายชั้นปี ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง การตอบแบบสอบถามนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ นักศึกษาสามารถปฏิเสธการตอบแบบสอบถามโดยไม่มีผลกระทบต่อการเรียน สำหรับนักศึกษาสมัครใจเข้าร่วม ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยมอบแบบสอบถามและนัดหมายให้ส่งกลับภายใน 2 สัปดาห์ โดยบรรจุแบบสอบถามใส่ซองเอกสาร ปิดผนึกและขอให้ผู้แทนนักศึกษารวบรวมให้คณะผู้วิจัย ทั้งนี้ ได้รับแบบสอบถามกลับคืนครบถ้วน 100%

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นปี ผลสัมฤทธิ์ระดับมัธยมปลาย ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และพฤติกรรมการเรียน โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ )
2. วิเคราะห์อำนาจในการทำนายของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

### การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา จังหวัดนครนายก เลขที่ไปรับรอง 018/2020 ลงวันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ.2563

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.0 มีอายุ ( $X1$ ) เฉลี่ย 21.09 ปี ( $SD = 1.81$ ) ค่าครองชีพต่อเดือน ( $X2$ ) มีค่าเฉลี่ย 6,175.20 บาท ( $SD = 3199.16$ ) ผลสัมฤทธิ์ระดับมัธยมปลาย ( $X3$ ) มีเกรดเฉลี่ย เท่ากับ 3.22 ( $SD = .35$ ) โดยมีเกรดเฉลี่ยสูงสุด 3.97 ต่ำสุด 2.00 และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.83 ( $SD = .43$ ) เกรดเฉลี่ยสูงสุด 3.94 และต่ำสุดเท่ากับ 2.00

นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมการเรียนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 3.28, SD = .30$ ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยในระดับดี จำนวน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านกระบวนการรวบรวมข้อมูล ด้านทัศนคติในการเรียน การทบทวนและการเตรียมตัวในการเรียน ด้านแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ และด้านการใช้เทคนิคและเครื่องมืออุปกรณ์ช่วยเหลือในการเรียนการทดสอบตนเอง ( $M = 3.82, 3.68, 3.61, 3.60$  และ  $3.55$ ) ตามลำดับ และมีค่าเฉลี่ยต่ำสุดในด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเรียน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 2.61, SD = .54$ ) เมื่อพิจารณารายชั้นปี พบว่ากลุ่มตัวอย่างชั้นปี 1 ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเรียนสูงสุด ( $M = 3.31, SD = .26$ ) รองมาคือ ชั้นปี 3 ( $M = 3.27, SD = .31$ ) และต่ำสุดในชั้นปี 2 ( $M = 3.26, SD = .34$ ) รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) และระดับพฤติกรรมการเรียนของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา จำแนกตามรายด้านและโดยรวม ( $n = 250$ )

ด้าน	$M$	$SD$	ระดับ
ทัศนคติในการเรียน (X4)	3.68	.60	ดี
แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ (X5)	3.60	.42	ดี
การจัดการกับเวลาทางการเรียน (X6)	2.84	.53	ปานกลาง
ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเรียน (X7)	2.61	.54	ปานกลาง
การมีสมาธิต่อการเรียน (X8)	3.03	.88	ปานกลาง
กระบวนการรวบรวมข้อมูล (X9)	3.82	.64	ดี
วิธีเลือกใจความสำคัญและจดจำเนื้อหาที่สำคัญของบทเรียน (X10)	3.08	.53	ปานกลาง
การใช้เทคนิคและเครื่องมืออุปกรณ์ช่วยเหลือในการเรียน (X11)	3.55	.51	ดี
การทดสอบตนเอง การทบทวน และการเตรียมตัวในการเรียน (X12)	3.61	.65	ดี
ยุทธวิธีในการสอบและการเตรียมตัวสอบ (X13)	2.94	.55	ปานกลาง
โดยรวม	3.28	.30	ปานกลาง

2. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise) โดยทำการทดสอบข้อตั้งเบื้องต้นใน ได้แก่ การกระจายแบบปกติ (Normality) ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) ค่าความแปรปรวนคงที่ (Homoscedasticity) ความสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปรอิสระ (Multicollinearity) และความเป็นอิสระของค่าความคลาดเคลื่อน (Autocorrelation) พบว่า ไม่มีการละเมิดข้อตั้งเบื้องต้นดังกล่าว ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า มีตัวแปรอิสระเพียง 4 ตัว ที่สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนได้ร้อยละ 20 ( $R^2 = .20$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ( $F = 4.95$ ,  $p = .02$ ) ได้แก่ ผลสัมฤทธิ์ระดับมัธยมปลาย ซึ่งมีอำนาจการทำนายสูงสุด ( $Beta = .38$ ,  $p < .01$ ) และรองมาเป็นพฤติกรรมการเรียนด้านการจัดการกับเวลาทางการเรียน ยุทธวิธีในการสอบและการเตรียมตัวสอบ และอายุ ตามลำดับ ( $Beta = .24$ ,  $.17$ ,  $.12$ ,  $p < .05$ ) ดังตาราง 2

ตาราง 2 การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนตัวแปรที่สามารถทำนายผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา ( $n = 250$ )

ตัวแปรพยากรณ์	$B$	$Beta$	$R$	$R^2$	$R^2_{Change}$	$F$	$p$
ผลสัมฤทธิ์ระดับมัธยมปลาย (X3)	.47	.38	.36	.13	.13	36.51**	.00
ยุทธวิธีในการสอบและการเตรียมตัวสอบ (X13)	.14	.17	.39	.15	.02	6.56**	.01
การจัดการกับเวลาทางการเรียน (X6)	.19	.24	.42	.18	.03	8.28**	.00
อายุ (X1)	.30	.12	.44	.20	.02	4.95*	.02

$SE_b = .41$ , Constant ( $a$ ) = .57

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

โดยมีสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน (Standardized score) ดังนี้

$$Z_Y = .38Z_{X_3} + .24Z_{X_6} + .17Z_{X_{13}} + .12Z_{X_1}$$

## อภิปรายผล

นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเฉลี่ยเท่ากับ 2.83 ( $SD = .43$ ) และมีปัจจัยที่สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนได้ร้อยละ 20 เรียงตามลำดับอำนาจการทำนาย ได้แก่ ผลสัมฤทธิ์ระดับมัธยมศึกษา การจัดการกับเวลาทางการเรียน ยุทธวิธีในการสอบและการเตรียมตัวสอบ และอายุ ( $Beta = .38, .24, .17, .12$ ;  $p < .05$  ตามลำดับ) แสดงว่านักศึกษาที่มีเกรดเฉลี่ยระดับมัธยมศึกษาสูง และมีการจัดการกับเวลาทางการเรียนที่ดี มีโอกาสเกิดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนได้สูงกว่านักศึกษาที่มีเกรดเฉลี่ยระดับมัธยมศึกษาต่ำกว่า และขาดการจัดการกับเวลาทางการเรียน แม้ว่าการศึกษาผลการศึกษที่ผ่านมาจะไม่มีการศึกษาปัจจัยทำนายโดยตรงกับตัวแปรเหล่านี้ก็ตาม

ผลสัมฤทธิ์ระดับมัธยมศึกษา เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายได้สูงสุดนั้น ( $Beta = .38, p < .05$ ) แสดงว่า พื้นฐานความรู้ที่ดีในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย เป็นรากฐานที่สำคัญในการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ในการเรียนที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐพัชร์ (จารุณี) อภิวัฒน์ไพศาล (2557) พบว่า ผลการเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า สามารถจำแนกผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาปริญญาตรีสาขาบัญชีได้ รวมทั้ง เกรดเฉลี่ยในรายวิชาที่เป็นหลักการเบื้องต้น เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (วรลักษณ์ นวลพลับ, 2554) รวมทั้ง สอดคล้องกับผลการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลพบว่า ความรู้พื้นฐานเดิมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (รุ่งฤติกกล้าหาญ, 2557) ดังนั้น คณะกรรมการคัดเลือกนักศึกษาของวิทยาลัย ควรนำผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในระดับมัธยมศึกษาเป็นส่วนหนึ่งของเกณฑ์การรับนักศึกษาพยาบาลด้วย

การจัดการกับเวลาทางการเรียน เป็นปัจจัยทำนายรองลงมา ( $Beta = .24, p < .05$ ) หากนักศึกษามีการวางแผน และจัดการกำหนดเวลาของตนเองในการเรียนการสอน การพัฒนาการจัดการเวลาโดยการจัดตารางเวลาเรียน หรือใช้เทคนิคต่างๆ มาช่วยจัดการเวลา และหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ไม่เป็นประโยชน์ต่อนักศึกษา อีกทั้งแสดงถึงการวางแผนการเรียน และการเอาใจใส่ต่อการเรียน เป็นพฤติกรรมที่มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษา (กาญจนา เลิศถาวรธรรม และคณะ, 2557) อย่างไรก็ตามพบว่า นักศึกษามีพฤติกรรมด้านการบริหารเวลาในการเรียนอยู่ในระดับน้อย (ภัทรพร พงศาปรมัตต์, 2561) และนักศึกษาส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการทำงานไม่เสร็จตามเวลาที่กำหนด เนื่องจากใช้เวลาส่วนใหญ่ในการเล่นอินเทอร์เน็ต (งามพันธุ์ สัยศรี, 2555) อีกทั้ง การจัดการกับเวลาทางการเรียนที่ดีนั้น แสดงถึง ความมีความมีวินัยในตนเองของนักศึกษาในการจัดการกับเวลาทางการเรียน เนื่องจากเป็นพื้นฐานสำคัญในการสร้างพฤติกรรมเรียนที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งฤติกกล้าหาญ (2557) พบว่า ความมีวินัยในตนเอง สามารถพยากรณ์ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนิสิตพยาบาลได้ ชี้ให้เห็นว่า ผู้สอนและผู้ที่เกี่ยวข้องต้องมีการเสริมสร้างการบริหารจัดการเวลาที่ดีสำหรับนักศึกษาพยาบาลทั้งในด้านการเรียนการสอน

และกิจกรรมเสริมหลักสูตร เพื่อเป็นพื้นฐานที่ดีในการบริหารจัดการเวลาในการปฏิบัติงาน เมื่อสำเร็จไป เป็นพยาบาลวิชาชีพต่อไป

ยุทธวิธีในการสอบและการเตรียมตัวสอบ เป็นปัจจัยทำนายรองลงมา ( $Beta = .17, p < .05$ ) แสดงว่า หากนักศึกษามีการเตรียมตัวสำหรับการสอบ รวมทั้งการเลือกใช้กลยุทธ์ในการมาใช้ในการเตรียมตัวสอบที่ดี ส่งผลให้มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ดีด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของภัทรพร พงศาปรมัตถ์ (2561) พบว่า นิสิตมีพฤติกรรมการเรียนที่ใส่ใจในการเรียนและการเตรียมตัวสอบและกลยุทธ์ในการสอบ จะมีผลสัมฤทธิ์ในการเรียนในระดับมาก และมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิ ระดับอุดมศึกษา (สภาการณ ตั้งดำเนินสวัสดิ์, 2556) ตลอดจนการเตรียมตัวสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ต่อไป (ณัฐพร อุทัยธรรม, ภูษณิศ ไทยสงฆ์, ปวีณา ศรีชีริยะกุล, และ สุภาดา พุ่มพวง, 2561; ศิวีโล โพธิ์ชัย, กนิพันธ์ ปานณรงค์, ประคองศรี ถนอมนวล, อัจฉรา อิ่มน้อย, และ นงลักษณ์ วิชัยรัมย์, 2562) อย่างไรก็ตามพบว่า นักศึกษามีการเตรียมตัวสอบและกลยุทธ์ในการสอบในระดับปานกลาง นักศึกษามีกิจกรรมที่ได้รับมอบหมายมาก ทำให้ไม่ได้มีการเตรียมตัวสอบอย่างเต็มที่ และมีปัญหาในการทำความเข้าใจกับคำถามในข้อสอบ (จินตนา พรพิไลพรรณ, 2555) ดังนั้น ผู้สอนและผู้ที่เกี่ยวข้องควรมีการพัฒนายุทธวิธีในการสอบและการเตรียมตัวสอบที่ดีสำหรับนักศึกษาพยาบาล ทั้งในด้านการเตรียมตัวก่อนสอบ การวิเคราะห์และการทำความเข้าใจคำถามในข้อสอบ เพื่อเป็นพื้นฐานที่ดีในการทำข้อสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ จากสภาการพยาบาลเมื่อสำเร็จการเรียนในชั้นปี 4 ต่อไป

นอกจากนี้ อายุ ( $Beta = .12, p < .05$ ) เป็นปัจจัยหนึ่งในการทำนายผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ทั้งนี้เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลที่มีอายุและอยู่ในชั้นปีที่สูงขึ้น จะเข้าใจธรรมชาติของการเรียนการสอนทางการพยาบาล ที่ดี อีกทั้งมีประสบการณ์ทางวิชาการและวิชาชีพเพิ่มขึ้นตามลำดับ สอดคล้องกับผลการศึกษาคความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต (นิภา กิมสูงเนิน, สุวรีย์ เพชรแดง, และจุฬา ยนต์พร, 2561)

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

นำไปใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับคณะกรรมการบริหารหลักสูตร ในการบริหารจัดการเรียนการสอนเพื่อผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ดี ทั้งการนำผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในระดับมัธยมปลายมาเป็นส่วนหนึ่งของเกณฑ์การรับนักศึกษา รวมทั้งการพัฒนาให้นักศึกษามีความสามารถในการบริหารจัดการเวลาเรียนและการใช้กลยุทธ์ที่ดีในการเตรียมสอบ

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรวิจัยและพัฒนาแบบการจัดการเรียนการสอน โดยใช้เทคโนโลยีทางการศึกษาและยุทธวิธีเตรียมความพร้อมทั้งการเรียนการสอนและการเตรียมตัวสอบ

## เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา เลิศถาวรธรรม, กรรณิการ์ กิจนพเกียรติ, และอรพิน สว่างวัฒนะเศรษฐ์. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 7(4), 13-24.
- เขมรศักดิ์ ดุจวรรณ, กนิพันธุ์ ปานณรงค์, กัญจนภรณ์ ธงทอง, และทวิพันธ์ นามโคตร. (2560). ปัจจัยที่ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตมหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา ศรีสะเกษ. *วารสารวิชาการเฉลิมกาญจนา*, 4(2), 117-125.
- คณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. (2560) *พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2553*. กรุงเทพฯ: พริกหวาน กราฟิก.
- งานทะเบียนนักศึกษา วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา. (2562). สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด. ใน วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา, *การประชุมสัมมนาสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปีการศึกษา 2562*. นครนายก: วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา.
- งามพันธุ์ สัยศรี. (2555). การพัฒนาแบบตรวจสอบรายการประเมินทักษะการจัดการเวลาและเทคนิคการจัดการเวลาสำหรับนักเรียน. *วารสารอิเล็กทรอนิกส์ทางการศึกษา*, 7(1), 2028-2041.
- จินตนา พรพิไลพรรณ. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเรียนกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาที่เรียนในสาขาวิชาเศรษฐศาสตร์ทรัพยากรมนุษย์. *วารสารวิจัยรามคำแหง ฉบับมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 17(1), 40-52.
- ณัฐพร อุทัยธรรม, ภูษณิศ ไทยสงฆ์, ปวีณา ศรีจริยะกุล, และสุภาดา พุ่มพวง. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 1(3), 35-45.
- ณัฐพัชร์ (จารุณี) อภิวัฒน์ไพศาล. (2557). การวิเคราะห์จำแนกปัจจัยที่ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาบัญชี มหาวิทยาลัยเอกชนในประเทศไทย. *วารสารวิชาชีพบัญชี*, 28(10), 19-33.
- นิภา กิมสูงเนิน, สุรวิทย์ เพชรแดง, และจุฬา ยันตพร. (2561). รูปแบบการเรียนรู้และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยรังสิต. *วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี*, 24(1), 5-14.
- ภัทรพร พงศาปรมัตถ์. (2561). พฤติกรรมการเรียนกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนิสิตในรายวิชาการภาษาอกร 2. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 41(1), 75-86.
- รุ่งฤดี กล้าหาญ. (2557). ปัจจัยที่ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนภาคปฏิบัติของนิสิตพยาบาล ชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 412-420.
- วรลักษณ์ นवलลับ. (2554). *การจำแนกประเภทปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงและต่ำของนิสิตโครงการปริญญาตรีการบัญชี ภาคพิเศษ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

- ศิริไล โปธิชัย, กนิพันธ์ ปานณรงค์, ประคองศรี ถนอมนวล, อัจฉรา อิ่มน้อย, และนางลักษณ์ วิชัยรัมย์. (2562). ผลการเตรียมความพร้อมสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิชาการเฉลิมกาญจนา*, 6(1), 103-113.
- สภาการพยาบาล. (2554). *พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 แก้ไขเพิ่มเติม(ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 และข้อบังคับระเบียบประกาศสภาการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพฯ: ศิริการพิมพ์.
- สภาการพยาบาล. (2560). *รายงานประจำปี 2560 สภาการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: จุฑทอง.
- สิงห์ ไทยวงษ์. (2544). *ผลการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวทางทฤษฎีพิจารณาเหตุผล อารมณ์ พฤติกรรม ต่อยุทธวิธีการเรียนและระดับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาที่มีสถานภาพรอพินิจ (วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- สุภาภรณ์ ตั้งดำเนินสวัสดิ์. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเรียนกับผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาของนักศึกษารายวิชาภาษาอังกฤษเชิงสถานการณ์ ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2556. *วารสารวิชาการบัณฑิตวิทยาลัยสวนดุสิต*, 11(2), 223-229.
- Bloom, B. S. (1982). *Human characteristic and school learning*. New York: McGraw-Hill.
- Krejie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Education and Psychological Measurement*, 30, 607-610.
- Prevatt, F., Petscher, Y., Proctor, B. E., Hurst, A., & Adams, K. (2006). The revised learning and study strategies inventory: An evaluation of competing models. *Educational and psychological measurement*, 66(3), 448-458.

## บทความวิจัย (Research article)

### รูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการพันธกิจ เพื่อพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล A Mission-Integrated Education Model for the Development of Learning Outcomes among Nursing Students

เพียว พงษ์ศักดิ์ชาติ<sup>1\*</sup>, ศรีวรรณ มีบุญ<sup>2</sup>, พรรณภา เรืองกิจ<sup>2</sup>, อาทิตยา แก้วน้อย<sup>3</sup>, รุ่งนภา โพธิ์แสน<sup>3</sup>  
Payao Phongsakchat<sup>1\*</sup>, Sriwan Meeboon<sup>2</sup>, Phannapa Ruangkit<sup>2</sup>, Arthitaya Kaeonoi<sup>3</sup>, Rungnapa Posaen<sup>3</sup>

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: payao@bcnnv.ac.th, โทรศัพท์ 081-9477868)

(Received: June 19, 2020; Revised: November 2, 2020; Accepted: December 14, 2020)

#### บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการพันธกิจ เพื่อพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล และ 2) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการเรียนการสอนที่พัฒนาขึ้น มีวิธีดำเนินการวิจัย 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สภาพการณ์ ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการพันธกิจ ระยะที่ 3 นำรูปแบบการเรียนการสอนที่พัฒนาขึ้นไปใช้ และระยะที่ 4 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาพยาบาล อาจารย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ และผู้ทรงคุณวุฒิ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล 2) แบบประเมินความพึงพอใจของนักศึกษา และ 3) แบบประเมินความคิดเห็นของอาจารย์ต่อรูปแบบการเรียนการสอน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา การทดสอบค่าที่ และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า

1. กระบวนการเรียนการสอนแบบบูรณาการพันธกิจ ชื่อว่า “2P2E Model” ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นวางแผนบูรณาการพันธกิจ (P: Planning stage) 2) ขั้นเตรียมความพร้อม (P: Preparing stage) 3) ขั้นเรียนรู้จากประสบการณ์ (E: Experiential learning stage) และ 4) ขั้นประเมินผลการเรียนรู้ (E: Evaluating stage)

2. ภายหลังจากการเรียนการสอนแบบบูรณาการพันธกิจ “2P2E Model” พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนผลลัพธ์การเรียนรู้โดยภาพรวมมากกว่าก่อนการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

<sup>1</sup> ผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ

Director of Boromarajonani College of Nursing Nopparat Vajira

<sup>2</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ

Registered nurse (Senior professional level), Boromarajonani College of Nursing Nopparat Vajira

<sup>3</sup> พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ

Registered nurse (Practitioner level), Boromarajonani College of Nursing Nopparat Vajira

นักศึกษามีความพึงพอใจต่อรูปแบบการเรียนการสอนในระดับมากขึ้นไป อาจารย์มีความเห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลได้ รวมทั้ง ผู้ทรงคุณวุฒิให้การรับรองรูปแบบฯ

**คำสำคัญ:** รูปแบบการเรียนการสอน, การบูรณาการพันธกิจ, ผลลัพธ์การเรียนรู้, นักศึกษาพยาบาล

## Abstract

This research and development study was designed to develop a mission integrated education model to develop learning outcomes among nursing students and to examine the effectiveness of the model. The study was conducted during the 2560-2562 academic year and was composed of four phases, including Phase 1: Analyse situation; Phase 2: Design an integrated teaching and learning model; Phase 3: Implement the teaching and learning model and Phase 4: Evaluate the teaching and learning model. The samples included nursing students and instructors of Boromarajonani College of Nursing, Nopparat Vajira and experts. The data collection instruments were 1) the test of nursing students' learning outcomes, 2) a students' satisfaction questionnaire 3) a questionnaire of instructors' opinions towards the model. Data analysis included mean, standard deviation, *t*-test and content analysis. The results revealed as follows:

1. The integrated education process called “2P2E Model” consisted of 4 stages: 1) planning stage, 2) preparing stage, 3) experiential learning stage, and 4) evaluating stage.

2. After applying the “2P2E Model”, the overall mean scores of learning outcome were significantly higher than pretest scores at the .01 level. The nursing students were satisfied with the model at a high level. The instructors agreed that the model could be used for nursing education to develop learning outcomes among the nursing students and all invited experts also approved the model.

**Keywords:** Education model, Mission integration, Learning outcomes, Nursing students

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การจัดการเรียนการสอนสาขาพยาบาลศาสตร์ เป็นการบูรณาการองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์และศิลปศาสตร์เข้าไว้ด้วยกันเพื่อความสมบูรณ์แห่งวิชาชีพ ศาสตร์ทางการพยาบาลเป็นการผสมผสานองค์ความรู้ทั้งจากทฤษฎีในห้องเรียนและเรียนรู้จากประสบการณ์จริง การเรียนรู้จากการให้บริการ

มีพื้นฐานหลักมาจากการค้นคว้าและทำวิจัย การเจริญงอกงามของการเรียนรู้ในรูปแบบนี้ เกิดจากการผสมผสานความรู้ทางทฤษฎีเข้ากับการปฏิบัติ และการสืบค้นความรู้เพิ่มเติม (Bailey, Carpenter, & Harrington, 2002) ดังนั้น การเรียนรู้จากการให้บริการ จึงทำให้นักศึกษามีโอกาสพัฒนาความรู้ในวงกว้าง และเชิงลึกไปพร้อมกับการทำความเข้าใจเนื้อหาของบทเรียน นอกจากนี้ ยังเป็นการพัฒนาทักษะการคิดขั้นสูง โดยนำความรู้มาสู่การปฏิบัติได้จริง (Eymard, Breaux, & Dozar, 2013)

องค์ประกอบหลักของรูปแบบการเรียนรู้จากการให้บริการ (Service-learning program) คือ ความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันระหว่างการศึกษา สมาชิกในชุมชน และสถานการณ์จริงของชุมชนกับรายวิชา ผ่านกระบวนการสะท้อนคิด และกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อตอบสนองความต้องการของชุมชน (Mckinnon & Fealy, 2011) เป็นการจัดการเรียนการสอนแบบหุนส่วนของการศึกษา และการบริการในชุมชน สามารถเพิ่มสมรรถนะของผู้เรียนและผู้สอน สร้างความรับผิดชอบต่อสังคม และความเข้มแข็งทางวัฒนธรรม เกิดความผูกพันกับชุมชน เพิ่มจำนวนผู้สมัครเข้าเรียนในวิชาชีพ และลดอัตราการออกจากวิชาชีพ (Murray, Schappe, Kreienkamp, Loyd, & Buck, 2010; Tippen, 2016) รวมทั้ง มุ่งเน้นกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง (Transformative learning) เพื่อพัฒนาผู้เรียนให้มีความพร้อมสำหรับการทำงานและการดำรงชีวิตในสังคม การจัดการศึกษาในศตวรรษที่ 21 ที่ให้ความสำคัญกับการปลูกฝัง “ทักษะและกระบวนการ” มากกว่าความรู้ โดยทักษะที่สำคัญที่สุดคือ ทักษะการเรียนรู้ (Learning skill) (วิจารณ์ พานิช, 2555) กระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงนอกจากทำให้ผู้เรียนได้สัมผัสกับประสบการณ์การเรียนรู้ที่ซับซ้อนในสถานการณ์จริงแล้ว ยังทำให้ผู้สอนมองเห็นการเรียนรู้ของผู้เรียนได้ชัดเจนขึ้น (Van Schalkwyk, et al., 2019) ดังผลการศึกษาดูงานการบริการวิชาการกับการจัดการเรียนการสอน ส่งผลให้นักศึกษามีสมรรถนะการปฏิบัติพยาบาลสูงขึ้น (สมจินดา ชมพูนุท และวรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว, 2560)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ ได้ดำเนินการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการกับพันธกิจอื่นๆ ได้แก่ การวิจัย ทำนุบำรุงศิลปและวัฒนธรรม และบริการวิชาการอย่างต่อเนื่อง จนเกิดความเข้มแข็งและมีเครือข่ายความร่วมมือกับชุมชน อย่างไรก็ตาม ผลการทวนสอบการจัดการเรียนการสอนและการวิเคราะห์หลักสูตรพบว่า การจัดการเรียนการสอนด้วยรูปแบบการบูรณาการรายวิชากับพันธกิจต่างๆ มีกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ ทำให้จำกัดการกระจายของรายวิชาและกลุ่มเป้าหมาย และไม่ครอบคลุมปัญหาของประชากรในชุมชนทุกกลุ่มวัย ตลอดจนการประเมินผลการเรียนรู้เป็นการประเมินความพึงพอใจ และความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพของผู้เข้าร่วมโครงการ ซึ่งขาดการเชื่อมโยงกับผลลัพธ์การเรียนรู้ของผู้เรียนที่สอดคล้องตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ.2560 (ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง มาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ.2560, 2561) ทำให้ขาดการประเมินผลผลลัพธ์ที่แท้จริงของการเรียนรู้ที่สำคัญทางวิชาชีพการพยาบาล รวมทั้ง ผลการประเมินคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา แห่งชาติ โดยผู้ใช้บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2560 พบว่าทักษะที่บัณฑิตได้รับผลการประเมินที่ต่ำที่สุดคือ ความสามารถในการศึกษาวิเคราะห์ปัญหาและการเสนอแนวทางการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ และความสามารถในการคิดอย่างเป็นระบบ (วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ,

2561) การออกแบบการเรียนการสอน นอกจากคำนึงถึงพันธกิจของสถาบันด้านการผลิตบัณฑิตแล้ว ควรตระหนักถึงสาระเนื้อหาที่ทันสมัย สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงทั้งในด้านการทำนุบำรุง ศิลปะและวัฒนธรรม ด้านการวิจัยที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้เรียนรู้กระบวนการวิจัย และด้านการบริการ วิชาการ ซึ่งเน้นการตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นและชุมชน

ดังนั้น จึงควรมีการวางแผนจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการอย่างเป็นระบบ กำหนด รายวิชาที่จัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการในแผนการจัดการศึกษาทั้งระยะสั้น และระยะยาว ออกแบบการประเมินผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ และเตรียมความพร้อมของผู้เรียน คณะผู้วิจัยได้นำประเด็นปัญหา ที่พบจากการบริหารหลักสูตรและกระบวนการจัดการเรียนการสอนมาวิเคราะห์ปัญหาเชิงลึก และพัฒนา เป็นรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่บูรณาการกับพันธกิจอื่น เพื่อพัฒนาผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ของผู้เรียน ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิ ระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ โดยคัดเลือกรายวิชาภาคทฤษฎี ในหมวดวิชาเฉพาะ กลุ่มวิชาชีพการพยาบาล จำนวน 1 วิชา และเป็นรายวิชาในหมวดวิชาเลือกเสรี จำนวน 1 วิชา เพื่อให้การบูรณาการด้านการเรียนการสอนกับพันธกิจอื่นครอบคลุมทุกพันธกิจ ทั้งในด้านการ บริการวิชาการ การวิจัยและการทำนุบำรุงศิลปะและวัฒนธรรม อันจะเป็นแนวทางให้สถาบัน การศึกษาพยาบาลอื่นๆ นำไปประยุกต์ใช้ เพื่อพัฒนาผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ของผู้เรียนให้มีคุณภาพมากขึ้น

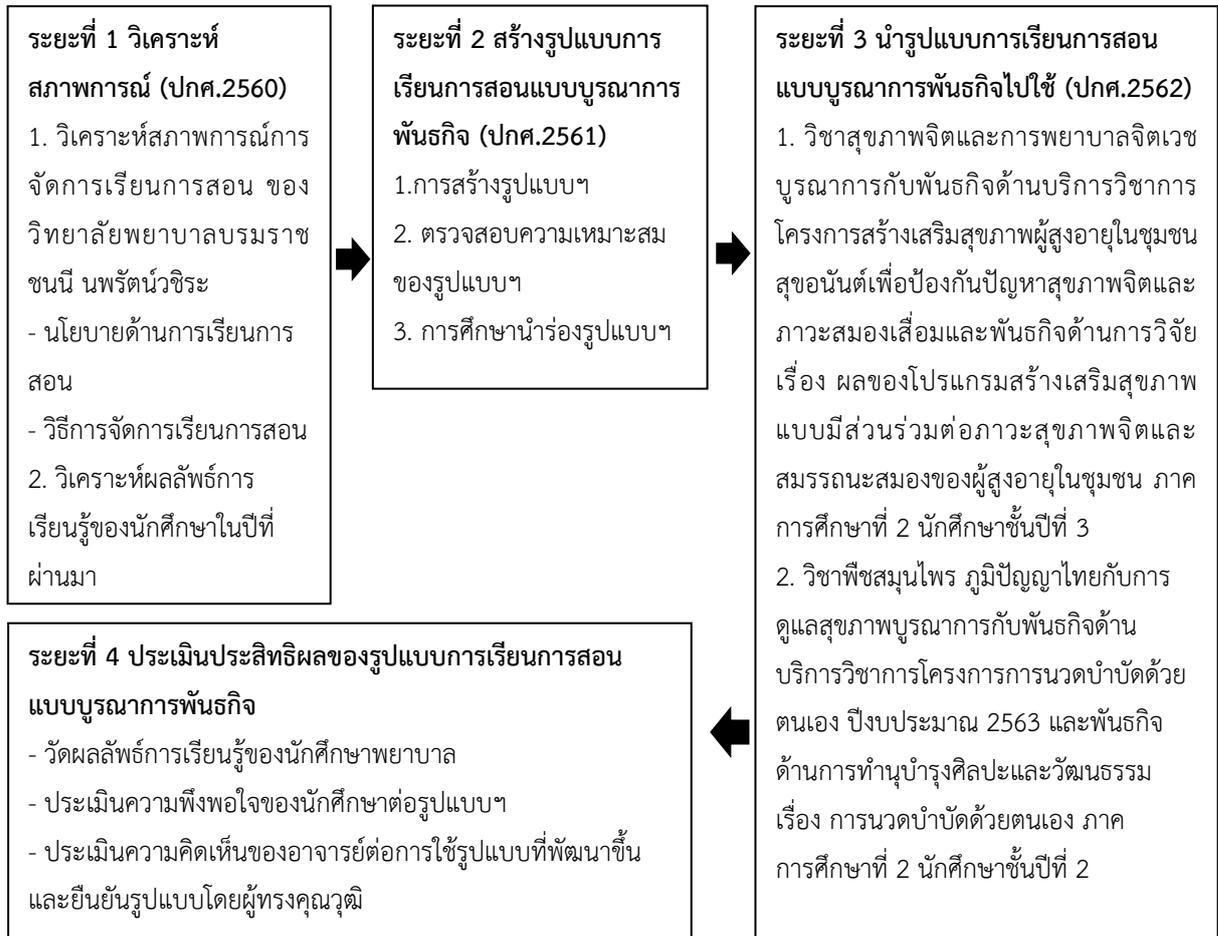
### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการพันธกิจ เพื่อพัฒนาผลสัมฤทธิ์ การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลตามมาตรฐานคุณวุฒิ ระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการพันธกิจ เพื่อพัฒนาผลสัมฤทธิ์ การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิ ระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ ได้นำแนวคิด ได้แก่ 1) การเรียนรู้แบบเน้นประสบการณ์ (Experiential learning) ของ Kolb (1984 อ้างถึงใน Kolb, Boyatzis, & Mainemelis, 1999) 2) การจัดการเรียนการสอน ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ (Learner-centered) ของ Blumberg (2004) 3) การเรียนการสอนที่ผู้เรียนเป็นผู้กระทำ (Active learning) ของ Bonwell & Eison (1991) 4) การบูรณาการพันธกิจของสถาบันอุดมศึกษา ประกอบด้วยพันธกิจด้านการเรียนการสอน การวิจัย การบริการวิชาการ และการทำนุบำรุงศิลปะและ วัฒนธรรม (ธงชัย ยืนยงศิริมาศ, 2557) และ 5) การพัฒนาผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ของผู้เรียนตามกรอบมาตรฐาน คุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ จำนวน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านคุณธรรม จริยธรรม ความรู้ ทักษะ ทางปัญญา ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ และทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ (ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง มาตรฐานคุณวุฒิระดับ

ปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์พ.ศ. 2560, 2561) มาใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอน แบบบูรณาการพันธกิจเพื่อพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล ดังแสดงในภาพ 1



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวิธีดำเนินการวิจัย 4 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1 วิเคราะห์สภาพการณ์** ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ดำเนินการในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2560 ระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม พ.ศ.2561 มีขั้นตอน ดังนี้

1.1 สทนากลุ่มเกี่ยวกับนโยบายการจัดการเรียนการสอนสภาพการณ์วิธีการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนและผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาในปีที่ผ่านมา

ผู้ให้ข้อมูลหลัก เป็นอาจารย์พยาบาล จำนวน 12 คน คัดเลือกแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติ ดังนี้ 1) จบการศึกษาอย่างน้อยระดับปริญญาโททางการพยาบาล 2) มีประสบการณ์การสอนภาคปฏิบัติ อย่างน้อย 3 ปี และ 3) ผ่านการอบรมศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล และตัวแทนนักศึกษา จำนวน 40 คน โดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ตามชั้นปี ละ 10 คน คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ ดังนี้ 1) ลงทะเบียนเรียนแบบเต็มเวลา ในปีการศึกษา 2560 2) ไม่เคยมีประวัติลาพักการศึกษาหรือถอน

รายวิชา และ 3) เต็มใจให้ข้อมูลการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มแยกกลุ่มอาจารย์และนักศึกษา โดยใช้เวลากลุ่มละ 30-40 นาที จากนั้นรวบรวมข้อมูลจากการจดบันทึกและถอดเทป มาจำแนกประเภทจัดกลุ่มข้อมูลประมวลข้อสรุปและสร้างบทสรุปจากประมวลข้อสรุปที่ได้ โดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

1.2 วิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเรียนการสอน ผลการประเมินจากผู้ใช้บัณฑิต และรายงานการรับรองตนเองของวิทยาลัยฯ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูล จากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกข้อมูลมาทบทวน เพื่อหาประเด็นที่เกี่ยวข้องจำแนกประเภทของข้อมูล และจัดกลุ่มข้อมูลประมวลข้อสรุปที่ได้จากข้อมูลที่จัดแยกเป็นหมวดหมู่ และสร้างบทสรุป

**ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการพันธกิจเพื่อพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้**  
ดำเนินการวิจัย ในปีการศึกษา 2561 มีขั้นตอน ดังนี้

2.1 คณะผู้วิจัยและคณะกรรมการบริหารหลักสูตรและการเรียนการสอน นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากระยะที่ 1 มาวางแผนกำหนดรายวิชาภาคทฤษฎีที่จะจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการพันธกิจเพื่อพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งเป็นรายวิชาในหมวดวิชาเฉพาะ กลุ่มวิชาชีพการพยาบาล จำนวน 1 วิชา และเป็นรายวิชาในหมวดวิชาเลือกเสรี จำนวน 1 วิชา ดังนี้

2.1.1 รายวิชาสำหรับการศึกษานำร่องร่างรูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการพันธกิจ คือ วิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต และวิชาภูมิปัญญาไทยกับการดูแลสุขภาพ ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2561

2.1.2 รายวิชาสำหรับการนำรูปแบบฯ ไปใช้จริงคือ วิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช และวิชาพืชสมุนไพร ภูมิปัญญาไทยกับการดูแลสุขภาพภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2562 ทั้งนี้ได้มีการเปลี่ยนหลักสูตรการเรียนระหว่างปีการศึกษา 2561 และปีการศึกษา 2562 จึงทำให้ปรับเปลี่ยนชื่อวิชาภูมิปัญญาไทยกับการดูแลสุขภาพ ในปีการศึกษา 2561 มาเป็นวิชาพืชสมุนไพร ภูมิปัญญาไทยกับการดูแลสุขภาพแทน ในปีการศึกษา 2562 โดยทั้ง 2 รายวิชามีเนื้อหาสาระวิชาใกล้เคียงกันมาก

2.2 จัดทำร่างรูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการพันธกิจโดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกันระหว่างคณะผู้วิจัย คณะกรรมการบริหารหลักสูตรและการเรียนการสอน จำนวน 12 คน และอาจารย์ผู้สอน จำนวน 7 คน เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มากำหนดกรอบแนวคิดการพัฒนารูปแบบและองค์ประกอบของรูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการพันธกิจ ได้ร่างรูปแบบที่เป็นแนวทางการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) แนวคิดและหลักการสำคัญ 2) วัตถุประสงค์ 3) กระบวนการเรียนการสอนแบบบูรณาการพันธกิจ และ 4) การประเมินผลในรูปแบบ “2P2E Model”

2.3 นำร่างรูปแบบฯ ที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางการศึกษา 1 คน และด้านการพยาบาล จำนวน 2 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2.4 การนำร่างรูปแบบฯ ที่สร้างขึ้นไปศึกษานำร่องในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตและวิชาภูมิปัญญาไทยกับการดูแลสุขภาพ สำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 3 ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2561 ประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้และประเมินความพึงพอใจของนักศึกษา ภายหลังจากเสร็จสิ้นการเรียนการสอน ทั้ง 2 รายวิชา

2.5 ปรับปรุงรูปแบบฯ โดยจัดประชุมระดมสมองคณะผู้วิจัย อาจารย์ผู้สอน และอาจารย์ประจำกลุ่มในรายวิชาดังกล่าว เพื่อให้ได้รูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการพันธกิจที่เหมาะสม สามารถนำไปใช้ได้จริง ในปีการศึกษา 2562

**ระยะที่ 3 นำรูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการพันธกิจไปใช้** เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) รายละเอียด ดังนี้

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** เป็นการศึกษาในประชากรนักศึกษาพยาบาล จำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ นักศึกษา ชั้นปีที่ 3 จำนวน 75 คน ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2562 และนักศึกษา ชั้นปีที่ 2 จำนวน 60 คน ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาพิษสุมนไพร ภูมิปัญญาไทยกับการดูแลสุขภาพ ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2562

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** จำแนกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการพันธกิจ “2P2E Model” ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพและทดลองใช้โดยศึกษานำร่องเรียบร้อยแล้ว จากระยะที่ 2

2) เครื่องมือวัดผลสำหรับใช้รวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้วิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช จำนวน 9 ข้อ และวิชาพิษสุมนไพร ภูมิปัญญาไทยกับการดูแลสุขภาพ จำนวน 9 ข้อ สำหรับประเมินนักศึกษาภายหลังจากเสร็จสิ้นการเรียนการสอน สร้างขึ้นตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา (TQF) 5 ด้าน คือ คุณธรรมและจริยธรรม ความรู้ ทักษะทางปัญญา ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ และทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขการสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ ระหว่างมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน จนถึงน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน ตามลำดับ และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการพันธกิจ “2P2E Model” จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ ระหว่างมากที่สุด ให้ 5 คะแนน ถึงน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน ตามลำดับ โดยทั้งแบบประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการพันธกิจมีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนเฉลี่ย ออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2556)

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.50 คะแนน หมายถึงระดับน้อยที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 1.51 – 2.50 คะแนน หมายถึงระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.51 – 3.50 คะแนน หมายถึงระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.51. – 4.50 คะแนน หมายถึงระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 4.51 – 5.00 คะแนน หมายถึงระดับมากที่สุด

แบบประเมินผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการพันธกิจ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการศึกษา และการพยาบาล รวม 3 คน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objectives Congruence: IOC) ระหว่าง 0.67-1.00 รวมทั้งผ่านการทดลองจากการศึกษานำร่องในรายวิชาในระยะเวลาที่ 2 วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .78 และ .68 ตามลำดับ

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ระยะ รายละเอียด ดังนี้

1) ระยะก่อนการทดลอง ซึ่งเป็นขั้นของการวางแผนบูรณาการพันธกิจ (Planning stage) และขั้นการเตรียมความพร้อม (Preparing stage) ของรูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการพันธกิจ “2P2E Model” ดังนี้

1.1) จัดประชุมคณะวิจัย คณะกรรมการบริหารหลักสูตรและการเรียนการสอน อาจารย์ผู้รับผิดชอบวิชาและผู้สอนทั้ง 2 วิชา เพื่อวางแผนจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการพันธกิจ รายละเอียด ดังนี้

- วิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช กำหนดเนื้อหาในบทที่ 1 หลักการพื้นฐาน ลักษณะ และขอบเขตของงานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และบทบาทของพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เรื่อง เครื่องมือ และการใช้เครื่องมือคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต และบทที่ 5 การดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชนเมื่อมีภาวะเสี่ยงและปัญหาทางจิต เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และภาวะสับสนเฉียบพลัน บูรณาการกับพันธกิจด้านการบริการวิชาการ ในโครงการบริการวิชาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนสุขอนันต์เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและภาวะสมองเสื่อม และพันธกิจด้านการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมต่อภาวะสุขภาพจิตและสมรรถนะสมองของผู้สูงอายุในชุมชน

- วิชาพิษสมุนไพรมิปัญญาไทยกับการดูแลสุขภาพ กำหนดเนื้อหาบทที่ 6 มิปัญญาไทยกับการดูแลสุขภาพ เรื่อง การประยุกต์ใช้มิปัญญาไทยกับการดูแลสุขภาพ: การนวดเพื่อสุขภาพด้วยตนเอง โดยบูรณาการกับพันธกิจด้านการบริการวิชาการในโครงการบริการวิชาการนวดบำบัดด้วยตนเอง ปีงบประมาณ 2563 และพันธกิจด้านการทำนุบำรุงศิลปและวัฒนธรรม เรื่อง การนวดบำบัดด้วยตนเอง

1.2) เตรียมความพร้อมของอาจารย์ในการวางแผนการสอนตาม มคอ.3 ในรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชและวิชาพิษสมุนไพรมิปัญญาไทยกับการดูแลสุขภาพ จัดทำแผนการสอน เตรียมความพร้อมด้านสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้และการประเมินผลการเรียนรู้

1.3) ประชุมเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาล เกี่ยวกับวิธีการเรียนการสอนและการประเมินผล และให้นักศึกษาทำแบบประเมินผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้รายวิชา (Pre-test)

2) ระยะทดลอง เป็นขั้นการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential learning stage) ของรูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการพันธกิจ “2P2E Model” ดำเนินการ ตามขั้นตอน ดังนี้

2.1) วิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชบูรณาการกับพันธกิจด้านบริการ วิชาการและด้านวิจัย ดำเนินการตามขั้นตอนการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการพันธกิจ ดังนี้

- การสร้างประสบการณ์ (Concrete experience: CE) โดยการแบ่งนักศึกษา ชั้นปีที่ 3 ออกเป็น 8 กลุ่มๆ ละ 9 – 10 คน โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาประจำกลุ่มๆ ละ 1 คน มอบหมาย ให้นักศึกษาแต่ละกลุ่มเลือกกิจกรรมเพื่อจัดทำโครงการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและภาวะสมองเสื่อม แก่ประชาชนวัยทำงานและผู้สูงอายุในชุมชนสุขอนันต์ เขตคันนายาว กรุงเทพฯ โดยชี้แจงแนวทางเขียน โครงการ ทบทวนวิธีการใช้แบบประเมินทางสุขภาพจิตโดยให้นักศึกษาจับคู่กันแสดงบทบาทสมมติเป็น ผู้รับบริการและเป็นพยาบาลทำหน้าที่ตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพจิตและสมรรถนะสมอง

- การสะท้อนคิด (Reflective observation: RO) ให้นักศึกษาแต่ละกลุ่ม นำเสนอแผนการจัดกิจกรรมโครงการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและภาวะสมองเสื่อมโดยคณะวิจัย และอาจารย์ประจำกลุ่มใช้คำถามกระตุ้นให้นักศึกษาในห้องร่วมอภิปราย แสดงความคิดเห็น

- การสรุปความคิดรวบยอด (Abstract conceptualization: AC) คณะวิจัย และอาจารย์ประจำกลุ่มสรุปข้อความสำคัญในการใช้แบบประเมินเพื่อตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพจิตและ สมรรถนะสมอง และกิจกรรมในโครงการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและภาวะสมองเสื่อม

- การขึ้นประยุกต์ใช้ (Active experimentation: AE) นักศึกษาซึ่งเป็นผู้ช่วย วิจัยทั้ง 8 กลุ่ม ดำเนินการ ดังนี้ 1) ตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพจิตและสมรรถนะสมองของกลุ่มผู้สูงอายุ และประชาชนวัยทำงานในชุมชนสุขอนันต์ เขตคันนายาว กรุงเทพฯ ด้วยแบบประเมินความเครียด แบบ คัดกรองภาวะซึมเศร้า และแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น โดยมีอาจารย์ประจำกลุ่มคอยให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ 2) นำข้อมูลที่ได้รวบรวมได้มาวิเคราะห์ แปรผลและแจ้งผลการตรวจคัดกรองสุขภาพจิตและ สมรรถนะสมองให้แก่ประชาชนวัยทำงานและผู้สูงอายุได้รับทราบ 3) จัดกิจกรรมส่งเสริม ป้องกันปัญหา สุขภาพจิตและภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ โดยแบ่งเป็น 8 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 45 – 60 นาที ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องความเครียด ภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อม การจัดกิจกรรมสันทนาการ ออกกำลังกาย นวดผ่อนคลายความเครียด และเกมส์กระตุ้นสมอง ให้แก่ประชาชนในชุมชนสุขอนันต์ เขตคันนายาว กรุงเทพฯ และ 4) ประเมินความรู้และความพึงพอใจของประชาชนในชุมชนภายหลังเสร็จสิ้นโครงการ

2.2) วิชาพิษสมุนไพร ภูมิปัญญาไทยกับการดูแลสุขภาพ บูรณาการกับพันธกิจ ด้านบริการวิชาการ และด้านทำนุบำรุงศิลปและวัฒนธรรม ดังนี้

- การสร้างประสบการณ์ (Concrete experience: CE) แบ่งนักศึกษาชั้นปีที่ 2 ออกเป็น 8 กลุ่ม ๆ ละ 7 – 8 คน โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาประจำกลุ่มๆ ละ 1 คน มอบหมายให้นักศึกษาแต่ละ กลุ่มวางแผนจัดทำโครงการนวดบำบัดด้วยตนเองแก่ประชาชน ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรุงเทพฯ และนักศึกษาจับคู่กันแสดงบทบาทสมมติเป็นผู้รับบริการและเป็นผู้สอนวิธีนวดบำบัดด้วยตนเอง

- การสะท้อนคิด (Reflective observation: RO) ให้นักศึกษาแต่ละกลุ่ม ออกมานำเสนอแผนการจัดกิจกรรมโครงการ และสาธิตวิธีนวดบำบัดด้วยตนเองหน้าห้องเรียน โดย คณะวิจัยและอาจารย์ประจำกลุ่มใช้คำถามกระตุ้นให้นักศึกษาในห้องร่วมอภิปรายและแสดงความคิดเห็น

- การสรุปความคิดรวบยอด (Abstract conceptualization: AC) คณะวิจัยและอาจารย์ประจำกลุ่มสรุปข้อความสำคัญเกี่ยวกับหลักการจัดโครงการและวิธีการนวดบำบัดด้วยตนเอง

- การขั้นประยุกต์ใช้ (Active experimentation: AE) นักศึกษาทั้ง 8 กลุ่มดำเนินการ ดังนี้ 1) ให้ความรู้เรื่องการนวดอย่างไทย 2) ให้บริการนวดคอ บ่าและไหล่ 3) สอนวิธีการนวดบำบัดด้วยตนเองให้แก่ประชาชนที่มารับบริการของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรุงเทพฯ ที่เข้าร่วมโครงการและ 4) ประเมินความรู้และความพึงพอใจของผู้รับบริการ ภายหลังเสร็จสิ้นโครงการ

3) ระยะเวลาหลังการทดลอง เป็นขั้นประเมินผลการเรียนรู้ (Evaluating stage) ของรูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการพันธกิจ “2P2E Model” โดยประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลทั้ง 2 รายวิชา (Post-test) และประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อรูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการพันธกิจที่สร้างขึ้นภายหลังเสร็จสิ้นการเรียนการสอนของทั้ง 2 รายวิชา

**การวิเคราะห์ข้อมูล** โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การเรียนรู้รายวิชาก่อนและหลังการเรียนการสอนแบบบูรณาการพันธกิจโดยการทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired t-test)

**ระยะที่ 4 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการพันธกิจ** เป็นการประเมินความคิดเห็นของอาจารย์ต่อการใช้รูปแบบการเรียนการสอนบูรณาการพันธกิจที่สร้างขึ้น และรับรองรูปแบบฯ โดยการสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) รายละเอียด ดังนี้

**ผู้ให้ข้อมูลหลัก** ได้แก่ อาจารย์ประจำกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนการสอนแบบบูรณาการพันธกิจในรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช จำนวน 8 คน และวิชาพิษสุมนไพร ภูมิปัญญาไทยกับการดูแลสุขภาพ จำนวน 8 คน และผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 9 คน ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้าน การพยาบาล 3 คน ด้านการศึกษา 3 คน ด้านการวิจัย 2 คน และด้านการแพทย์แผนไทย 1 คน คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ ดังนี้ 1) จบการศึกษา อย่างน้อยระดับปริญญาโท 2) มีประสบการณ์การทำงานในสาขาที่เชี่ยวชาญ ไม่น้อยกว่า 10 ปี และ 3) เต็มใจให้ข้อมูล

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เป็นแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง สำหรับการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับความคิดเห็นของอาจารย์ต่อการใช้รูปแบบฯ จำนวน 6 ข้อ และแบบบันทึกการสัมมนาผู้เชี่ยวชาญ เพื่อยืนยันรูปแบบฯ ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ประเด็น คือ 1) ความสอดคล้องรูปแบบฯ ที่สร้างขึ้นกับการพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษา 2) ความเหมาะสมของการนำรูปแบบฯ ที่สร้างขึ้นไปใช้ในการพัฒนาการเรียนการสอน 3) ประโยชน์ของรูปแบบฯ ที่สร้างขึ้นต่อการจัดการศึกษาพยาบาล และ 4) ความเหมาะสมของรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นต่อการจัดการศึกษาของวิทยาลัยพยาบาล ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ซึ่งมีเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้

- +1 หมายถึง แน่ใจว่าประเด็นที่เสนอมีความเหมาะสมและเป็นไปได้
- 0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าประเด็นที่เสนอมีความเหมาะสมและเป็นไปได้
- 1 หมายถึง แน่ใจว่าประเด็นที่เสนอไม่มีความเหมาะสมและเป็นไปได้

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) สันทนาการกับอาจารย์ประจำกลุ่มที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 2 กลุ่มๆ ละ 8 คน โดยใช้เวลากลุ่มละประมาณ 60 นาที โดยมีการบันทึกเทปขณะทำการสนทนากลุ่ม

2) สัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) เพื่อทำรับรองรูปแบบฯ โดยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 9 คน เข้าร่วมสัมมนาเพื่อตรวจสอบยืนยันรูปแบบฯ

**การวิเคราะห์ข้อมูล** นำข้อมูลจากการสนทนากลุ่มอาจารย์มาวิเคราะห์เนื้อหาและสรุปเป็นประเด็นสำคัญ และข้อมูลที่ได้จากการสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ นำมาวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objectives Congruence: IOC) ทั้งในรายข้อและโดยรวม โดยต้องมีค่าความสอดคล้องมากกว่า 0.50 จึงจะถือว่ามีความสอดคล้อง (Turner & Carlson, 2003)

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ เลขที่ COA 11/2560 ลงวันที่ 14 ธันวาคม พ.ศ.2560 ในการดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างได้รับการอธิบายรายละเอียดของการเข้าร่วมโครงการอย่างชัดเจน โดยชื่อของผู้ให้ข้อมูล และข้อมูลที่ได้จะนำเสนอในภาพรวมไม่เปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคล กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการตอบแบบสอบถามโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บไว้เป็นความลับ และนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์การวิจัยเท่านั้น และทำลายแบบสอบถามหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัยภายใน 1 ปี

### ผลการวิจัย

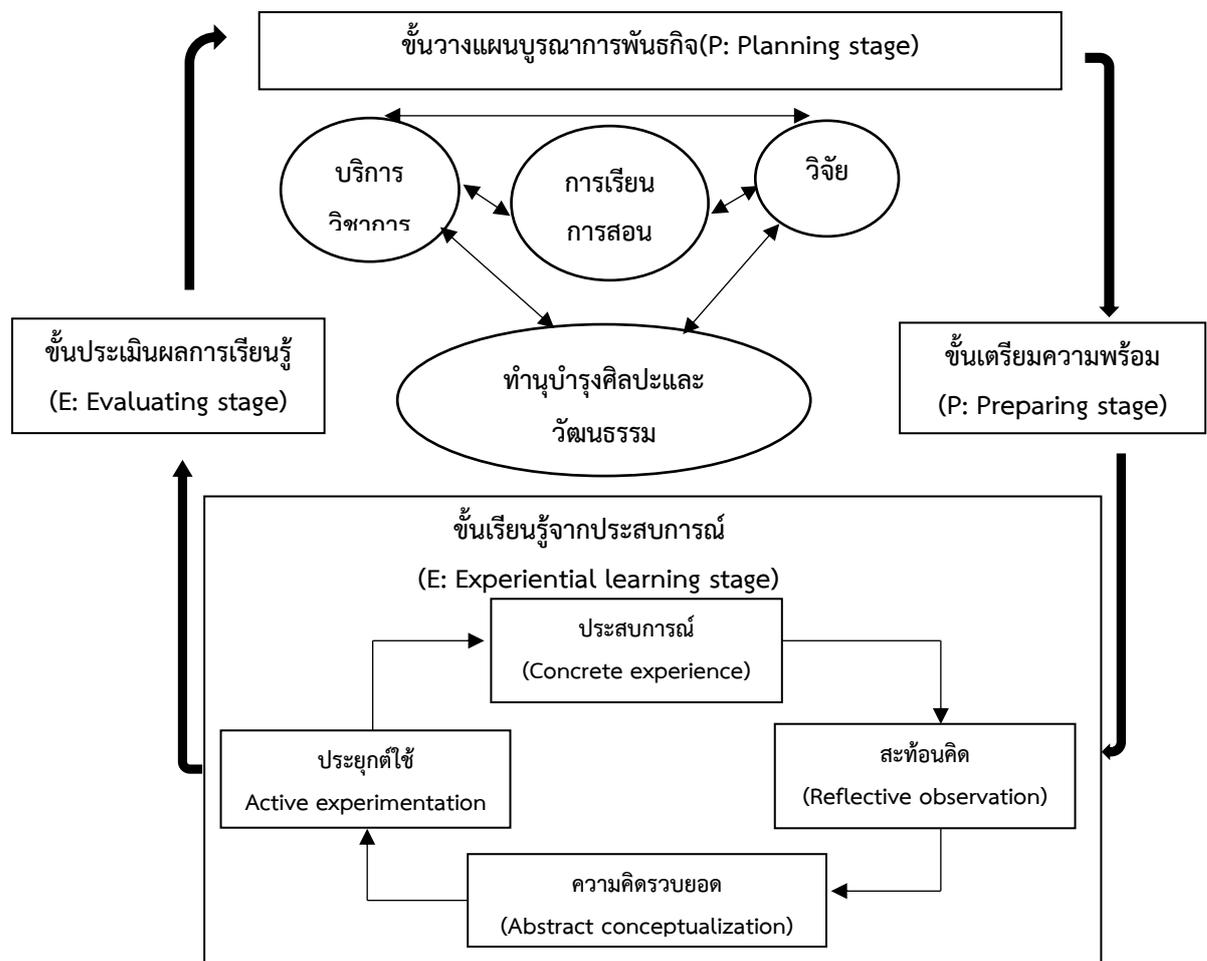
1. รูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการพันธกิจเพื่อพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลตามมาตรฐานคุณวุฒิ ระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบฯ ที่สร้างขึ้นมี 4 องค์ประกอบ ได้แก่

1.1 แนวคิดและหลักการสำคัญ ประกอบด้วยทฤษฎีการเรียนรู้แบบเน้นประสบการณ์ (Experiential learning theory) แนวคิดการจัดการเรียนการสอนเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ (Learner centered) แนวคิดการจัดการเรียนการสอนเน้นผู้เรียนเป็นผู้กระทำ/ลงมือปฏิบัติ (Active learning) แนวคิดการบูรณาการพันธกิจ (Mission-integrated) ของสถาบันอุดมศึกษา ได้แก่ พันธกิจด้านการเรียนการสอน การวิจัย การบริการวิชาการ และการทำงานบำารุงศิลปและวัฒนธรรม และแนวคิดการพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้ (Learning outcomes) ของผู้เรียนตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิ ระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ จำนวน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านคุณธรรม จริยธรรม ด้านความรู้ ด้านทักษะทางปัญญา ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ และด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ

1.2 วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิ ระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ จำนวน 5 ด้าน คือ ด้านคุณธรรม จริยธรรม ด้านความรู้

ด้านทักษะทางปัญญา ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ และด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ

1.3 รูปแบบกระบวนการเรียนการสอนแบบบูรณาการพันธกิจ “2P2E Model” มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนวางแผนบูรณาการพันธกิจ (P: Planning stage) 2) ขั้นตอนเตรียมความพร้อม (P: Preparing stage) 3) ขั้นตอนเรียนรู้จากประสบการณ์ (E: Experiential learning stage) ได้แก่ การสร้างประสบการณ์ (Concrete experience: CE) การสะท้อนคิด (Reflective observation: RO) การสรุปความคิดรวบยอด (Abstract conceptualization: AC) และการประยุกต์ใช้ (Active experimentation: AE) และ 4) ขั้นตอนประเมินผลการเรียนรู้ (E: Evaluating stage) ดังภาพ 2



ภาพ 2 รูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการพันธกิจเพื่อพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล “2P2E Model”

1.4 การประเมินผลการจัดการเรียนการสอนตามกระบวนการเรียนการสอนแบบบูรณาการพันธกิจที่พัฒนาขึ้นเป็นการวัดระดับผลลัพธ์การเรียนรู้ของผู้เรียนตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิ ระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ จำนวน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านคุณธรรม จริยธรรม ด้านความรู้ ด้านทักษะทางปัญญา ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ และด้านทักษะการวิเคราะห์

เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาต่อรูปแบบการจัดการเรียนการสอนประเมินความคิดเห็นของอาจารย์และการรับรองรูปแบบโดยผู้ทรงเชี่ยวชาญ

2. ประสิทธิภาพของรูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการพันธกิจเพื่อพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิ ระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์

2.1 ผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษา ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิ ระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์บูรณาการรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชกับพันธกิจด้านการบริการวิชาการและด้านการวิจัย ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการเรียนการสอนแบบบูรณาการพันธกิจ นักศึกษามีระดับคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การเรียนรู้โดยรวม อยู่ในระดับมาก ( $M = 4.30$ ;  $SD = .18$ ) และหลังการเรียนรู้อยู่ตามรูปแบบฯ พบว่ามีคะแนนผลลัพธ์การเรียนรู้เพิ่มขึ้นทั้งโดยรวม ( $M = 4.47$ ;  $SD = .18$ ) และในทุกรายด้าน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นสูงสุดคือ ด้านคุณธรรมจริยธรรม ( $M = 4.75$ ;  $SD = .23$ ) รองลงมาคือ ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ( $M = 4.58$ ;  $SD = .24$ ) รายละเอียดดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) และระดับของผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิ ระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ ก่อนและหลังการเรียนการสอนแบบบูรณาการพันธกิจรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ( $n = 75$ )

ผลลัพธ์การเรียนรู้	ก่อนเรียน			หลังเรียน		
	$M$	$SD$	ระดับ	$M$	$SD$	ระดับ
คุณธรรมจริยธรรม	4.51	.33	มากที่สุด	4.75	.23	มากที่สุด
ความรู้	4.33	.28	มาก	4.49	.31	มาก
ทักษะทางปัญญา	4.11	.21	มาก	4.22	.32	มาก
ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ	4.01	.25	มาก	4.07	.24	มาก
ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ	4.33	.32	มาก	4.58	.24	มากที่สุด
โดยรวม	4.30	.18	มาก	4.47	.18	มาก

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษา ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิ ระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์โดยรวมพบว่า ภายหลังจากเรียนแบบบูรณาการในรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชกับพันธกิจด้านการบริการวิชาการและการวิจัย สูงกว่าก่อนการเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $t = 8.99$ ,  $p = .000$ )

2.2 ผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษา ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิ ระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์บูรณาการรายวิชาพิษสุมุนไพรมิปัญญาไทยกับการดูแลสุขภาพกับพันธกิจด้านบริการวิชาการและพันธกิจด้านทำนุบำรุงศิลปและวัฒนธรรมผลการวิจัยพบว่าก่อนการเรียนการสอนแบบบูรณาการพันธกิจนักศึกษามีระดับคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การเรียนรู้โดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $M = 4.44$ ;  $SD = .20$ ) และ

หลังการเรียนรู้ตามรูปแบบฯ พบว่า มีคะแนนผลลัพธ์การเรียนรู้เพิ่มขึ้นทั้งโดยรวม ( $M = 4.66$  ;  $SD = .22$ ) และในทุกๆด้าน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นสูงสุดคือ ด้านคุณธรรมจริยธรรมและด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $M = 4.87$ ,  $4.87$ ;  $SD = .30$ ,  $.34$  ตามลำดับ) รองลงมาคือ ด้านทักษะทางปัญญา ( $M = 4.77$ ;  $SD = .43$ ) รายละเอียด ดังตาราง 2

**ตาราง 2** ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) และระดับของผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิ ระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ ก่อนและหลังการเรียนการสอนแบบบูรณาการพันธกิจรายวิชาพีชสมุนไพรมุขมิปัญญไทยกับการดูแลสุขภาพ (n = 60)

ผลลัพธ์การเรียนรู้	ก่อนเรียน			หลังเรียน		
	$M$	$SD$	ระดับ	$M$	$SD$	ระดับ
ด้านคุณธรรมจริยธรรม	4.74	.41	มากที่สุด	4.87	.30	มากที่สุด
ด้านความรู้	4.29	.11	มาก	4.45	.30	มาก
ด้านทักษะทางปัญญา	4.63	.49	มากที่สุด	4.77	.43	มากที่สุด
ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ	4.73	.45	มากที่สุด	4.87	.34	มากที่สุด
ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ	4.11	.35	มาก	4.63	.34	มากที่สุด
โดยรวม	4.44	.20	มาก	4.66	.22	มากที่สุด

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษา ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิ ระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์โดยรวมพบว่า ภายหลังจากเรียนแบบบูรณาการในรายวิชาพีชสมุนไพรมุขมิปัญญไทยกับการดูแลสุขภาพกับพันธกิจด้านบริการวิชาการและพันธกิจด้านทำนุบำรุงศิลปะและวัฒนธรรม สูงกว่าก่อนการเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $.01$  ( $t = 9.34$ ,  $p = .00$ )

2.3 ความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อรูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการพันธกิจ ผลการวิจัยพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อรูปแบบการเรียนการสอนรายวิชาพีชสมุนไพรมุขมิปัญญไทยกับการดูแลสุขภาพบูรณาการกับพันธกิจด้านการบริการวิชาการและพันธกิจด้านทำนุบำรุงศิลปะและวัฒนธรรมโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ( $M = 4.76$ ,  $SD = .52$ ) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ความเหมาะสมของรูปแบบกิจกรรมการบูรณาการและด้านบรรยากาศการเรียนรู้ ( $M = 4.78$ ,  $SD = .52$ ) ส่วนในรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชบูรณาการกับพันธกิจด้านการบริการวิชาการ และพันธกิจด้านการวิจัย นักศึกษามีความพึงพอใจโดยรวม อยู่ในระดับมาก ( $M = 4.27$ ,  $SD = .59$ ) และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุดคือ ด้านประโยชน์ที่ได้จากการเรียนแบบบูรณาการ ( $M = 4.36$ ,  $SD = .59$ ) รายละเอียด ดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) และระดับของความพึงพอใจของนักศึกษาต่อรูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการพันธกิจฯ ทั้งรายด้านและโดยรวม จำแนกตามรายวิชา

ด้าน	วิชาพีชสมุนไพรร ภูมิปัญญาไทย กับการดูแลสุขภาพ (n = 60)			วิชาสุขภาพจิตและการ พยาบาลจิตเวช (n = 75)		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
ความเหมาะสมของรูปแบบกิจกรรมการบูรณาการ	4.78	.52	มากที่สุด	4.25	.58	มาก
ประโยชน์ที่ได้จากการเรียนแบบบูรณาการ	4.73	.53	มากที่สุด	4.36	.59	มาก
บรรยากาศการเรียนรู้	4.78	.52	มากที่สุด	4.21	.60	มาก
โดยรวม	4.76	.52	มากที่สุด	4.27	.59	มาก

2.4 ความคิดเห็นของอาจารย์ต่อรูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการพันธกิจ จาก การประเมินความคิดเห็นของอาจารย์ที่ร่วมเป็นอาจารย์ประจำกลุ่มในการสอนแบบบูรณาการพันธกิจวิชา พีชสมุนไพรร ภูมิปัญญาไทยกับการดูแลสุขภาพ และวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชต่อการ ใช้ รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นโดยการสนทนากลุ่ม พบว่า อาจารย์มีความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นประโยชน์ และ คุณค่าของการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการพันธกิจในแต่ละด้าน ดังนี้

1) ด้านสร้างเสริมสุขภาพประชาชน ผู้รับบริการที่เข้าร่วมโครงการทั้งในชุมชน และโรงพยาบาล ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพร่างกาย ภาวะสุขภาพจิตและสมรรถนะสมองเบื้องต้น และมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเรื่อง ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อม รวมทั้ง การนวดแผนไทยในการบำบัดและผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง

2) ด้านการจัดการเรียนการสอน นักศึกษามีโอกาสนำความรู้เรื่องการนวดแผนไทย การตรวจคัดกรองสุขภาพจิต การส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและภาวะสมองเสื่อม จากการเรียนรู้ ในชั้นเรียนมาทดลองฝึกปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิต ให้แก่ประชาชนในสถานการณ์จริง ช่วยพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลด้านคุณธรรมและจริยธรรม ด้านความรู้ ด้านทักษะ ทางปัญญา ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ และด้านทักษะการวิเคราะห์ เชิงตัวเลข การสื่อสาร และ การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศให้ดีขึ้นกว่าเดิม

3) ด้านการวิจัย นักศึกษาที่เรียนวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชได้เป็น ผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ผลข้อมูลด้วยสถิติเบื้องต้น ทำให้นักศึกษาเกิดความเข้าใจ เรื่องกระบวนการวิจัยชัดเจนขึ้น

4) ด้านการสร้างสัมพันธ์ภาพกับชุมชน นักศึกษาสามารถสร้างสัมพันธ์ภาพ เชิงวิชาชีพกับผู้รับบริการวัยสูงอายุและวัยทำงานที่เข้าร่วมโครงการ ทั้งในชุมชนและโรงพยาบาลเป็นอย่างดี นอกจากนี้ เห็นว่าการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการพันธกิจมีข้อดีอีกประการหนึ่งคือ ช่วยให้ อาจารย์ที่เข้าร่วมโครงการได้ปฏิบัติพันธกิจสำคัญของสถาบันอุดมศึกษาได้ในเวลาเดียวกัน ทั้งด้าน การเรียนการสอน การวิจัย การบริการวิชาการ หรือการทำนุบำรุงศิลปะและวัฒนธรรม

สำหรับประเด็นปัญหา อุปสรรคที่พบคือ ช่วงเวลาที่วางแผนจัดโครงการบริการวิชาการที่บูรณาการกับพันธกิจทำนุบำรุงศิลปและวัฒนธรรม ในรายวิชาพีชสมุนไพรมุขมิปัญญาไทยกับการดูแลสุขภาพของนักศึกษาชั้นปีที่ 2 ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2562 นั้นล่าช้า จึงไม่สามารถจัดบริการแก่ประชาชนวัยแรงงานในสถานประกอบการของนิคมอุตสาหกรรมบางชั้น เขตคันนายาว กรุงเทพฯ ตามแผนเดิมได้ เนื่องจากสถานการณ์โรค COVID-19 จึงได้ปรับเปลี่ยนช่วงเวลา สถานที่และกลุ่มเป้าหมาย มาจัดที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรุงเทพฯ แทน

2.5 ผลการรับรองรูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการพันธกิจของผู้ทรงคุณวุฒิจากการจัดสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) โดยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 9 คน เข้าร่วมสัมมนาเพื่อช่วยตรวจสอบยืนยันรูปแบบฯ ผลการวิจัยพบว่า มีค่าดัชนีความสอดคล้อง จำแนกรายประเด็น คือ 1) ความสอดคล้องของรูปแบบฯ ที่สร้างขึ้นกับการพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษา 2) ความเหมาะสมของการนำรูปแบบฯ ที่สร้างขึ้นไปใช้ในการพัฒนาการเรียนการสอน 3) ประโยชน์ของรูปแบบฯ ที่สร้างขึ้นต่อการจัดการศึกษาพยาบาล และ 4) ความเหมาะสมของรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นต่อการจัดการศึกษาของวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เท่ากับ .78, .89, 1.00, และ .89 ตามลำดับ และโดยรวมมีค่าเท่ากับ .89

## อภิปรายผล

รูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการพันธกิจ “2P2E Model” ที่พัฒนาขึ้น ทั้งในรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช กับพันธกิจด้านการบริการวิชาการ และด้านการวิจัย รายวิชาพีชสมุนไพรมุขมิปัญญาไทยกับการดูแลสุขภาพ กับพันธกิจด้านการบริการวิชาการ และด้านทำนุบำรุงศิลปและวัฒนธรรม สามารถพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาตามมาตรฐานคุณวุฒิ ระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ ให้สูงขึ้นมากกว่าก่อนการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้ เนื่องจากรูปแบบที่สร้างขึ้นทั้ง 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผนบูรณาการพันธกิจ (P: Planning) การเตรียมความพร้อม (P: Preparing) การเรียนรู้จากประสบการณ์ (E: Experiential learning) และการประเมินผลการเรียนรู้ (E: Evaluating) นั้นเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเรียนรู้แบบเน้นประสบการณ์ (Experiential learning) เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ (Learner-centered) ผู้เรียนเป็นผู้กระทำ (Active learning) โดยบูรณาการพันธกิจที่นำแนวคิดการเรียนรู้แบบเน้นประสบการณ์ (Experiential learning) มาเป็นฐานในการพัฒนานั้น สอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนแบบเน้นประสบการณ์ตามสภาพจริง เพื่อส่งเสริมคุณลักษณะการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ส่งผลให้มีผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้หลังการเรียนสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม (กันตภา สุธธิอาจ, 2561) เช่นเดียวกับในรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคทางการพยาบาล ส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลมีทักษะการปฏิบัติการพยาบาลในทุกด้านสูงกว่าช่วงก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (สไปทิพย์ เชื้อเอี่ยม, สุพัตรา ไตรอุดมศร, และปริญสลิล ไชยวุฒิ, 2562)

สะท้อนให้เห็นว่า รูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการพันธกิจเป็นการสร้างประสบการณ์ตรงให้กับนักศึกษา การมอบหมายให้นักศึกษาจัดทำโครงการเสริมสุขภาพกาย หรือสุขภาพจิตแก่

ประชาชนในชุมชน ในรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ช่วยกระตุ้นให้นักศึกษามีการสืบค้นข้อมูล คิดวิเคราะห์ และคิดสร้างสรรค์กิจกรรม อีกทั้งเป็นการส่งเสริมความสัมพันธ์อันดีต่อกันระหว่าง นักศึกษากับอาจารย์ และผู้รับบริการในชุมชน (ทิตานา แหมมณี, 2561) ดังผลการวิจัยที่ส่งผลให้นักศึกษามีผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านคุณธรรมจริยธรรม และด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการช่วยเพิ่มผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล (กิตติศักดิ์ ไกรจันทร์, ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์, สกาวรัตน์ ไกรจันทร์, 2558; อังคริสา พินิจจันทร์, ปารวีร์ กุรัตนาวีโรจน์, ปริญญา ศรีธราพิพัฒน์, สุทิสสา สงวนสังข์, และสุรศักดิ์ อธิคมานนท์, 2559; สมจินดา ชมพูนุท, วรณเพ็ญ อินทร์แก้ว, 2560; วิบูลย์ลักษณ์ ปรียาวงศากุล, ทุดิยรัตน์ รื่นเรือง, และขวัญตา เพชรธณีโชติ, 2563) ดังนั้น การจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการพันธกิจ จึงเป็นบทบาทที่ทำทนายของอาจารย์ในสถาบันอุดมศึกษา (ศุภิสรา สุวรรณชาติ, อดิญา คูอาริยกุล, และ อูราภรณ์ เขยกาญจน์, 2562)

นอกจากนี้ นักศึกษาพยาบาลมีโอกาสนำความรู้เรื่องการนวดแผนไทย การตรวจคัดกรองสุขภาพจิต การส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และภาวะสมองเสื่อม จากการเรียนในชั้นเรียนมาทดลองฝึกปฏิบัติ การสร้างเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตให้แก่ประชาชนในสถานการณ์จริง รวมทั้ง ได้มีโอกาสเป็นผู้ช่วยวิจัย ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเบื้องต้น ทำให้นักศึกษาเกิดความเข้าใจ ในกระบวนการวิจัยได้ชัดเจน ดังผลการสนทนากลุ่มอาจารย์ มีความเห็นว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีส่วนช่วยให้ ผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลทั้ง 2 รายวิชาดีขึ้น อีกทั้ง สอดคล้องกับผลการสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ ที่ให้การรับรองและยืนยันว่ารูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมและเป็นรูปแบบที่มีประโยชน์สามารถ นำไปใช้ได้จริง เห็นควรที่จะนำไปขยายผลในการจัดการศึกษาของวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบัน พระบรมราชชนกต่อไป จึงกล่าวได้ว่า รูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการพันธกิจที่พัฒนาขึ้น สามารถ พัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำรูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการพันธกิจด้านการเรียนการสอนกับพันธกิจอื่นๆ ไปใช้ในการพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลและสร้างเสริมสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิต ของประชาชนทุกกลุ่มวัย เพื่อให้ครอบคลุมปัญหาของประชากรในชุมชน

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยนำรูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการพันธกิจไปขยายผลในการ จัดการเรียนการสอนรายวิชาภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติให้หลากหลายรวมทั้งศึกษากับกลุ่มตัวอย่าง นักศึกษาให้ครอบคลุมทุกชั้นปีเพื่อให้ได้บัณฑิตพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานคุณวุฒิ ระดับปริญญาตรี

## เอกสารอ้างอิง

- กันตภา สุธธิดา, ไพฑูรย์ สิ้นลารัตน์, และไสว พิภขาว. (2561). การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนแบบเน้นประสบการณ์ตามสภาพจริง เพื่อส่งเสริมคุณลักษณะการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. *วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์*, 12(3), 1-15.
- กิตติศักดิ์ ไกรจันทร์, ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์, และสกาวัฒน์ ไกรจันทร์. (2558). รูปแบบการบูรณาการวิจัยกับการเรียนการสอนที่เน้นชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุของวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม: กรณีศึกษา ชุมชนสามัคคี ต.ตลาด อ.เมือง จ.มหาสารคาม. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(1), 124-132.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2556). *วิจัยเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง มาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560. (2561, 3 มกราคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 135 ตอนพิเศษ 1 ง. หน้า 7-11.
- ทิตนา แคมมณี. (2561). *ศาสตร์การสอน: องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 22). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธงชัย ยืนยงศิริมาศ. (2557). *คู่มือการบูรณาการพันธกิจ ปีการศึกษา 2557*. เชียงใหม่: วิทยาลัยศิลปะ สื่อและเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เข้าถึงได้จาก <http://www.camt.cmu.ac.th/eqa/NewsFile/QANews-412016143955.pdf>
- วิจารณ์ พานิช. (2555). *การสร้างการเรียนรู้สู่ศตวรรษที่ 21*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสยามกัมมาจล.
- วิบูลย์ลักษณ์ ปริยวาทกุล, ทศิธรรัตน์ รื่นเรือง, และขวัญตา เพชรมณีโชติ. (2557). *การพัฒนารูปแบบกระบวนการจัดการเรียนการสอนปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน แบบบูรณาการวิจัยเพื่อส่งเสริมผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล*. ชลบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี.
- วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ. (2561). *รายงานผลการดำเนินงานหลักสูตร (มคอ.7) หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2560) ประจำปีการศึกษา 2561*. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ.
- ศุภิสรา สุวรรณชาติ, อนัญญา คูอาริยกุล, และอรุณรัตน์ เขยกาญจน์. (2562). การบูรณาการพันธกิจบทบาทที่ทำทนายของอาจารย์ในสถาบันอุดมศึกษา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 25(1), 158-175.
- สไบทิพย์ เชื้อเอี่ยม, สุพัตรา ไตรอุดมศรี, และปรียาสลิล ไชยวุฒิ. (2562). ผลการจัดการเรียนการสอนด้วยวิธีสะท้อนคิดต่อทักษะการปฏิบัติการพยาบาล และระดับความพึงพอใจของนักศึกษาในวิชาปฏิบัติการหลักการและเทคนิคทางการพยาบาล. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 27(2), 150-157.
- สมจินดา ชมพูนุท, และวรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว. (2560). การบูรณาการบริการวิชาการกับการจัดการเรียนการสอนวิชาปฏิบัติการพยาบาลเลือกสรร สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 9(1), 24-35.

- อังค์ริสา พินิจจันทร์, ปารวีร์ กุศลรัตน์โรจน์, ปริญญา ศรีธราพิพัฒน์, สุทิสสา สงวนสัจ, และสุรศักดิ์ อธิคมานนท์. (2559). การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการกับพันธกิจบริการวิชาการแก่สังคม และการทำงานบำรู้งศิลปะวัฒนธรรม วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท. *วารสารกองการพยาบาล*, 43(3), 63-90.
- Bailey, P.A., Carpenter, D. R., & Harrington, P. (2002). Theoretical foundations of service learning in nursing education. *Journal of Nursing Education*, 41(10), 433-436.
- Blumberg, P. (2004). Beginning journey toward a culture of learning centered teaching. *Journal of Student Centered Learning*, 2(1), 68-80.
- Bonwell, C. C., & Eison, J. A. (1991). *Active learning: Creating excitement in the classroom*. ASHE-ERIC Higher Education Report No. 1. Washington, D.C.: The George Washington University, School of Education and Human Development.
- Davies, D. (2019). Transformative learning as pedagogy for the health professions: A scoping review. *Medical education*, 53(6), 547-558.
- Eymard, A. S., Breaux, P., & Dozar, K. (2013). Transformative learning in nursing students through a service learning project with a vulnerable community. *Journal of Nursing Education and Practice*, 3(3), 35-43.
- Kolb, D. A., Boyatzis, R. E., & Mainemelis, C. (2001). Experiential learning theory: Previous research and new directions. *Perspectives on Thinking, Learning, and Cognitive Styles*, 1(8), 227-247.
- Mckinnon, T. H., & Fealy, G. M. (2011). Core principle for developing global service-learning programs in nursing. *Nursing Education Perspectives*, 32(2), 95-101.
- Murray, T. A., Schappe, A., Kreienkamp, D. E., Loyd, V., & Buck, E. A. (2010). A community-wide academic-service partnership to expand faculty and student capacity. *Journal of Nursing Education*, 49(5), 295-299.
- Tippen, M. P. (2016). Development and implementation of an international academic service-learning course for low-income children in Cambodia. *Online Journal of Cultural Competence in Nursing and Healthcare*, 6(1), 94-101.
- Turner, R. C., & Carlson, L. (2003). Indexes of item-objective congruence for multidimensional items. *International journal of testing*, 3(2), 163-171.
- Van Schalkwyk, S. C., Hafler, J., Brewer, T. F., Maley, M. A., Margolis, C., McNamee, L., ... & Davies, D. (2019). Transformative learning as pedagogy for the health professions: A scoping review. *Medical education*, 53(6), 547-558.

## บทความวิจัย (Research article)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ทศนคติต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์  
และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการปฏิบัติการพยาบาล  
โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของนักศึกษาพยาบาล

The Relationships between Personal Factors, Attitude toward  
Evidence-based Practice and Information Technology Using for  
Evidence-based Nursing Practice among Nursing Students

พิชญภา สาดง<sup>1\*</sup>, นงนภัทร รุ่งเนย<sup>2</sup>, รัตนา สิงห์ครุบอน<sup>3</sup>, พรสุดา ปลอดโปร่ง<sup>1</sup>  
Pitchayapa Sadaeng<sup>1\*</sup>, Nongnaphat Rungnoi<sup>2</sup>, Rattana Singkruborn<sup>3</sup>, Pornsuda Plodprong<sup>1</sup>

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: pitchayapa@pckpb.ac.th, โทรศัพท์ 098-9235596)

(Received: July 2, 2020; Revised: September 19, 2020; Accepted: December 6, 2020)

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและทัศนคติต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์กับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วน จำนวน 120 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ทศนคติต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .95, และ .97 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า

1. นักศึกษาพยาบาลมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์อยู่ในระดับมาก ( $M = 4.09, SD = .75$ ) และมีทัศนคติต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์อยู่ในระดับมาก ( $M = 3.92, SD = .68$ )

2. ชั้นปีและจำนวนครั้งของการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการสืบค้นมีความสัมพันธ์กับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

Registered nurse (Practitioner Level), Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province

<sup>2</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

Registered nurse (Senior professional level), Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province

<sup>3</sup> พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

Registered nurse (Practitioner Level), Prachuap Khiri Khan Hospital

ระดับ .01 ( $\chi^2 = 78.37, 221.00, p < .01$  ตามลำดับ) และทัศนคติต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ( $r = .90, p < .01$ )

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า สถาบันการศึกษาควรส่งเสริมการจัดการเรียนการสอนที่เน้นการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ รวมทั้ง จัดสรรทรัพยากรการเรียนรู้และเทคโนโลยีสารสนเทศที่เอื้อต่อการสืบค้น และเข้าถึงข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์

**คำสำคัญ:** การพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์, การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ, ทัศนคติ, นักศึกษาพยาบาล

## Abstract

This descriptive study aimed to examine the relationships between personal factors, attitude towards EBP in nursing, and information technology (IT) use for evidence-based practice (EBP) in nursing among nursing students at Prachomklao College of Nursing. A proportionate stratified random sampling was used to select 120 nursing students to the study. Data were collected using a set of questionnaires, including attitude towards EBP in nursing, and IT use for EBP in nursing. Reliability was reported as Cronbach's alpha .95 and .97 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test and the Pearson product-moment correlation coefficient. Results revealed that;

1. Nursing students reported IT use for EBP in nursing score at a high level ( $M = 4.09, SD = .66$ ). Attitude towards EBP in nursing score was at a high level ( $M = 3.92, SD = .54$ ).

2. There was a positive and significant correlation between the student college years, the number of academic search and IT use for EBP in nursing of nursing students ( $\chi^2 = 78.37, 221.00, p < .01$  respectively). Moreover, Pearson's correlations indicated that there was a positive significantly correlation between attitude towards EBP in nursing and IT using for EBP in nursing ( $r = .90, p < .01$ ).

This research indicated that educational institutions should promote evidence-based teaching and learning and allocate learning resources and information technology to facilitate the search and access of evidence-based information.

**Keywords:** Evidence-based practice in nursing, Information technology using, Attitude, Nursing students

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงของสังคม ความก้าวหน้าทางวิชาการและเทคโนโลยีสารสนเทศในศตวรรษที่ 21 และความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพของประชาชนทุกช่วงวัย รวมทั้งอุบัติการณ์การเกิดโรคเรื้อรังและโรคอุบัติใหม่ที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีหน่วยบริการสุขภาพความจำเป็นในการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น ซึ่งการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลจำเป็นต้องอาศัยการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based nursing practice) โดยต้องบูรณาการอย่างเป็นระบบระหว่างองค์ความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด อาจเป็นงานวิจัยที่มีระเบียบวิธีวิจัยที่ดีมีคุณภาพ รวมทั้งหลักฐานที่น่าเชื่อถือร่วมกับความเชี่ยวชาญทางคลินิก ค่านิยมและความเชื่อเพื่อตัดสินใจทางคลินิกให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละบุคคล (French, 1999; ฟองคำ ติลกสกุลชัย, 2553) และช่วยพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (Naeem, Bhatti, & Ishfaq, 2017) ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดพยาบาลต้องมีทักษะความสามารถในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ การตีความและแปลความหมายงานวิจัย เพื่อนำมาใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งปรับเปลี่ยนทัศนคติและมุมมองที่มีต่อการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์จากที่มองว่าเป็นเรื่องยากและซับซ้อนมาเป็นสิ่งท้าทายให้เกิดการพัฒนาอย่างเป็นระบบ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกและการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ (นงนภัทร รุ่งเนย และศิริพร ครุฑทากาศ, 2559)

ดังนั้น สถาบันการศึกษาพยาบาลในฐานะที่มีหน้าที่ผลิตบัณฑิตพยาบาลเพื่อให้บริการสุขภาพ จึงต้องพัฒนาการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพิ่มขึ้น และส่งเสริมให้ผู้เรียนมีทักษะสารสนเทศการสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีเพื่อการสืบค้นซึ่งเป็นทักษะที่จำเป็นสำหรับการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาทักษะการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และการส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีเพื่อการสืบค้น ซึ่งจะช่วยพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์เชื่อมโยงความรู้สู่การปฏิบัติการพยาบาล นับเป็นการพัฒนาทักษะทางปัญญาที่สำคัญตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของผู้เรียน วิทยาลัยฯ ได้วางแผนพัฒนาทักษะการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์โดยส่งเสริมให้นักศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา บทความภาษาอังกฤษและส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปีการศึกษา 2555 เช่น การศึกษาทั่วไปเพื่อการพัฒนามนุษย์ การพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ การพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ และการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต เพื่อให้ นักศึกษาสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการจัดทำโครงการ นวัตกรรมและการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพบริการและความปลอดภัยของผู้ใช้บริการเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในนักศึกษาพยาบาลอย่างเป็นรูปธรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพมีหลายประการ ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านลักษณะองค์กร 2) ปัจจัยด้านลักษณะของผู้บริหารทางการพยาบาล 3) ปัจจัยด้านลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ 4) ปัจจัยด้านลักษณะของสิ่งแวดล้อมความสะดวก 5) ปัจจัยด้านคุณภาพของงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ และ 6) ปัจจัยด้านการสื่อสารและการเข้าถึงหลักฐานเชิงประจักษ์ (ลัดดาวัลย์ พุทธิรักษา, รัชณีภรณ์ ทรัพย์กรานนท์, และประนอม

โอทอกานนท์, 2559) การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ในทิศทางลบต่อการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การรับรู้อุปสรรคมากที่สุด คือ การรายงานผลการวิจัยเป็นภาษาอังกฤษและประสบการณ์การวิจัยอยู่ในระดับน้อย ส่วนทัศนคติและประสบการณ์การวิจัยมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (กิตติยารัตน์ ต้นสุวรรณ, นันทวัน สุวรรณรูป, และนันทิยา วัฒมา, 2562) สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาล (Weng et al., 2013; Black, Balneaves, Garossino, Puyat, & Qian, 2015) และทัศนคติเป็นตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายพฤติกรรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติค่อนข้างสูง (Estabrooks, Floyd, Scott-Findlay, & Gushta, 2003) นอกจากนี้ การศึกษาเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลวิชาชีพ ตามแนวคิดการยอมรับเทคโนโลยีของ Davis (1989) พบว่า มีพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับมาก ปัจจัยส่วนบุคคลด้านหน่วยงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (ชมพู่ วิภูพานพงษ์, นิตยา เพ็ญศิริรักษา, และพาณี สีตกะลิน, 2559) และสมรรถนะของพยาบาลโดยเฉพาะด้านการวิจัย การอ่านและการแปลผลงานวิจัย สามารถทำนายการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ได้ (ศศิวิมล ศิริรักษ์, ทศนี ประสบกิตติคุณ, และอาภาวรรณ หนูคง, 2559) กล่าวได้ว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มีทั้งด้านบุคคล หน่วยงานและสิ่งแวดล้อม ทัศนคติต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์นับเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลต่อการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลวิชาชีพ

ในด้านการจัดการเรียนการสอน มีการวิจัยเพื่อพัฒนาการเรียนการสอนโดยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อพัฒนาทักษะทางปัญญาของนักศึกษาพยาบาล (นุสรุ นามเดช, จิราภา บุญศิลป์, นงคารางแดง, และดวงดาว อุบลแย้ม, 2560) และสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาล (นุสรุ ประเสริฐศรี, มณีรัตน์ จิรัปปภา, และอภิรดี เจริญนุกูล, 2559) การปลูกฝังทัศนคติที่ดีต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างต่อเนื่องจะมีแนวโน้มการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างยั่งยืน (ปานทิพย์ ปุณณานนท์ และทัศนีย์ เกริกกุลธร, 2554) อย่างไรก็ตาม ไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ทัศนคติต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์กับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ที่ผ่านการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติที่เน้นการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลต่อไป

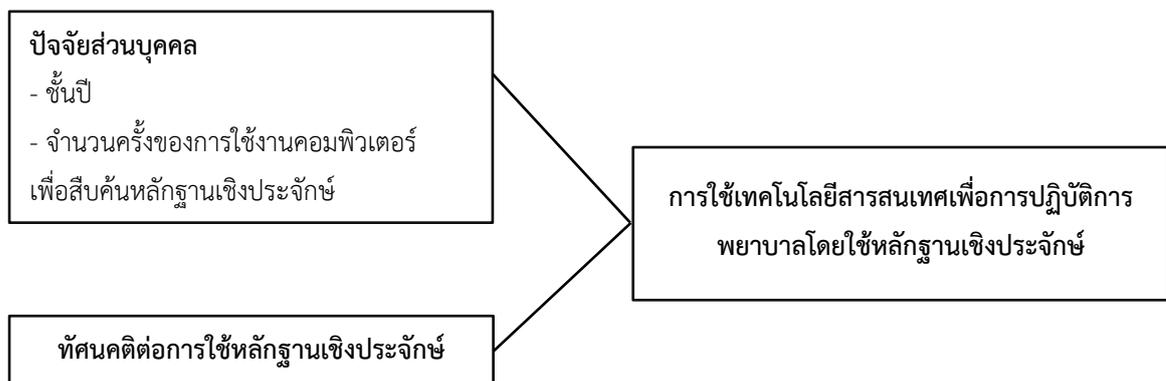
## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ทัศนคติต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของนักศึกษาพยาบาล

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและทัศนคติต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์กับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของนักศึกษาพยาบาล

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ ใช้แนวคิดแบบจำลองการยอมรับเทคโนโลยี (The Technology Acceptance Model: TAM) ของ Davis (1989) และแนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based nursing practice) (Closs, 1999; French, 1999; Ingersoll, 2000) โดยแนวคิด TAM ประกอบด้วย 1) การรับรู้ประโยชน์ในการใช้งาน 2) การรับรู้ความยากง่ายในการใช้งาน และ 3) ทัศนคติของบุคคล โดยการรับรู้ประโยชน์ในการใช้งานและการรับรู้ความยากง่ายในการใช้งานมีผลต่อทัศนคติในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ซึ่งส่งผลถึงการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ อีกทั้งการรับรู้ความยากง่ายในการใช้งานมีผลต่อการรับรู้ประโยชน์ในการใช้งาน (Davis, 1989) สำหรับการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ หมายถึง การตัดสินใจทางคลินิกเพื่อการดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ซึ่งต้องอาศัยความรอบคอบ ระมัดระวัง ชัดเจน และมีเหตุผลเหมาะสม บนพื้นฐานทางทฤษฎีและข้อมูลจากการวิจัยที่เชื่อถือได้ตามความต้องการและสิทธิของบุคคล (Closs, 1999; French, 1999; Ingersoll, 2000) อีกทั้ง การรับรู้ประโยชน์ในการใช้งานคอมพิวเตอร์เพื่อสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์และทัศนคติต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งมาจากความเชื่อ ความคิดเห็นหรือความรู้สึที่มีต่อการปฏิบัติการพยาบาลส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับโรคภาวะแทรกซ้อน การผ่าตัด การทำหัตถการ การใช้ยาและผลข้างเคียงของยา รวมถึงข้อมูลคำแนะนำตลอดการรักษาที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลเพื่อช่วยให้นักศึกษาพยาบาลสามารถนำมาประยุกต์ใช้และช่วยตัดสินใจในการพยาบาลที่มีคุณภาพต่อการดูแลผู้รับบริการ โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดในการวิจัย

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีการดำเนินการวิจัย รายละเอียด ดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 และ 4 วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2560 จำนวนทั้งสิ้น 161 คน

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลที่ผ่านการเรียนภาคทฤษฎีในรายวิชาทางการพยาบาลและการฝึกภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วยในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ จำนวน 120 คน โดยเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 จำนวน 55 คน และชั้นปีที่ 4 จำนวน 65 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยตารางสำเร็จรูปของ Krejcie และ Morgan (1970 อ้างอิงใน บุญใจ ศรีสถิตยัรนากุล, 2553) ซึ่งระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% และกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เป็นนักศึกษาพยาบาลที่ผ่านการเรียนการสอนตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ปรับปรุง พ.ศ.2555) ในปีการศึกษา 2560 2) มีประสบการณ์การฝึกปฏิบัติการพยาบาลตามหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ (ปรับปรุง พ.ศ.2555) ในปีการศึกษา 2559 3) ไม่เป็นผู้เรียนซ้ำชั้นในปีการศึกษา 2559 และ 2560 และ 4) เป็นผู้ที่ใช้คอมพิวเตอร์ในการสืบค้นข้อมูล ในช่วง 2 สัปดาห์ ที่ผ่านมา

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษาพยาบาล เป็นแบบเลือกตอบและระบุคำตอบ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปี แหล่งสืบค้นข้อมูล และจำนวนครั้งของการใช้งานคอมพิวเตอร์เพื่อสืบค้นข้อมูลวิชาการจากฐานข้อมูล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์โดยผู้วิจัยได้นำชุดแบบสอบถามปานทิพย์ ปุรณานนท์ และทัศนีย์ เกริกกุลธร (2550) จำนวน 13 ข้อ โดยเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ ระหว่าง เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 5 คะแนน ถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 คะแนน กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย เป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.50-5.00 หมายถึง มีทัศนคติในทางบวก

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง มีทัศนคติกลางๆ หรือไม่แน่ใจ

คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 2.50 หมายถึง มีทัศนคติในทางลบ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามชมพู วิฑูรานุพงษ์ และคณะ (2559) จำนวน 12 ข้อ เป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

5 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำหรือทุกครั้ง (76 - 100% ของการปฏิบัติ)

4 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติบ่อยๆ แต่ไม่ทุกครั้ง (51 - 75% ของการปฏิบัติ)

3 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง (26 - 50% ของการปฏิบัติ)

2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง (1 - 25% ของการปฏิบัติ)

1 คะแนน หมายถึง ไม่ปฏิบัติเลย (0% ของการปฏิบัติ)

กำหนดเกณฑ์แปลผลคะแนนเฉลี่ย ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง ระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66 หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00 หมายถึง ระดับมาก

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามการวิจัยทั้งหมด ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการปฏิบัติการโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และแบบสอบถามทัศนคติต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เท่ากับ .95 และ .97 ตามลำดับ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขออนุญาตผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยกับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 และ 4 ของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ในเดือนธันวาคม พ.ศ.2560

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการทำวิจัย ขอความร่วมมือและอธิบายเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัย เมื่อนักศึกษาตอบตกลงเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้นักศึกษาพยาบาลตอบแบบสอบถาม ใช้เวลา 15-20 นาที และรวบรวมแบบสอบถามคืน

3. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและนำแบบสอบถามมาวิเคราะห์ข้อมูล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ความถี่ และร้อยละ  
2. วิเคราะห์คะแนนการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและทัศนคติต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ )

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square) และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์กับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของนักศึกษาพยาบาล โดยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีเกณฑ์ในการแปลผลขนาดของความสัมพันธ์ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Cohen, 1988)

$r = .10 - .29$  หมายถึง ระดับต่ำ

$r = .30 - .49$  หมายถึง ระดับปานกลาง

$r = .50 - 1.0$  หมายถึง ระดับสูง

### การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เลขที่ PCKCN REC 06/2561 ลงวันที่ 17 พฤศจิกายน พ.ศ.2560

## ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ทศนคติต่อการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของนักศึกษาพยาบาล

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 94.17 ) ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 20-25 ปี (ร้อยละ 99.16) เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 3 จำนวน 55 คน (ร้อยละ 45.84) และชั้นปีที่ 4 จำนวน 65 คน (ร้อยละ 51.16) ในด้านการเข้าใช้ฐานข้อมูลวิชาการ Internet website ใช้บ่อยในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา พบว่า มีการเข้าใช้ Google มากที่สุด จำนวน 103 ครั้ง (ร้อยละ 85.83) โดยในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีการใช้คอมพิวเตอร์เพื่อสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ ข้อมูลด้านวิชาการเพื่อใช้ในการเรียนหรือการปฏิบัติการพยาบาล ระหว่าง 4-6 ครั้ง มากที่สุด จำนวน 44 คน (ร้อยละ 36.67) ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษาพยาบาล (n = 120)

	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	7	5.83
	หญิง	113	94.17
อายุ	20-25	119	99.16
	มากกว่า 25	1	0.83
ชั้นปี	3	55	45.84
	4	65	51.16
ฐานข้อมูลวิชาการที่ใช้บ่อยในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)			
	Evidence based nursing online	28	22.33
	ThaiLIS	67	55.83
	Medline	12	10.00
	CINAHL	43	35.83
	PubMed	8	6.67
	Google Scholar	46	38.33
	Google	103	85.83
จำนวนครั้งของการใช้งานคอมพิวเตอร์เพื่อสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา			
	1-3	13	10.83
	4-6	44	36.67
	7-10	22	18.33
	มากกว่า 10	41	34.16

1.2 ทักษะคิดต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของนักศึกษาพยาบาลพบว่า อยู่ในระดับมาก ( $M = 3.92, SD = .54$ ) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การเตรียมทรัพยากรการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ เช่น คอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต ฐานข้อมูลวิจัย เป็นต้น เป็นสิ่งจำเป็นต่อการเรียนการสอนการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานจากผลการวิจัย ( $M = 4.08, SD = .70$ ) และต่ำสุดคือ การเรียนรู้แบบการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานจากผลการวิจัยทำให้ท่านมีความสามารถในการอ่านรายงานการวิจัยฉบับภาษาอังกฤษได้ดีขึ้น ( $M = 3.62, SD = .74$ ) รายละเอียด ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) และระดับของทัศนคติของนักศึกษาพยาบาลต่อการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ( $n = 120$ )

รายการ	$M$	$SD$	ระดับ
เป็นวิธีการเรียนการสอนที่กระตุ้นให้ผู้เรียนมีกระบวนการคิดจากหลักฐานการวิจัย	3.88	.66	มาก
เป็นวิธีการหนึ่งที่จะพัฒนาความสามารถในการวิจัยของผู้เรียน	3.97	.67	มาก
ช่วยพัฒนาผู้เรียนให้มีทักษะการสืบค้นหาความรู้	3.98	.69	มาก
ช่วยพัฒนาผู้เรียนให้มีทักษะการเรียนรู้ตลอดชีวิต	3.87	.67	มาก
ทำให้รู้จักประเภทของแหล่งสารสนเทศเพื่อการวิจัยทางการพยาบาลมากขึ้น	3.99	.69	มาก
ทำให้มีความสามารถในการสืบค้นหาหลักฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ได้ดีขึ้น	3.95	.62	มาก
ทำให้มีความสามารถในการอ่านรายงานการวิจัยฉบับภาษาไทยได้ดีขึ้น	3.98	.66	มาก
ทำให้มีความสามารถในการอ่านรายงานการวิจัยฉบับภาษาอังกฤษได้ดีขึ้น	3.62	.74	ปานกลาง
ทำให้สามารถประเมินคุณภาพผลงานวิจัยได้ถูกต้อง	3.74	.67	มาก
ทำให้มีความสามารถในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลในคลินิก/ชุมชนได้ดีขึ้น	3.93	.61	มาก
ทำให้มีความสามารถในการประเมินผลลัพธ์จากการนำผลการวิจัยไปใช้ได้ดีขึ้น	3.88	.66	มาก
ในการจัดการเรียนการสอนการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานจากผลการวิจัยจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมของผู้เรียนก่อน	4.07	.64	มาก
การเตรียมทรัพยากรการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ เช่น คอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต ฐานข้อมูลวิจัย เป็นต้น เป็นสิ่งจำเป็นต่อการเรียนการสอนการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานจากผลการวิจัย	4.08	.70	มาก
<b>รวม</b>	<b>3.92</b>	<b>.54</b>	<b>มาก</b>

1.3 การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์อยู่ในระดับมาก ( $M = 4.09, SD = .66$ ) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่นักศึกษาพยาบาลได้ดูแลเพื่อให้การพยาบาลที่มีคุณภาพมีค่าเฉลี่ย ( $M = 4.38, SD = .70$ ) และต่ำสุดคือ มีส่วนร่วมในการพัฒนางานพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นผ่านทางเทคโนโลยีสารสนเทศ มีค่าเฉลี่ย ( $M = 3.91, SD = .93$ ) ดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) และระดับของการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (*n* = 120)

รายการ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
สืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยที่ท่านดูแลเพื่อให้การพยาบาลที่มีคุณภาพ	4.38	.70	มาก
สืบค้นข้อมูลภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยเพื่อเฝ้าระวังและให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้อง	4.30	.68	มาก
สืบค้นข้อมูลการใช้ยาชนิดใหม่ที่ผู้ป่วยได้รับ เพื่อบริหารยาได้อย่างถูกต้อง	4.18	.69	มาก
สืบค้นข้อมูลผลข้างเคียงของยาที่ผู้ป่วยได้รับ เพื่อเฝ้าระวังผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น	4.20	.69	มาก
สืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดหรือหัตถการที่แพทย์ปฏิบัติต่อผู้ป่วย	4.18	.72	มาก
เพื่อให้คำแนะนำผู้ป่วยตลอดการเข้ารับการรักษาและหลังจำหน่ายกลับบ้าน	4.02	.76	มาก
เพื่อช่วยตัดสินใจหรือบูรณาการในการปฏิบัติการพยาบาลได้	3.99	.68	มาก
นำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลแบบใหม่ที่ดีกว่าเดิม	3.96	.76	มาก
นำมาใช้อธิบายให้ผู้อื่นเห็นเห็นความสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาลแบบใหม่ที่ดีกว่าเดิม	3.93	.84	มาก
เพื่อนำมาวิเคราะห์และเลือกใช้ข้อมูลที่ดีที่สุด	3.99	.76	มาก
มีส่วนร่วมในการพัฒนางานพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นผ่านทางเทคโนโลยีสารสนเทศ	3.91	.93	มาก
มีการจัดเก็บข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นผ่านทางเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อให้สามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้	4.00	.81	มาก
รวม	4.09	.66	มาก

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและทัศนคติต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์กับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของนักศึกษาพยาบาล

2.1 การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของนักศึกษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับชั้นปีของนักศึกษาพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $\chi^2 = 78.37$ ) และมีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการใช้งานคอมพิวเตอร์เพื่อการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $\chi^2 = 221.00$ ) ดังตาราง 4

ตาราง 4 ความสัมพันธ์ระหว่างชั้นปีและจำนวนครั้งของการใช้งานคอมพิวเตอร์เพื่อสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์กับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของนักศึกษาพยาบาล (*n* = 120)

ตัวแปร	Chi-Square ( $\chi^2$ )	<i>p</i>
ชั้นปี	78.37*	.000
จำนวนครั้งของการใช้งานคอมพิวเตอร์เพื่อสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์	221.00*	.000

\* *p* < .01

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์กับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของนักศึกษาพยาบาล โดยการทดสอบสมมติฐานการวิจัยด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = .90$ ) ดังตาราง 5

ตาราง 5 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์กับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของนักศึกษาพยาบาล ( $n = 120$ )

ตัวแปร	$r$	ระดับ
ทัศนคติต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์	0.90*	สูง

\*  $p < .01$

## อภิปรายผล

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ทัศนคติต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของนักศึกษาพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์อยู่ในระดับมาก ( $M = 4.09$ ,  $SD = .75$ ) และมีทัศนคติต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์อยู่ในระดับมาก ( $M = 3.92$ ,  $SD = .68$ ) แสดงถึงการยอมรับเทคโนโลยีตามแนวคิดแบบจำลองการยอมรับเทคโนโลยี (TAM) ของ Davis (1989) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการยอมรับประโยชน์ในการทำงาน การรับรู้ความยากง่ายในการทำงาน และทัศนคติของบุคคล สะท้อนให้เห็นว่า การที่วิทยาลัยส่งเสริมนักศึกษาพยาบาลในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นรูปธรรม โดยส่งเสริมการเรียนรู้โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการสืบค้นเพิ่มขึ้นจากการออกแบบการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เช่น วิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 1 และ 3 วิชาการพยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรภ์ 1 และ 2 เป็นต้น มีการกำหนดวัตถุประสงค์รายวิชา กิจกรรมการเรียนรู้และมีการเตรียมความพร้อมโดยสอนและทบทวนความรู้เกี่ยวกับแนวทางการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ให้นักศึกษาก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ ช่วยให้นักศึกษามีทัศนคติที่ดีต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของนักศึกษาพยาบาลในระดับมาก อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาการเข้าใช้ฐานข้อมูลวิชาการที่ใช้บ่อยในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา พบว่ามีการเข้าใช้ Google มากที่สุด รองลงมา คือ ThaiLIS และ Google Scholar ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังสืบค้นข้อมูลภาษาไทยในการอ้างอิง มีการสืบค้นฐานข้อมูลภาษาอังกฤษน้อย สำหรับฐานข้อมูลภาษาอังกฤษที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด (ร้อยละ 35.83) คือ CINAHL ซึ่งเป็นฐานข้อมูลที่วิทยาลัยจัดซื้อให้บริการนักศึกษา แสดงให้เห็นว่าการที่วิทยาลัยจัดหาสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ที่เอื้อต่อการเข้าถึง ทำให้นักศึกษามีโอกาสในการเรียนรู้และสืบค้นข้อมูลได้เพิ่มขึ้น และเมื่อพิจารณาจำนวนการใช้คอมพิวเตอร์เพื่อสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างสืบค้นข้อมูลด้านวิชาการเพื่อใช้ในการเรียนหรือการปฏิบัติการพยาบาล ระหว่าง 4-6 ครั้ง ในช่วง

เวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ถือว่านักศึกษายังมีการสืบค้นน้อย วิทยาลัยควรส่งเสริมให้นักศึกษามีการสืบค้นทางวิชาการโดยเฉพาะการสืบค้นจากฐานข้อมูลภาษาอังกฤษเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ควรวิเคราะห์ค้นหาสาเหตุที่นักศึกษายังมีการสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลต่างๆ น้อย เพื่อให้ได้แนวทางในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนและส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีเพื่อการสืบค้นต่อไป

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและทัศนคติต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ กับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของนักศึกษาพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า ชั้นปีและจำนวนครั้งของการใช้งานคอมพิวเตอร์เพื่อสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ มีความสัมพันธ์กับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ( $\chi^2 = 78.37, 221.00, p < .01$  ตามลำดับ) เนื่องจากนักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีประสบการณ์วิจัยและการเรียนที่ส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มากกว่านักศึกษาชั้นปีที่ 3 จึงส่งผลให้นักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มากกว่า และทัศนคติต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มีความสัมพันธ์กับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของนักศึกษาพยาบาลในระดับสูง ( $r = .90, p < .01$ ) สอดคล้องกับผลการศึกษากิตติยา รัตน์ ต้นสุวรรณ และคณะ (2562) พบว่าทัศนคติและประสบการณ์การวิจัยมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และทัศนคติเป็นตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายพฤติกรรม การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติค่อนข้างสูง (Estabrooks et al., 2003)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าชั้นปีและจำนวนครั้งของการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการสืบค้นสัมพันธ์กับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของนักศึกษาพยาบาล และทัศนคติที่ดีต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เป็นปัจจัยสำคัญในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับนักศึกษาพยาบาล สถาบันการศึกษาพยาบาลควรจัดเตรียมความพร้อมด้านทรัพยากรการเรียนรู้ให้มีประสิทธิภาพ เช่น คอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต ฐานข้อมูลวิจัย เป็นต้น เพราะเป็นสิ่งจำเป็นต่อการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาล และควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมและพัฒนาการเรียนรู้และความสามารถในการอ่านรายงานการวิจัยฉบับภาษาอังกฤษ รวมทั้ง การจัดการเรียนการสอนที่เน้นการสืบค้นข้อมูลผ่านระบบเว็บไซต์และเครือข่ายอินเทอร์เน็ตเพื่อค้นหาข้อมูลที่ต้องการได้อย่างน่าเชื่อถือ

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. สถาบันการศึกษาพยาบาลควรจัดสรรทรัพยากรการเรียนรู้และเทคโนโลยีสารสนเทศที่เอื้อต่อการสืบค้นและเข้าถึงข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์โดยเฉพาะภาษาอังกฤษเพิ่มขึ้น
2. อาจารย์ผู้สอนควรออกแบบการเรียนรู้ที่ส่งเสริมการเรียนรู้โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งในรายวิชาภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาทักษะการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างต่อเนื่อง

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนที่ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของนักศึกษาพยาบาล และต่อยอดสู่การพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

- กิตติยารัตน์ ต้นสุวรรณ, นันทวัน สุวรรณรูป, และนันทิยา วัฒมาญ. (2562). การรับรู้อุปสรรคการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ทศนคติและประสบการณ์การวิจัยต่อการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, 25(2), 25-40.
- ชมพู วิพุฒานพงษ์, นิตยา เพ็ญศิริรักษา, และพาณี สีตกะลิน. (2559). พฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช. *วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ*, 9(31), 37-44.
- นงนภัทร รุ่งเนย, และศิริพร ครุฑกาศ. (2559). การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้สูงอายุโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารกองการพยาบาล*, 43(3), 169-179.
- นุสราน นามเดช, จิราภา บุญศิลป์, นงคาร รางแดง, และดวงดาว อุบลแย้ม. (2560). ผลของการสอนปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ในวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตต่อทักษะทางปัญญาของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 33(2), 111-120.
- นุสราน ประเสริฐศรี, มณิรัตน์ จิรปภา, และอภิรดี เจริญนุกูล. (2559). ผลของโปรแกรมการสอนตามแนวคิดการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ต่อสมรรถนะการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในนักศึกษาพยาบาล. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 17(3), 145-155.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไออินเตอร์ มีเดีย.
- ปานทิพย์ ปุณยานนท์, และทัศนีย์ เกริกกุลธร. (2550). *ผลการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติที่เน้นการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี* (รายงานผลการวิจัย). สระบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี.
- ปานทิพย์ ปุณยานนท์, และทัศนีย์ เกริกกุลธร. (2554). ปัจจัยทำนายสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 29(1), 45-53.
- ทองคำ ติลกสกุลชัย. (2553). *การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ หลักการและวิธีปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: ฟรี-วัน.

- ลัดดาวัลย์ พุทธรักษา, รัชนีภรณ์ ทรัพย์กรานนท์, และประนอม โอทกานนท์. (2559). ปัจจัยสู่ความสำเร็จในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 24(3), 94-103.
- ศศิวิมล ศิริรักษ์, ทศนี ประสบกิตติคุณ, และอภาววรรณ หนูคง. (2559). ปัจจัยทำนายการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลเด็ก. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 34 (2), 5-15.
- Black, A. T., Balneaves, L. G., Garossino, C., Puyat, J. H., & Qian, H. (2015). Promoting evidence-based practice through a research training program for point-of-care clinicians. *The Journal of Nursing Administration*, 45(1), 14-20.
- Closs, S. J., & Cheater, F. M. (1999). Evidence for nursing practice: A clarification of the issues. *Journal of Advanced Nursing*, 30(1), 10-17.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2<sup>nd</sup> ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Davis, F. D. (1989). Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. *MIS Quarterly*, 13(3), 319-339.
- Estabrooks, C. A., Floyd, J. A., Scott-Findlay, S., O'Leary, K. A., & Gushta, M. (2003). Individual determinants of research utilization: A systematic review. *Journal of Advance Nursing*, 43(5), 506-520.
- French, P. (1999). The development of evidence-based nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 29(1), 72-78.
- Ingersoll, G. L. (2000). Evidence-based nursing: what it is and what it isn't. *Nursing Outlook*, 48(4), 151-152.
- Naeem, S. B., Bhatti, R., & Ishfaq, K. (2017). Nurses' attitude and belief toward evidence-based nursing practices in tertiary care hospitals of Multan, Pakistan. *ISRA Medical Journal*, 9, 101-105.
- Weng, Y. H., Kuo, K. N., Yang, C. Y., Lo, H. L., Chen, C., & Chiu, Y. W. (2013). Implementation of evidence-based practice across medical, nursing, pharmacological and allied healthcare professionals: A questionnaire survey in nationwide hospital settings. *Implementation Science*, 8(1), 112. Retrieved from <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-112>.

## บทความวิจัย (Research article)

### ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเรียนรู้และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง The Relationships Between Learning Styles and Academic Achievement of Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing, Trang

วารณี สัมฤทธิ์<sup>1\*</sup>, จันทรเพ็ญ เลิศวันวัฒนา<sup>1</sup>, เบญจวรรณ ช่วยแก้ว<sup>1</sup>

Waranee Sumrit<sup>1\*</sup>, Janpen Lertwanawattana<sup>1</sup>, Benjawan Chuaykaew<sup>1</sup>

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: waranee.s@bcnt.ac.th, โทรศัพท์ 099-1638835)

(Received: June 16, 2020; Revised: November 23, 2020; Accepted: December 14, 2020)

#### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการเรียนรู้ และความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเรียนรู้และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีตรัง ประจำปีการศึกษา 2561 จำนวน 368 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปี ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และแบบสอบถามรูปแบบการเรียนรู้ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .83 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีการใช้รูปแบบการเรียนรู้ที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ รูปแบบร่วมมือ ซึ่งอยู่ในระดับสูง ( $M = 3.86, SD = .41$ ) รองลงมาคือ รูปแบบการเรียนรู้แบบฟังพา ( $M = 3.76, SD = .41$ ) และรูปแบบการเรียนรู้ที่นักศึกษาใช้น้อยที่สุด คือ รูปแบบการเรียนรู้แบบหลีกเลี่ยง ( $M = 2.86, SD = .48$ ) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และรูปแบบการเรียนรู้ทุกรูปแบบไม่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน

ผลการวิจัยชี้ว่า ในการจัดการเรียนการสอนผู้สอนควรคำนึงถึงรูปแบบการเรียนรู้ที่มีความแตกต่างของนักศึกษาพยาบาล และจัดการเรียนการสอนที่หลากหลายเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ:** รูปแบบการเรียนรู้, นักศึกษาพยาบาล, ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง

Registered nurse (Senior professional level), Boromarajonani College of Nursing, Trang

## Abstract

The purposes of this descriptive research were to study learning styles and the relationship between learning styles and academic achievement of nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Trang. The sample were 368 nursing students who enrolled in the 2019 academic year at Boromarajonani College of Nursing, Trang. The research instruments consisted of a demographic questionnaire and a learning style questionnaire. The reliability with Cronbach's alpha coefficient of the learning style questionnaire was 0.83. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficient.

The study found that the most nursing students had a collaborative learning style ( $M = 3.86, SD = .41$ ) in the high level and dependent learning style was at a high level ( $M = 3.76, SD = .41$ ), respectively. The least learning styles that students used was avoidance ( $M = 2.86, SD = .48$ ) in the moderate level and these learning styles were not statistically significantly related to their academic achievement.

The findings suggest that the instructor should consider different learning styles and a wide variety of teaching strategies to promote effective learning of nursing students.

**Keywords:** Learning styles, Nursing students, Academic achievement

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความท้าทายทางการศึกษาในศตวรรษที่ 21 ที่ต้องจัดการเรียนรู้เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพการณ์ความเป็นจริงในการดำรงชีวิตของผู้เรียน ต้องพัฒนาทักษะการเรียนรู้ (Learning skill) ซึ่งต้องก้าวข้ามสาระวิชาไปสู่การเรียนรู้ทักษะเพื่อการดำรงชีวิต การเรียนรู้จึงควรเกิดจากการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองของผู้เรียน โดยผู้สอนออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ ที่ช่วยให้ผู้เรียนแต่ละคนสามารถประเมินความก้าวหน้าของการเรียนรู้ของตนเองได้ (วิจารณ์ พานิช, 2555) สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม รวมทั้งความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่ ส่งผลให้ผู้เรียนในยุคนี้ มีลักษณะที่แตกต่างจากในอดีตอย่างสิ้นเชิง การจัดการเรียนรู้ต้องส่งเสริมทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 คำนึงถึงความหลากหลายและความแตกต่างของผู้เรียน ซึ่งสอดคล้องกับพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2542 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2545 และ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2553 มาตรา 24 (1) ที่ระบุให้จัดเนื้อหาสาระและกิจกรรมให้สอดคล้องกับความสนใจและความถนัดของผู้เรียน โดยคำนึงถึงความแตกต่างของผู้เรียน ทั้งนี้ ผู้เรียนแต่ละบุคคลมีรูปแบบการเรียนรู้ (Learning style) ที่แตกต่างกัน ผู้สอนจึงต้องมีวิธีการสอนที่หลากหลาย (Vizeshfar & Torabizadeh, 2018) เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้เรียน

การเรียนรู้เป็นกระบวนการสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดจากประสบการณ์และการฝึกฝน การเรียนรู้จะเกิดประสิทธิภาพสูงสุดเมื่อตรงกับธรรมชาติหรือความต้องการของผู้เรียน ซึ่งผู้เรียนแต่ละคนมีรูปแบบการเรียนรู้เฉพาะเป็นเอกลักษณ์ของตน บางคนสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง ขณะที่บางคนอาจต้องพึ่งพาผู้สอนหรือบางคนมองว่าการเรียนคือการแข่งขันกับเพื่อน สำหรับในการศึกษาพยาบาลศาสตร์) พบว่านักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมและวิธีการเรียนของแต่ละคนที่แตกต่างกันไป ในการศึกษาหาความรู้ (กาญจนา ศรีสวัสดิ์ และธนินทร์ รัตนโอฬาร, 2560) ทั้งนี้ รูปแบบการเรียนรู้เป็นปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อกระบวนการเรียนรู้ของผู้เรียน (Vizeshfar & Torabizadeh, 2018) และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (Yazici, 2016) การคำนึงถึงรูปแบบการเรียนรู้ จะมีประโยชน์ทั้งผู้เรียนและผู้สอนในการปรับปรุงวิธีการเรียนรู้และการสอน (Jiraporncharoen, Angkurawaranon, Chockjamsai, Deesomchok, & Euathrongchit, 2015; İlçin , Tomruk, Yeşilyaprak, Karadibak, & Savci, 2018)

แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการเรียนรู้ (Grasha & Reichman, 1996) พัฒนามาจากแนวคิดปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social interaction model) เน้นการตอบสนองของผู้เรียนในชั้นเรียนและสิ่งแวดล้อมในการเรียนรู้ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนกับเพื่อนร่วมชั้นเรียน โดยได้แบ่งรูปแบบการเรียนรู้ เป็น 6 รูปแบบ คือ 1) แบบอิสระ มีความเชื่อมั่นในความสามารถการเรียนรู้ของตนเอง 2) แบบพึ่งพา ต้องอาศัยผู้สอนให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ และแรงจูงใจในการเรียน 3) แบบร่วมมือ เรียนรู้ได้โดยการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้สอนและผู้เรียนคนอื่น 4) แบบหลีกเลี่ยง ไม่สนใจการเรียนรู้ ไม่มีส่วนร่วมกับผู้สอนและผู้เรียนคนอื่น 5) แบบแข่งขัน พยายามกระทำการต่างๆ ให้ดีกว่าคนอื่นและแข่งขันเพื่อเอาชนะหรือหวังรางวัล และ 6) แบบมีส่วนร่วม จะมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนการสอนในชั้นเรียนให้มากที่สุด จากการทบทวนวรรณกรรมรูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลที่ผ่านมาพบว่า มีรูปแบบการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน (วันดี วงศ์รัตนรักษ์ และกุลฤดี จิตตยานนท์, 2556; พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์ และพรศรี ดิสรเตตวิวัฒน์, 2558; พรณิศา แสนบุญสง, 2560; นิภา กิมสูงเนิน, สุวริย์ เพชรแต่ง, และจุฬา ยนต์พร , 2561) อีกทั้ง การเรียนรู้แบบร่วมมือและแบบมีส่วนร่วม จะพบได้ในผู้เรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูง (วันดี วงศ์รัตนรักษ์ และกุลฤดี จิตตยานนท์, 2556) ในขณะที่ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนมีความสัมพันธ์ทางลบกับรูปแบบการเรียนรู้แบบหลีกเลี่ยง แต่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (İlçin et al., 2018)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง จัดการจัดการศึกษาสำหรับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ มุ่งเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ ส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต พัฒนาทักษะด้านเทคโนโลยี การสืบค้นข้อมูล การคิดอย่างมีวิจารณญาณ คิดแก้ปัญหาได้ มีคุณธรรมจริยธรรม มีความรอบรู้ในศาสตร์ด้านการพยาบาล (ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง มาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560, 2561) กำหนดเนื้อหาสาระการเรียนแตกต่างกัน โดยชั้นปีที่ 1 เป็นการเรียนรายวิชาศึกษาทั่วไป ชั้นปีที่ 2 เป็นการเรียนวิชาพื้นฐานวิชาชีพ และชั้นปีที่ 3 และ 4 เป็นการเรียนวิชาชีพและการฝึกภาคปฏิบัติทางการพยาบาลทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน ตลอดจนพัฒนาวิธีการเรียนรู้และการวัดประเมินผลอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม การศึกษารูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลแตกต่างกัน ในการจัดการเรียนการสอนจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้สอนต้องมีข้อมูลพื้นฐานของรูปแบบ

การเรียนรู้ของนักศึกษา ผู้วิจัยจึงศึกษารูปแบบการเรียนรู้ และความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเรียนรู้ กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล ผลการวิจัยนี้ จะเป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับอาจารย์ผู้สอน ในการนำไปออกแบบกิจกรรมการเรียนการสอนให้สอดคล้อง เหมาะสมกับรูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษา ทั้งนี้เพื่อให้ผู้เรียนได้พัฒนาการเรียนรู้ด้านความรู้ ทักษะและทักษะต่างๆ ทางวิชาชีพและส่งผล ต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่สูงขึ้น รวมทั้ง ส่งเสริมรูปแบบการเรียนรู้ของผู้เรียนที่ต้องการให้เกิดขึ้น ตามผลลัพธ์การเรียนรู้ที่กำหนด และเป็นข้อมูลในการพัฒนาหลักสูตรและการเรียนการสอนให้มี ประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

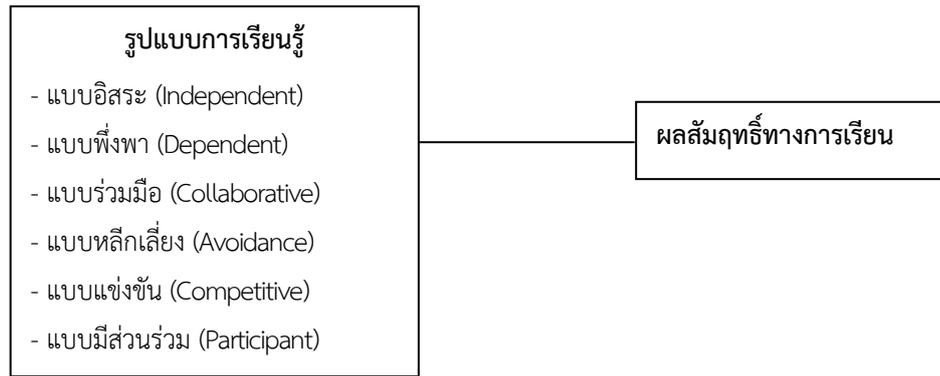
1. เพื่อศึกษารูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเรียนรู้และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง

### สมมติฐานการวิจัย

รูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง มีความสัมพันธ์กับ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ ใช้แนวคิดรูปแบบการเรียนรู้ของ Grasha and Reichman (1996) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิด ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social interaction model) เน้นการตอบสนองของผู้เรียนในชั้นเรียนและสิ่งแวดล้อมในการเรียนรู้ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนกับเพื่อนร่วมชั้นเรียน สามารถจำแนกเป็นรูปแบบการเรียนรู้ 6 แบบ ได้แก่ 1) .แบบอิสระ (Independent) 2) แบบพึ่งพา (Dependent) 3) แบบร่วมมือ (Collaborative) 4) แบบ หลีกเลียง (Avoidance) 5) แบบแข่งขัน (Competitive) และ 6) แบบมีส่วนร่วม (Participant) ทั้งนี้ รูปแบบการเรียนรู้แต่ละแบบของผู้เรียนเป็นพฤติกรรมหรือวิธีการเรียนที่นักศึกษาพยาบาลแต่ละคนชอบใช้ในการเรียนรู้ หรือเป็นวิธีการหาความรู้ที่แต่ละคนยึดเป็นแนวปฏิบัติ และมีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนทางบวก และทางลบแตกต่างกัน (อรอุมา ตั้งจรูญ, อรรถพร โพธิสุข, และจตุพล ยงศร, 2559; นิภา กิมสูงเนิน และคณะ, 2561) โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวิธีการดำเนินการวิจัย รายละเอียด ดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง ในปีการศึกษา 2561 ทุกชั้นปี จำนวน 368 คน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากประชากรทั้งหมด จำแนกตามรายชั้นปีจากชั้นปีที่ 1 ถึงชั้นปีที่ 4 จำนวน 99, 117, 81 และ 71 คน ตามลำดับ โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) ลงทะเบียนเรียนแบบเต็มเวลาในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2561 2) ไม่อยู่ในระหว่างการลาพักการศึกษา และ 3) สม่ครใจและยินดีให้ข้อมูลการวิจัยอย่างครบถ้วน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาพยาบาล เป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นปีที่กำลังศึกษา และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ซึ่งเป็นเกรดเฉลี่ยสะสมเมื่อสิ้นสุดภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2561

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามรูปแบบการเรียนรู้ นำมาจากงานวิจัยของพูลสุข เจนพานิช วิสุทธิพันธ์ และพรศรี ดิสระเตศววัฒน์ (2558) มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .83 เป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึงมากที่สุด (5 คะแนน) จำนวน 60 ข้อ จำแนกออกเป็น 6 รูปแบบ ดังนี้

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

คิดคะแนนโดยการนำคะแนนในข้อคำถามที่เป็นรูปแบบเดียวกันมารวมกัน คะแนนรวมรูปแบบใดได้คะแนนสูงสุด แสดงว่า นักศึกษาพยาบาลมีรูปแบบการเรียนรู้ในรูปแบบนั้นๆ สำหรับรูปแบบการเรียนรู้ที่มีคะแนนสูงสุดเท่ากัน จะเสนอเป็นรูปแบบการเรียนรู้มากกว่า 1 รูปแบบ โดยมีเกณฑ์การพิจารณาคะแนนเฉลี่ยรูปแบบการเรียนรู้ออกเป็น 5 ระดับ (Best ,1997) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง ระดับน้อยมาก

คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง ระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง ระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง ระดับสูงมาก

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามรูปแบบการเรียนรู้ ไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ที่สำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2560 จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' s Alpha Coefficient) เท่ากับ .83

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากสิ้นสุด ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2561 ในเดือนเมษายน พ.ศ.2562 ภายหลังได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง โดยนัดหมายนักศึกษาแต่ละชั้นปี และให้ทำแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างและการแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามการวิจัยประมาณ 30 นาที

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ และร้อยละ
2. วิเคราะห์รูปแบบการเรียนรู้โดยหาคะแนนรวม คะแนนเฉลี่ย ( $M$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ )
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเรียนรู้และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาระดับของความสัมพันธ์ ดังนี้ (รัตนศิริ ทาโต, 2561)

$r < .30$  หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

$r = .30 - .70$  หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง

$r > .70$  หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับสูง

#### การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง เลขที่ 9/2561 ลงวันที่ 16 กรกฎาคม พ.ศ.2561 ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธ

การให้ข้อมูลการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อการเรียนการสอนและการวัดผลคะแนนใดๆ รายงานผลการวิจัยในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อ-สกุลนักศึกษา และทำลายแบบสอบถามการวิจัย เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยภายใน 1 ปี

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 368 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.57 เพศชาย ร้อยละ 5.43 มีอายุเฉลี่ย 20.67 ปี ( $SD = 1.90$ ) เป็นนักศึกษาพยาบาลปีที่ 1 จำนวน 99 คน (ร้อยละ 26.90) ชั้นปีที่ 2 จำนวน 117 คน (ร้อยละ 31.79) ชั้นปีที่ 3 จำนวน 81 คน (ร้อยละ 22.01) และชั้นปีที่ 4 จำนวน 71 คน (ร้อยละ 19.29) มีเกรดเฉลี่ยสะสมระหว่าง 3.50-4.00 จำนวน 65 คน (ร้อยละ 17.66) เกรดเฉลี่ยสะสม 3.00-3.49 จำนวน 244 คน (ร้อยละ 66.30) เกรดเฉลี่ยสะสมต่ำกว่า 3.00 จำนวน 59 คน (ร้อยละ 16.04) และมีคะแนนเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เท่ากับ 3.23 ( $SD = .27$ )

2. รูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 มีรูปแบบการเรียนรู้แบบร่วมมือมากที่สุด จำนวน 30 คน (ร้อยละ 30.30) รองลงมา คือ รูปแบบการเรียนรู้แบบอิสระ และแบบมีส่วนร่วมมีจำนวนเท่ากัน คือ จำนวน 18 คน (ร้อยละ 18.20) นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 มีรูปแบบการเรียนรู้แบบพึ่งพามากที่สุด จำนวน 58 คน (ร้อยละ 49.60) รองลงมา คือ รูปแบบการเรียนรู้แบบร่วมมือ จำนวน 27 คน (ร้อยละ 23.10) นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 มีรูปแบบการเรียนรู้แบบร่วมมือมากที่สุด จำนวน 30 คน (ร้อยละ 37.00) รองลงมา คือ รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและแบบเรียนรู้มากกว่า 1 แบบมีจำนวนเท่ากัน คือ จำนวน 18 คน (ร้อยละ 22.20) และนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 มีรูปแบบการเรียนรู้แบบร่วมมือมากที่สุด จำนวน 35 คน (ร้อยละ 49.30) รองลงมา คือ รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม จำนวน 13 คน (ร้อยละ 18.30) และส่วนรูปแบบการเรียนรู้ที่นักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปีไม่ใช้เลย คือ แบบหลีกเลี่ยง รูปแบบการเรียนรู้โดยรวมของนักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปีพบว่า รูปแบบการเรียนรู้ที่นักศึกษาพยาบาลใช้มากที่สุด คือ แบบร่วมมือ จำนวน 122 คน (ร้อยละ 33.15) รองลงมา คือ แบบพึ่งพา จำนวน 92 คน (ร้อยละ 25.00) และรูปแบบการเรียนรู้ที่ไม่ใช้เลย คือ แบบหลีกเลี่ยง รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของรูปแบบการเรียนรู้ที่นักศึกษาพยาบาลใช้ จำแนกตามชั้นปีและโดยรวม (N = 368)

ชั้นปี	รูปแบบการเรียนรู้						
	อิสระ	ฟังพา	ร่วมมือ	แข่งขัน	มีส่วนร่วม	หลีกเลี่ยง	>1 แบบ
1 (n=99)	18 (18.20)	17 (17.20)	30 (30.30)	-	18 (18.20)	-	16 (16.20)
2 (n=117)	7 (6.00)	58 (49.60)	27 (23.10)	4 (3.40)	9 (7.70)	-	12 (10.30)
3 (n=81)	2 (2.50)	12 (14.80)	30 (37.00)	1 (1.20)	18 (22.20)	-	18 (22.20)
4 (n=71)	5 (7.00)	5 (7.00)	35 (49.30)	5 (7.00)	13 (18.30)	-	8 (11.30)
โดยรวม	32 (8.70)	92 (25.00)	122 (33.15)	10 (2.72)	58 (15.76)	-	54 (14.67)

คะแนนเฉลี่ยรูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล พบว่านักศึกษามีการใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบร่วมมือสูงสุด ( $M = 3.86, SD = .41$ ) ซึ่งอยู่ในระดับสูง รองลงมา คือ การเรียนรู้แบบฟังพา ( $M = 3.76, SD = .41$ ) อยู่ในระดับสูง ส่วนรูปแบบการเรียนรู้ที่นักศึกษาใช้น้อยที่สุด คือ การเรียนรู้แบบหลีกเลี่ยง ( $M = 2.86, SD = .49$ ) อยู่ในระดับปานกลาง ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) และระดับของรูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปี จำแนกตามรายด้าน

รูปแบบการเรียนรู้	$M$	$SD$	ระดับ
แบบอิสระ	3.36	.47	ปานกลาง
แบบฟังพา	3.76	.41	สูง
แบบร่วมมือ	3.86	.41	สูง
แบบหลีกเลี่ยง	2.86	.49	ปานกลาง
แบบแข่งขัน	2.87	.65	ปานกลาง
แบบมีส่วนร่วม	3.70	.44	สูง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการเรียนรู้ทั้ง 6 รูปแบบไม่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน รายละเอียด ดังตาราง 3

ตาราง 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ( $r$ ) ระหว่างรูปแบบการเรียนรู้และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน  
ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีตรัง (N = 368)

รูปแบบการเรียนรู้	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ( $r$ )	$p$
แบบอิสระ	-.025	.633
แบบพึ่งพา	-.077	.139
แบบร่วมมือ	.000	.999
หลีกเลี่ยง	-.081	.121
แบบแข่งขัน	-.056	.284
แบบมีส่วนร่วม	.064	.222

### อภิปรายผล

จากผลการศึกษารูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีตรัง ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการเรียนรู้ที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ แบบร่วมมือ ( $M = 3.86$ ,  $SD = .41$ ) สอดคล้องกับการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลที่ผ่านมา (วันดี วงศ์รัตนรักษ์ และกุลฤดี จิตตยานันต์, 2556; พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์ และพรศรี ดิสรเตตวิวัฒน์, 2558; กาญจนา ศรีสวัสดิ์ และธนิษฐ์ รัตนโอฬาร, 2560; พรณิศา แสนบุญสง, 2560) ซึ่งเป็นผู้เรียนที่ชอบกิจกรรมการเรียนรู้ที่มีส่วนร่วม มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน และสอดคล้องกับผลการวิจัยเมื่อพิจารณาจำแนกตามรายชั้นปี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการจัดการศึกษาในวิทยาลัยพยาบาลเน้นการจัดการเรียนการสอนเชิงรุก มีการจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับผลลัพธ์การเรียนรู้ ตลอดจนวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีตรัง ได้กำหนดตัวชี้วัดให้แต่ละรายวิชาที่มีจำนวนชั่วโมงการสอนแบบบรรยายน้อยกว่าร้อยละ 50 ส่งผลให้ผู้สอนมีการออกแบบการเรียนการสอนด้วยมีวิธีการจัดการเรียนการสอนที่หลากหลาย เน้นการทำงานเป็นกลุ่ม มีการทำงานร่วมกัน มีการทำงานเป็นทีม เช่น การมอบหมายให้ศึกษาค้นคว้าและทำรายงานกลุ่ม การเรียนโดยใช้ทีมเป็นฐาน (Team-based learning) หรือ การเรียนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน (Case-based learning) หรือ การเรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (Simulation-based learning) หรือ การเรียนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก (Problem base learning) ผู้สอนเปิดโอกาสให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ มีอิสระในการแสดงความคิดเห็น หรือการเรียนแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (จันทร์เพ็ญ เลิศนวนวัฒนา, วรรัตน์ ทิพย์รัตน์, และเบญจวรรณ ช่วยแก้ว, 2558)

รูปแบบการเรียนรู้ที่มีคะแนนเฉลี่ยรองลงมา คือ แบบพึ่งพา ( $M = 3.76$ ,  $SD = .41$ ) ซึ่งเมื่อพิจารณาจำแนกตามรายชั้นปี พบว่า นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 ใช้รูปแบบการเรียนรู้มากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของพูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์ และพรศรี ดิสรเตตวิวัฒน์ (2558) พบว่า จำนวนนักศึกษาชั้นปีที่ 2 มีรูปแบบการเรียนรู้แบบพึ่งพาสูงกว่าชั้นปีที่ 1 เนื่องจากสภาพการเรียนการสอนตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตสำหรับนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 เน้นเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพทางการพยาบาล เป็นการเรียนภาคทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติการพื้นฐานวิชาชีพในห้องปฏิบัติการ โดยเริ่ม

ฝึกปฏิบัติงานในสถานการณ์จริงบนหอผู้ป่วยเป็นครั้งแรก ดึงการศึกษาความพร้อมในการฝึกปฏิบัติรายวิชา ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความกลัวมากที่สุด กลัวทำไม่ถูก กลัวทำผิดพลาดมากที่สุด และกลัวทำไม่ได้ (ศิริจิตร จันทร และชัยลักษณ์ บรรลือชิตกุล, 2555) นอกจากนี้ นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับปานกลาง ร้อยละ 85.83 และระดับความเครียดมาก ร้อยละ 2.84 มีความรู้สึกตื่นเต้น กัดดัน และกลัวปฏิบัติการพยาบาลผิดพลาด (ยุพาพร หอมสมบัติ, วัชร อภาธีรพงศ์, สุนิสา คำชื่น, และลออวรรณ อังสกุล, 2561) ทั้งนี้ นักศึกษาพยาบาลที่เพิ่งขึ้นฝึกปฏิบัติงานเป็นครั้งแรก ต้องพึ่งพาผู้สอน ซึ่งผู้สอนควรมีการเตรียมความพร้อมด้านความรู้ ด้านทัศนคติ และด้านทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษา เพื่อให้เกิดความมั่นใจ หรือมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติการพยาบาล ลดความวิตกกังวล ดึงการศึกษาของศุภรัตน์ แจ่มแจ้ง, วิรดา อรรถเมธากุล, และดวงแข พิทักษ์สิน (2561) พบว่านักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลในการฝึกภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วยหลังการเตรียมความพร้อมต่ำกว่า ก่อนการเตรียมความพร้อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.001

นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 มีรูปแบบการเรียนรู้มากกว่า 1 แบบ ร้อยละ 22.20 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้เรียนอยู่ในระดับชั้นที่สูงขึ้น วัตถุประสงค์ที่เพิ่มขึ้น มีความสามารถที่จะเป็นผู้ชี้แนะตนเองได้ มีเป้าหมายในการเรียนที่ชัดเจนในการนำองค์ความรู้ไปใช้ในการประกอบวิชาชีพพยาบาลในอนาคต มีประสบการณ์มากขึ้น สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้ สามารถนำประสบการณ์เดิมไปเชื่อมโยงหรือสัมพันธ์กับประสบการณ์ใหม่ เพื่อต้องการเรียนรู้สิ่งต่างๆ โดยผู้สอนต้องเปลี่ยนบทบาทจากผู้ให้ความรู้เป็นผู้อำนวยความสะดวก จัดการเรียนการสอนให้ผู้เรียนมีประสบการณ์โดยตรงมีส่วนร่วมและมีการร่วมมืออภิปรายในกิจกรรมให้มากที่สุด (กาญจนา ศรีสวัสดิ์ และธนิษฐ์ รัตนโอฬาร, 2560) รูปแบบการเรียนรู้ที่นักศึกษาพยาบาลใช้น้อยที่สุดคือ แบบหลีกเลี่ยง ( $M = 2.86, SD = .49$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (วันดี วงศ์รัตนรัตน์ และกุลฤดี จิตตยานันต์, 2556; ภาวนา กิรติยศวงศ์ และคณะ, 2558; กาญจนา ศรีสวัสดิ์ และธนิษฐ์ รัตนโอฬาร, 2560; นิภา กิมสูงเนิน และคณะ, 2561) พบว่า นักศึกษาพยาบาลใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบหลีกเลี่ยงเป็นลำดับสุดท้าย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก นักศึกษาพยาบาลรับรู้ว่าการศึกษาระดับปริญญาตรีต้องกระทำหรือปฏิบัติกับชีวิตของผู้รับบริการ ดังนั้น นักศึกษาต้องมีความรับผิดชอบ ต้องเรียนรู้และฝึกปฏิบัติให้ถูกต้อง การเรียนรู้แบบหลีกเลี่ยง ผู้เรียนจะไม่สนใจเนื้อหาวิชา ไม่ชอบเข้าชั้นเรียน ไม่สนใจเรียน ซึ่งจะมีความสัมพันธ์ทางลบต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (İlçin et al., 2018)

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเรียนรู้กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง พบว่า รูปแบบการเรียนรู้ทั้ง 6 รูปแบบไม่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรนิตา แสนบุญสูง (2560) จุฬารัตน์ ช่างทอง (2559) และอรอุมา ตั้งจรรยา และคณะ (2559) เนื่องจากการจัดการเรียนรู้ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง ใช้วิธีการสอนที่หลากหลาย หรือสอนมากกว่า 1 วิธี โดยเน้นการเรียนการสอนเชิงรุก เช่น วิธีการสอนโดยใช้เกม การมอบหมายงานศึกษาค้นคว้าเป็นรายบุคคล หรือการเรียนโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ได้แก่ การแสดงบทบาทสมมติ การทำรายงานกลุ่ม การทำรายงานกรณีศึกษา การเรียนในสถานการณ์จำลอง

หรือการจัดนิทรรศการ ซึ่งกลวิธีในการจัดการเรียนการสอนอาจจะเป็นส่วนช่วยเพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (Ilcin et al., 2018) และอาจเป็นผลมาจากลักษณะของเนื้อหาแต่ละรายวิชาในแต่ละชั้นปีซึ่งมีความยาก และซับซ้อนแตกต่างกัน ตลอดจนปัจจัยด้านพฤติกรรมการณ์เรียนในและนอกชั้นเรียน สภาพแวดล้อมการเรียน การเรียนด้านเพื่อน สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ทางการเรียน เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (ลดาพร ทองสง และถนิมพร พงศานานุรักษ์, 2556) และปัจจัยด้านระดับชั้นปีและอายุ (นิภา กิมสูงเนิน และคณะ, 2561) นอกจากนี้ อาจเนื่องจากผู้เรียน ใช้รูปแบบการเรียนรู้ที่หลากหลายในการเรียนที่ระบุผลลัพธ์การเรียนรู้ที่แตกต่างกัน และในโลกแห่งความเป็นจริงพบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอาจไม่สะท้อนผลลัพธ์การเรียนรู้ (Jiraporncharoen et al., 2015)

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารควรกำหนดนโยบายให้ทุกรายวิชามีการประเมินรูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาทุกชั้นปี เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบการจัดการเรียนรู้ให้นักศึกษา และมีการจัดการเรียนรู้เชิงรุกที่หลากหลาย
2. อาจารย์ผู้สอนควรตระหนักและเข้าใจถึงความแตกต่างรูปแบบการเรียนรู้ของผู้เรียน เป็นรายบุคคลและภาพรวมของแต่ละชั้นปี สำหรับเป็นข้อมูลในการนำมาพัฒนาการจัดการจัดการเรียน การสอน จัดหาวัสดุและแหล่งเรียนรู้ต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้เรียนบรรลุผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมาย

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบการเรียนรู้และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ได้แก่ อายุ ระดับชั้นปี พฤติกรรมการณ์เรียนในและนอกชั้นเรียน สภาพแวดล้อมทางการเรียน แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ทางการเรียน ความมุ่งมั่น และบุคลิกภาพ เป็นต้น
2. ควรทำวิจัยเชิงคุณภาพ หรือวิจัยและพัฒนาเพื่อสร้างกลยุทธ์การจัดการเรียนการสอน เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสานที่เหมาะสมสำหรับนักศึกษาพยาบาล

## เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา ศรีสวัสดิ์, และธนิษฐ์ รัตนโอฬาร. (2560). วิเคราะห์องค์ประกอบของรูปแบบการเรียนของ นักศึกษาพยาบาล สถาบันอุดมศึกษาเอกชน. *วารสารเกษมบัณฑิต*, 18(2), 171-179.
- จันทร์เพ็ญ เลิศวนวัฒนา, วรรัตน์ ทิพย์รัตน์, และเบญจวรรณ ช่วยแก้ว. (2558). ผลการจัดการเรียนการสอน โดยใช้กลวิธีการเรียนแบบเพื่อนช่วยเพื่อน เรื่อง ระบบโครงร่างของร่างกายรายวิชากายวิภาคศาสตร์ และสรีรวิทยา 1 ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง. *วารสารการพยาบาล และการศึกษา*, 8(3), 93-104.

- นิภา กิมสูงเนิน, สุวริย์ เพชรแต่ง, และจุฬา ยันตพร. (2561). รูปแบบการเรียนรู้และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยรังสิต. *วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี*, 24(1), 5-14.
- ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง มาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560. (2561, 3 มกราคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 135 ตอนพิเศษ 1 ง. หน้า 7-11.
- พรณิศา แสนบุญสูง. (2560). รูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยปทุมธานี. *วารสารพยาบาลสภาอากาศไทย*, 10(1), 154-164.
- พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์, และพรศรี ดิสระเตดีวัฒน์. (2558). รูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(1), 70-82.
- ภาวนา กীরติยวงศ์, สุวรรณิ มหาภายนันท์, นารีรัตน์ บุญเนตร, และวชิกร อังคประสารทชัย. (2558). รูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา. *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 21(3), 382-394.
- ยุพาพร หอมสมบัติ, วัชร อภาธีรพงศ์, สุนิสา คำชื่น, และลออวรรณ อึ้งสกุล. (2561). แนวทางการจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ในการขึ้นฝึกปฏิบัติครั้งแรก. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์*, 2(3), 48-62.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2561). *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ (ฉบับปรับปรุง)* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ลดดาพร ทองสง, และณิมาพร พงศานานุรักษ์. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาการพยาบาลเด็กของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์. *วารสารเกื้อการุณย์*, 20(1), 55-71.
- วันดี วงศ์รัตนรักษ์, และกุลฤดี จิตตยานนท์. (2556). รูปแบบการเรียนของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, 19(2), 60-72.
- วิจารณ์ พานิช. (2555). *วิธีการเรียนรู้เพื่อศิษย์ในศตวรรษที่ 21*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสดศรี-สฤษดิ์วงศ์.
- ศิริจิตร จันทร, และธัญลักษณ์ บรรลิจิตกุล. (2555). ความพร้อมในการฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสภาอากาศไทย. *วารสารพยาบาลสภาอากาศไทย*, 5(1), 32-45.
- ศุภรัตน์ แจ่มแจ้ง, วิจารณ์ อรรถเมธากุล และดวงแข พิทักษ์สิน. (2561). ผลของการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยอย่างมีแบบแผนสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราธิวาส. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 20(3), 147-163.

อรอุมา ตั้งจรรยา, อรรณพ โพธิสุข, และจตุพล ยงศร (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเรียนรู้กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนิสิตคณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตบางเขน. *วารสารบริหารการศึกษา มศว*, 13(24), 107-117.

Best, W. J. (1997). *Research in education*. Boston, MA: Allyn and Bacon.

Grasha, A. (1996). *Teaching with style: A practical guide to enhancing learning by understanding teaching & learning style*. Pittsburgh: Alliance.

Jiraporncharoen, W., Angkurawaranon, C., Chockjamsai, M., Deesomchok, A., & Euathrongchit, J. (2015). Learning styles and academic achievement among undergraduate medical students in Thailand. *Journal of Educational Evaluation for Health Professions*, 12, e38. doi:10.3352/jeehp.2015.12.38

İlçin, N., Tomruk, M., Yeşilyaprak, S. S., Karadibak, D., & Savcı, S. (2018). The relationship between learning styles and academic performance in TURKISH physiotherapy students. *BMC medical education*, 18(1), e291. doi:10.1186/s12909-018-1400-2

Vizeshfar, F., & Torabizadeh, C. (2018). The effect of teaching based on dominant learning style on nursing students' academic achievement. *Nurse Education in Practice*, 28, 103-108.

Yazici, H. J. (2016). Role of learning style preferences and interactive response systems on student learning outcomes. *International Journal of Information and Operations Management Education*, 6(2), 109-134.

## บทความวิจัย (Research article)

สภาพการณ์การบริหารความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และแนวทางการป้องกัน  
ความเสี่ยงขณะฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาล  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

The Situation of Risk Management for Patient Safety and Patients' Risk  
Prevention Guidelines for Practicing on the Wards among Nursing Students,  
Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj

พีระนันท์ จิระยั้งมงคล<sup>1\*</sup>, วลัทธนิ นาคศรีสังข์<sup>2</sup>, จันทนา ณหทัยโกคิน<sup>2</sup>

Peranan Jerayingmongkol<sup>1\*</sup>, Wantanee Naksrisang<sup>2</sup>, Janthana Nahathaiphokin<sup>2</sup>

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: peranan@ckr.ac.th) โทรศัพท์ 065-4949145

(Received: October 26, 2020; Revised: December 12, 2020; Accepted: December 25, 2020)

### บทคัดย่อ

วิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ ความตระหนักรู้ของนักศึกษาพยาบาลที่ฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยกับความสามารถในการบริหารความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย 2) เปรียบเทียบความสามารถในการบริหารความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างชั้นปี และ 3) ศึกษาสาเหตุของการเกิดความเสี่ยงและแนวทางการป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ขณะขึ้นฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล ดำเนินการวิจัยผลานวิธีแบบขั้นตอนเชิงอธิบาย 2 ระยะ คือ 1) การวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปี 3 และ 4 ปีการศึกษา 2563 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช จำนวน 120 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามการรับรู้ ความตระหนักรู้และความสามารถในการบริหารความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน และ 2) การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นอาจารย์พยาบาล 15 คน อาจารย์พี่เลี้ยงแหล่งฝึก 28 คน และตัวแทนนักศึกษาพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำหัตถการผิดพลาด 3 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง

<sup>1</sup> ผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

Director of Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj

<sup>2</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

Registered nurse (Senior professional level), Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj

สนทนากลุ่มตามแนวคำถามกึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดความเสียง และแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสียง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

1. นักศึกษาพยาบาลมีอุบัติการณ์การเกิดความผิดพลาดขณะฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย โดยพบมากที่สุดเป็นเรื่องเกี่ยวกับการบริหารยา ร้อยละ 33.33 มีการรับรู้ ความตระหนักรู้ และความสามารถในการบริหารความเสียงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับมากที่สุด ( $M = 4.93, 4.95, 4.91; SD = .25, .21, .29$  ตามลำดับ)

2. การรับรู้ และความตระหนักรู้ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสามารถในการบริหารความเสียงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .77, 79, p < .01$ ) และความสามารถในการบริหารความเสียงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยระหว่างนักศึกษาที่ฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยชั้นปี 3 และปี 4 ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 5.18, p = .00$ )

3. การสนทนากลุ่มอาจารย์พยาบาล อาจารย์พี่เลี้ยงแหล่งฝึก และนักศึกษาพยาบาลพบว่า สาเหตุของอุบัติการณ์ความผิดพลาดขณะฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย เกิดจากการขาดความรู้ ทักษะและประสบการณ์ รวมทั้งความประมาท แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสียงที่จะเกิดกับผู้ป่วย ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อม และการนิเทศอย่างใกล้ชิดจากทั้งอาจารย์พยาบาลและอาจารย์พี่เลี้ยงแหล่งฝึก

**คำสำคัญ:** การรับรู้, ความตระหนักรู้, ความสามารถในการบริหารความเสียง, ความปลอดภัยของผู้ป่วย

## Abstract

The objectives of research were: 1) to examine the relationships between perceptions and awareness towards capabilities of risk management for patient safety, 2) to compare the capabilities of risk management for patient safety among nursing students practicing on the wards, and 3) to study causes and patients' risk prevention guidelines for clinical practice among nursing students practicing on the wards. The mixed-methods explanatory sequential design was used in this study. There were two phases: the quantitative phase and the qualitative phase. In the quantitative phase, the samples were 120 samples were obtained from the 3<sup>rd</sup> - 4<sup>th</sup> year nursing students in the academic year 2020 using simple random sampling. The data were collected from the questionnaires on the perceptions, awareness and capabilities of risk management for patient safety among nursing students practicing on wards with Cronbach's alpha reliability at .85. The descriptive statistics, Pearson product-moment correlation coefficient. and paired t-test were used for data analysis. 2) The qualitative data were collected by purposive sampling from 15 nursing instructors, 28 mentors, and 3 students who had

experienced in nursing procedures errors. The content analysis was used to determine causes and patients' risk prevention guidelines for clinical practice among nursing students practicing on the wards. The results of the study were:

1. The majority of incidence which was reported were medication administration (33.33%). Average scores on all perceptions, awareness and capabilities of risk management for patient safety among nursing students practicing on wards were reported at the highest level ( $M = 4.93, 4.95, 4.91$ ;  $SD = .25, .21, .29$  respectively)

2. There was a positive relationship between nursing students' perception, awareness of nursing students practicing on wards and the capabilities of risk management for patient safety were statistically significant at level  $p < .01$ .

3. Based on their focus group of nursing instructors, mentors, and nursing students, the result revealed the reasons of the incidence during training were a lack of knowledge, skills, experiences and a lack of discretion. Therefore, practice guidelines to prevent the incidences of nursing procedures should be paid attention on preparation and close supervision of nursing students.

**Keywords:** Perception, Awareness, Capabilities of risk management, Patient safety

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องปฏิบัติโดยตรงต่อชีวิตของผู้ป่วย โดยปฏิบัติการพยาบาลภายใต้ความตระหนักและคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ องค์การอนามัยโลกให้ความหมายเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยว่า เป็นการลดความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายความผิดพลาดที่ไม่จำเป็น อันเนื่องมาจากการบริการสุขภาพให้น้อยที่สุดเท่าที่จะยอมรับได้ (World Health Organization, 2009) ความปลอดภัยของผู้ป่วยยังรวมถึงการหลีกเลี่ยงการป้องกันการเยียวแค้นแก่ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ หรือได้รับผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์จากบริการสุขภาพผิดพลาดทางการแพทย์ที่อาจนำไปสู่การเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ (Vincent, 2010) ซึ่งจากการศึกษาของ Southwick, Craneley, and Hallisy (2015) ได้จำแนกเหตุการณ์ความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น 5 ประเด็น คือ 1) การตรวจวินิจฉัยและการรักษาผิดพลาด 2) การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องจากการผ่าตัดและการทำหัตถการ 3) การติดเชื้อในโรงพยาบาล 4) เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา และ 5) เหตุการณ์อื่น เช่น ความล้มเหลวของการสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย เครื่องมืออุปกรณ์ที่ไม่เพียงพอ รวมถึงสิ่งแวดล้อมและระบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย จากรายงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการชดเชยกรณีที่ได้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ (ตามมาตรา 41)

ในปีงบประมาณ 2557 มีผู้ยื่นคำร้องจำนวน 1,112 ราย ได้รับการชดเชย 931 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.73 ของผู้ยื่นคำร้อง รวมมูลค่าเงินชดเชยทั้งสิ้น 218.44 ล้านบาท ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกรณีเสียชีวิตทุพพลภาพถาวร รองลงมาคือ การบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยอย่างต่อเนื่องและสูญเสียอวัยวะ หรือพิการ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557)

ความผิดพลาดในการพยาบาลไม่เพียงแต่ทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บ พิการ หรือสูญเสียชีวิต หากยังมีผลทางลบกับพยาบาล โดยอาจทำให้รู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง มีความเครียด และขาดความไว้วางใจจากผู้ป่วย นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังมีการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายจากแหล่งบริการสาธารณสุข ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการฟ้องร้อง คือ การขาดการติดต่อสื่อสารที่ีระหว่างแพทย์ พยาบาลกับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย โดยแพทย์พยาบาลไม่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลกับผู้ป่วยและญาติ รวมทั้ง ไม่ได้ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (สมศักดิ์ โสภโศก, 2555) ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 4,826 คน มีพฤติกรรมการปฏิบัติที่เป็นความผิดพลาดของบุคคล และพบมากในพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 1 ปี รวมทั้ง มีความรู้ในเรื่องเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Goal) ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ของสถาบันประเมินและรับรองคุณภาพ (Joint Commission Patient safety Goal) สะท้อนให้เห็นว่าบัณฑิตพยาบาลที่เข้าไปสู่การปฏิบัติงานจริง มีความรู้ในเรื่องการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้ป่วย รวมทั้งมาตรฐานความปลอดภัยผู้ป่วยต่ำกว่ามาตรฐานที่กำหนด ดังนั้น การสอนนักศึกษาพยาบาลจึงต้องมีการเตรียมนักศึกษาพยาบาลในเรื่องคุณภาพการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยให้มากยิ่งขึ้น เพราะการรับรู้ และความตระหนักรู้ในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่สำคัญในการบริการสุขภาพ (Girdley, Johnsen, & Kwekkeboom, 2009)

การรับรู้ความเสี่ยงที่จะส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นกระบวนการที่มีการกระตุ้นความรู้สึกและถูกตีความโดยใช้ความรู้ ประสบการณ์และความเข้าใจ ทำให้เกิดความตระหนักรู้ ซึ่งเป็นความรู้สึกนึกคิด ความคิดเห็นและแสดงพฤติกรรมขณะปฏิบัติการพยาบาล (สุภิญญา ทองแก้ว, ปราโมทย์ ทองสุข, และปรัชญานันท์ เที้ยงจรรยา, 2561) โดยการรับรู้และความตระหนักรู้มีความสัมพันธ์กัน การที่บุคคลรับรู้ได้นั้น ทำให้บุคคลตระหนักรู้ในเรื่องนั้นๆ ด้วยเช่นกัน ซึ่งพบว่า พยาบาลที่มีความตระหนักรู้ในการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยมาก จะมีแนวโน้มของการมีพฤติกรรมการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยอยู่ในระดับมากเช่นกัน (ณัฐชยา วุฒิมานกรณ, 2557) อย่างไรก็ตามผลการศึกษาพบว่า ความตระหนักต่อความปลอดภัยผู้ป่วยในพยาบาลวิชาชีพใหม่ในโรงพยาบาล ทั่วไปภาคใต้ พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ มีความตระหนักต่อความปลอดภัยผู้ป่วยอยู่ใน ระดับน้อย 5 ด้าน คือ ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย รองลงมาคือ ด้านการใช้ยา ด้านการควบคุมการติดเชื้อ ด้านการผ่าตัด และด้านการจัดการต่อภาวะฉุกเฉิน โดยมีเพียงด้านการใส่ท่อและสายสวนต่างๆ ที่มีความตระหนักต่อความปลอดภัยผู้ป่วยในระดับปานกลาง จึงควรมีการสร้างกลไกการเรียนรู้ เรื่อง ความปลอดภัยผู้ป่วย สำหรับพยาบาลจบใหม่ (สุภิญญา ทองแก้ว และคณะ, 2561) นอกจากนี้ ประสบการณ์การเรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย

มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้เกี่ยวกับการพัฒนาตนเองของนักศึกษา (จงกลวรรณ มุสิกทอง, วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, และจรินทร์พย์ อุดมพันธุ์รัก, 2560) นักศึกษาพยาบาลจึงควรมีการรับรู้ ทัศนคติ และให้ความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้รับบริการเนื่องจากมีผลกระทบต่อชีวิตของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ นักศึกษาพยาบาลถือว่าเป็นบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงในการฝึกปฏิบัติ เนื่องจากยังมีทักษะและประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่เพียงพอ แม้ว่าจะได้ผ่านการเรียนทฤษฎีและมีการเตรียมตัวในห้องปฏิบัติการจำลองก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติการจริงแล้วก็ตาม โอกาสในการเกิดอุบัติเหตุหรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้สูง โดยส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการมีทักษะ ประสบการณ์การปฏิบัติงานไม่เพียงพอ และขาดความตระหนักในการปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนด ตลอดจนมีการเตรียมพร้อมด้านความรู้ในการปฏิบัติงานน้อย (พร บุญมี, สุทธิณี มหามิตรวงศ์แสน, และทิตติยา กาวิลละ, 2561)

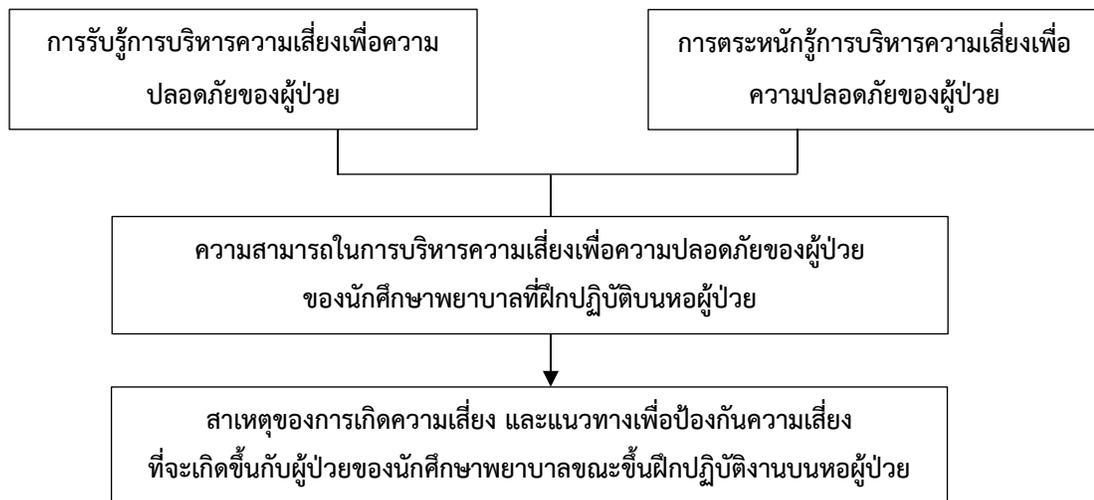
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช มอบหมายให้งานบริหารความเสี่ยงของวิทยาลัยฯ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลความเสี่ยงของนักศึกษาพยาบาลของวิทยาลัยฯ ที่ฝึกปฏิบัติงานในแหล่งฝึก เพื่อการบริหารความเสี่ยงของวิทยาลัยที่มีประสิทธิภาพ จากข้อมูลพบว่า นักศึกษาพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช ชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 ประจำปีการศึกษา 2562 ได้รับอุบัติเหตุจากการฝึกปฏิบัติงานในแหล่งฝึกส่วนใหญ่เกิดจากการถูกของแหลมคมที่ปนเปื้อนเลือด หรือสารคัดหลั่งจากผู้ป่วยที่มดดำและส่วนใหญ่ ไม่ได้รายงานการเกิดอุบัติเหตุและการเกิดอุบัติเหตุ ขณะฝึกปฏิบัติให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ คณะผู้วิจัยซึ่งเป็นอาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตรและเป็นอาจารย์ประจำหลักสูตร จึงตระหนักและเห็นความสำคัญของการศึกษาเรื่องการรับรู้และความตระหนักรู้ รวมทั้ง ความสามารถในการบริหารความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช และหาแนวทางการปฏิบัติขณะที่นักศึกษาพยาบาลฝึกปฏิบัติการพยาบาล เพื่อนำผลดังกล่าวมาปรับปรุง วางแผน พัฒนาการเรียนการสอนที่สอดคล้องกับผู้เรียน พัฒนาทักษะการจัดการเรียนการสอนให้เหมาะสมและไม่เกิดความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย รวมถึงการป้องกันความเสี่ยงและความสูญเสียที่จะเกิดขึ้นต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และความตระหนักรู้ของนักศึกษาพยาบาลที่ฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยกับความสามารถในการบริหารความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย
2. เปรียบเทียบความสามารถในการบริหารความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 และ 4 ที่ฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย
3. ศึกษาสาเหตุของการเกิดความเสี่ยง และแนวทางเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาลขณะขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ ได้นำแนวคิดการบริหารความเสี่ยงของ Wilson and Tingle (1999) ประกอบด้วย การค้นหาความเสี่ยง (Risk identification) การวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk analysis) การจัดการความเสี่ยง (Risk management) และการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง (Risk management evaluation) ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods Research) แบบขั้นตอนเชิงอธิบาย (Explanatory sequential design) โดยการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ ความตระหนักรู้ กับความสามารถในการบริหารความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช หากนักศึกษาพยาบาลมีการรับรู้และตระหนักรู้ที่ดี ส่งผลให้มีความสามารถในการบริหารความเสี่ยงที่ดี โดยใช้กระบวนการค้นหา วิเคราะห์ จัดการความเสี่ยง และการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยจึงได้รับการป้องกันความเสี่ยงหรือผลกระทบที่เกิดขึ้นจากภัยหรืออันตรายที่ไม่พึงประสงค์จากการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล นอกจากนี้ได้ใช้วิธีการเชิงคุณภาพ (Qualitative research) สทนากลุ่มอาจารย์พยาบาล อาจารย์พี่เลี้ยงแหล่งฝึกและตัวแทนนักศึกษา เพื่อศึกษาสาเหตุของการเกิดความเสี่ยง และแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาลขณะขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดในการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods Research) แบบขั้นตอนเชิงอธิบาย (Explanatory sequential design) โดยใช้การวิจัยเชิงปริมาณ (QUAN) นำการวิจัยเชิงคุณภาพ (qual) แบบไม่เท่าเทียมกัน มีวิธีดำเนินการวิจัยเป็น 2 ระยะ รายละเอียด ดังนี้

**ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research)** เพื่อศึกษาปฏิบัติการการเกิดความผิดพลาดของนักศึกษาขณะฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และความตระหนักรู้ของนักศึกษาพยาบาลที่ฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยกับความสามารถในการบริหารความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และเปรียบเทียบความสามารถในการบริหารความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาลที่ฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยชั้นปีที่ 3 และ 4 ดำเนินการวิจัยในเดือนตุลาคม พ.ศ.2563.รายละเอียด ดังนี้

### **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 และ 4 ในปีการศึกษา 2563 จำนวน 166 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 และ 4 ปีการศึกษา 2563 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) สำหรับการใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดการทดสอบสมมติฐานทางเดียว (One-tailed test) โดยใช้โปรแกรม G\*Power กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดกลาง (Medium) เท่ากับ .30 ค่าความคลาดเคลื่อน (Error) เท่ากับ .05 และค่าอำนาจทดสอบ (Power) เท่ากับ .95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 120 คน (ธวัชชัย วรพงศธร และสุรีย์พันธุ์ วรพงศธร, 2561) กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เป็นนักศึกษาพยาบาลที่ลงทะเบียนเรียน ในปีการศึกษา 2563 แบบเต็มเวลา 2) ไม่มีประวัติการลาพักการศึกษาหรือซ้ำชั้น 3) ผ่านการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลบ้านโป่ง และ/หรือโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา อย่างน้อย 1 ครั้ง และ 4) ยินดีให้ข้อมูลการวิจัย สุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 จำนวน 60 คน และชั้นปีที่ 4 จำนวน 60 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เป็นแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามแนวคิดกระบวนการบริหารความเสี่ยง (Risk management process) (Wilson & Tingle, 1999)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ และปฏิบัติการการเกิดความผิดพลาดของนักศึกษาขณะฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย ซึ่งเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำตอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ต่อการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยผู้ป่วย จำนวน 33 ข้อ แบบสอบถามความตระหนักรู้ถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย จำนวน 34 ข้อ และแบบสอบถามความสามารถในการบริหารความเสี่ยงของนักศึกษาพยาบาลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย จำนวน 30 ข้อ รวมทั้งสิ้น 97 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ เป็นการแสดงความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลต่อรายการคำถามนั้นๆ โดยมีคะแนนระหว่าง 5 คะแนน คือ เห็นด้วยมากที่สุด ถึง 1 คือ เห็นด้วยน้อยที่สุด

### **การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ**

แบบสอบถามทั้ง 2 ส่วน ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน และมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Congruence: IOC) ระหว่าง

.66-1.00 ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิและนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .85

### การรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังจากได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช
2. ประชุมกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการทำแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ ไม่มีการบังคับ รวมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสอบถามในส่วนที่ยังไม่เข้าใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถนำเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยไปปรึกษาผู้อื่น เพื่อขอความคิดเห็นและส่งกลับคืนมายังผู้วิจัยภายใน 1 สัปดาห์
3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากนักศึกษาพยาบาลโดยการตอบแบบสอบถามตามที่วันและเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกแยกแต่ละชั้นปี โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม ประมาณ 30-40 นาที ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนการนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) ของแบบสอบถามจำแนกเป็นรายข้อและโดยรวม โดยมีเกณฑ์โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2556)

คะแนนเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง ระดับสูงมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง ระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง ระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง ระดับต่ำมาก

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และความตระหนักรู้ กับความสามารถในการบริหารความเสี่ยงของนักศึกษาพยาบาลที่ฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation coefficient) ซึ่งผลการทดสอบพบว่าทั้ง 3 ตัวแปร มีการกระจายแบบโค้งปกติ (Normal distribution) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยมีเกณฑ์การแปลความหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r$ ) 5 ระดับ ดังนี้ (Hinkle, William, & Stephen, 1998)

$r = 0.81 - 1.00$  หมายถึง ระดับสูงมาก

$r = 0.61 - 0.80$  หมายถึง ระดับสูง

$r = 0.41 - 0.60$  หมายถึง ระดับปานกลาง

$r = 0.21 - 0.40$  หมายถึง ระดับต่ำ

$r = 0.00 - 0.20$  หมายถึง ระดับต่ำมาก

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการบริหารความเสี่ยงของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างชั้นปีที่ 3 และ 4 โดยการทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired t-Test)

**ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research)** ศึกษาสาเหตุของการเกิดความเสียหายและแนวทางเพื่อป้องกันความเสียหายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ขณะขึ้นฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนพฤศจิกายนพ.ศ.2563.รายละเอียด ดังนี้

**ผู้ให้ข้อมูลหลัก** เป็นอาจารย์พยาบาล อาจารย์พี่เลี้ยง และนักศึกษาพยาบาล รวม 31 คน จำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มอาจารย์พยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช จำนวน 15 คน คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ 1) จบการศึกษาระดับปริญญาโททางการพยาบาล 2) มีประสบการณ์การสอนภาคปฏิบัติ อย่างน้อย 3 ปี และ 3) เป็นอาจารย์ที่นิเทศนักศึกษาชั้นปีที่ 3 และ 4 ในโรงพยาบาลบ้านโป่งและโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ในปีการศึกษา 2563 และอาจารย์พี่เลี้ยงจากแหล่งฝึกโรงพยาบาลบ้านโป่งและโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ซึ่งทำหน้าที่ดูแลนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช ในปีการศึกษา 2563 จำนวน 28 คน เลือกแบบเจาะจงจากตัวแทนอาจารย์พี่เลี้ยงจากแต่ละหอผู้ป่วย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) ผ่านการอบรมศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล 2) มีประสบการณ์การสอนภาคปฏิบัติ อย่างน้อย 1 ปี และ 3) ยินดีให้ข้อมูลการวิจัย

2. ตัวแทนนักศึกษาพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำหัตถการผิดพลาด จำนวน 3 คน ซึ่งคัดเลือกแบบเจาะจง ทั้งนี้ นักศึกษาเต็มใจและยินดีให้ข้อมูลการวิจัย ไม่มีภาวะเครียด หรือทราบจากการมีประสบการณ์การทำหัตถการผิดพลาด

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เป็นแบบสอบถามกึ่งโครงสร้างสำหรับการสนทนากลุ่มสำหรับกลุ่มอาจารย์พยาบาลและอาจารย์พี่เลี้ยง และสำหรับนักศึกษาพยาบาล ในประเด็นคำถามครอบคลุมเรื่อง สาเหตุที่มีผลต่อความผิดพลาดในการทำหัตถการของนักศึกษา และแนวทางเพื่อป้องกันสิ่งที่อาจผิดพลาดในครั้งต่อไป

**การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย** แบบสอบถามกึ่งโครงสร้างที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน และนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ก่อนนำไปใช้ในการสนทนากลุ่ม

#### การรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยและคณะ นัดหมายวันและเวลาตามที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดของการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งประเด็นครอบคลุมตามข้อกำหนดของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ รวมทั้งการลงนามในแบบฟอร์มการแสดงความยินยอมการเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ

2. ดำเนินการสนทนากลุ่มตามวัน และเวลาที่ได้กลุ่มตัวอย่างได้นัดหมาย แยกกลุ่มสนทนากลุ่มออกเป็น 2 ครั้ง คือ กลุ่มอาจารย์พยาบาลและอาจารย์พี่เลี้ยง และกลุ่มนักศึกษาพยาบาล โดยใช้เวลาในการสนทนากลุ่มประมาณ 1 ชั่วโมง รวมทั้ง ขออนุญาตบันทึกเสียง จัดบันทึกข้อมูลเหตุการณ์และปฏิกิริยาของผู้ร่วมสนทนากลุ่ม โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา หรือไม่ตอบคำถามที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจได้

**การวิเคราะห์ข้อมูล** วิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) และสรุปข้อมูลเป็นภาพรวม

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

บทความการวิจัยนี้ เป็นส่วนหนึ่งในโครงการวิจัย เรื่องรูปแบบการพัฒนาความสามารถในการบริหารความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช ซึ่งผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช หมายเลข 98-2563 ลงวันที่ 19 ตุลาคม พ.ศ. 2563 โดยการเข้าร่วมการวิจัยนี้ เป็นไปตามความสมัครใจและสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ผลกระทบบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพ ข้อมูลการวิจัยถูกเก็บเป็นความลับและทำลายทิ้งภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษา จำนวน 120 คน โดยเป็นเพศหญิงถึง 116 คน คิดเป็นร้อยละ 96.67 นักศึกษาทุกคนมีอายุมากกว่า 20 ปี และร้อยละ 7.50 เคยมีประสบการณ์การรายงานอุบัติการณ์ การเกิดความผิดพลาดขณะฝึกภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วย โดยพบมากที่สุดในประเด็นเกี่ยวกับการบริหารยา จำนวน 3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 33.33 รองลงมาคือ การติดเชื้อ การรายงานและการสื่อสาร และการเลื่อนหลุดของสาย/ข้อต่อ จำนวน 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 22.22 และเมื่อเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างปรึกษาอาจารย์พยาบาลมากที่สุดจำนวน 114 คน ร้อยละ 95.00 รายละเอียด ดังตาราง 1

**ตาราง 1** จำนวน และร้อยละของการเกิดอุบัติเหตุการเกิดอุบัติเหตุการเกิดความผิดพลาดขณะฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช (n = 120)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ประสบการณ์การรายงานอุบัติเหตุ</b>		
เคย	9	7.50
ไม่เคย	111	92.50
<b>การรายงานอุบัติเหตุความเสี่ยง</b>		
ด้านการบริหารยา	3	33.33
ด้านการติดเชื้อ	2	22.22
ด้านรายงานและการสื่อสาร	2	22.22
ด้านการเคลื่อนหตุของสาย/ข้อต่อ	2	22.22
<b>บุคคลที่นักศึกษาขอรับการปรึกษาเมื่อเกิดเหตุการณ์ความเสี่ยง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>		
อาจารย์พยาบาล	114	95.00
อาจารย์พี่เลี้ยง	88	77.30

2. ความสามารถในการบริหารความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผลการวิจัยปรากฏ ดังนี้

2.1 นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การบริหารความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ( $M = 4.93, SD = .25$ ) ความตระหนักรู้ถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย ( $M = 4.95, SD = .21$ ) และความสามารถในการบริหารความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ( $M = 4.91, SD = .29$ ) โดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก และนักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีคะแนนเฉลี่ยในทุกตัวแปรสูงกว่าชั้นปีที่ 3 รายละเอียดดังตาราง 2

**ตาราง 2** ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) ของการรับรู้ ความตระหนักรู้และความสามารถในการบริหารความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช จำแนกตามชั้นปีและโดยรวม (n= 120)

ตัวแปร	ปี 3 (n = 60)		ปี 4 (n = 60)		รวม (n = 120)	
	$M$	$SD$	$M$	$SD$	$M$	$SD$
การรับรู้การบริหารความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย	4.73	.45	4.95	.22	4.93	.25
ความตระหนักรู้ถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย	4.87	.34	4.97	.18	4.95	.21
ความสามารถในการบริหารความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย	4.68	.47	4.93	.25	4.91	.29

2.2 การรับรู้การบริหารความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และความตระหนักรู้ของนักศึกษาพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความสามารถในการบริหารความเสี่ยงของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .77, 79, p < .01$  ตามลำดับ) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r$ ) ระหว่างการรับรู้ และความตระหนักรู้ กับความสามารถในการบริหารความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

ตัวแปร	$r$	ระดับ
การรับรู้การบริหารความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย	.77**	สูง
ความตระหนักรู้ถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย	.79**	สูง

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

2.3 การเปรียบเทียบความสามารถในการบริหารความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช ในที่ฝึกปฏิบัติงานหอผู้ป่วยระหว่างชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีความสามารถในการบริหารความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยมากกว่านักศึกษาชั้นปีที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 5.18, p = .00$ ) ดังตาราง 4

ตาราง 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการบริหารความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 และ 4 ที่ฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย

ชั้นปี	$n$	$M$	$SD$	$t$	$p$
4	60	4.93	.25	5.18	.00**
3	60	4.68	.47		

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

3. สาเหตุของการเกิดความเสี่ยงขณะขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาลและแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผลการศึกษาที่ได้จากการสนทนากลุ่มกับอาจารย์พยาบาล อาจารย์พี่เลี้ยง และนักศึกษา สามารถจำแนกออกเป็น 2 ประเด็น ดังนี้

3.1 สาเหตุของการเกิดความเสี่ยงขณะขึ้นฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช สามารถสรุปเป็นประเด็นย่อย ดังนี้

3.1.1 นักศึกษาขาดความพร้อมด้านการเตรียมองค์ความรู้ ดังตัวอย่างข้อมูลจากอาจารย์พยาบาลและพยาบาลพี่เลี้ยง “นักศึกษามีความรู้ไม่แน่น ถามอะไรก็ตอบไม่ได้” และ “บางครั้งบอกไม่ได้เรียน”

3.1.2 ขาดประสบการณ์และทักษะ รวมทั้งขาดความระมัดระวัง ไม่รอบครอบ ดังตัวอย่างข้อมูลจากนักศึกษา “ไม่เคยทำหัตถการแบบนี้มาก่อน ตอนเรียนอาจารย์สอน ก็มองไม่ค่อยเห็น”

3.1.3 นักศึกษายังไม่กล้าซักถามอาจารย์พยาบาลและอาจารย์พี่เลี้ยงกรณีไม่แน่ใจ กลัวถูกดุ ดังตัวอย่างข้อมูลจากนักศึกษา “หัตถการบางอย่างไม่เคยทำก่อนและความรู้ไม่แม่นยำเลยทำแบบไม่แน่ใจ แต่ไม่ยอมถามเพราะกลัวอาจารย์ บางทีตัดสินใจทำไปก่อนตามความคิดของตัวเองแล้วค่อยบอกเพราะอาจารย์ยุ่ง”

3.1.4 สภาพร่างกายไม่พร้อมหรืออดนอน ดังตัวอย่างข้อมูลจากอาจารย์พยาบาลและพยาบาลพี่เลี้ยง “นอกจากนักศึกษาความรู้ไม่แน่นแล้ว ไม่ค่อยรอบครอบด้วย ทำไอนั้นลืมนไอนี้ บางทีถามว่าทำไมเป็นอย่างนี้ นักศึกษบอกว่าไม่ได้นอน ทำงานดึก”

3.2 แนวทางเพื่อการป้องกันความเสี่ยงจากการฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย สำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช สามารถสรุปเป็นประเด็นย่อย ดังนี้

3.2.1 การเตรียมความพร้อมนักศึกษาก่อนการฝึกปฏิบัติ โดยการปฐมนิเทศให้ความรู้ และสร้างความตระหนักในสิ่งที่อาจเกิดความผิดพลาด ดังตัวอย่างข้อมูลจากพยาบาลพี่เลี้ยงแหล่งฝึก “วิทยาลัยควรให้ปฐมนิเทศนักศึกษามาก่อน บางเรื่องอาจต้องมาทำความเข้าใจกับโรงพยาบาลให้เป็นแนวเดียวกันเพื่อไม่ให้ให้นักศึกษาสับสน” และ “อาจเอาเหตุการณ์ความผิดพลาดมาวิเคราะห์รากเหง้าของปัญหา และหาแนวทางการป้องกันร่วมกับนักศึกษารวมทั้งเตรียมความพร้อมด้านการคำนวณยา การควบคุมการติดเชื้อซึ่งเป็นประเด็นที่เกิดความผิดพลาดมากและเทคนิคการทำหัตถการ การใช้อุปกรณ์เครื่องมือใหม่ๆ ”

3.2.2 จัดประสบการณ์ที่เหมาะสมและการกำกับติดตาม โดยพยาบาลพี่เลี้ยงแหล่งฝึกเสนอให้มีอาจารย์พยาบาล หรือ อาจารย์พี่เลี้ยงดูแลนักศึกษาติดตามดูแลนักศึกษาอย่างใกล้ชิด และประเมินความรู้ ทักษะ ความพร้อมรวมทั้งเสริมความมั่นใจให้กับนักศึกษาก่อนการทำหัตถการกับผู้ป่วย

3.2.3. เปิดโอกาสให้มีการสื่อสารแบบสองทาง (Two-way communication) เพื่อให้ให้นักศึกษาได้ซักถามประเด็นที่ไม่เข้าใจ หรือไม่แน่ใจ ดังตัวอย่างข้อมูลจากนักศึกษา “ไม่กล้าถามอาจารย์ เพราะกลัวอาจารย์ดุ”

## อภิปรายผล

นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช มีประสบการณ์การรายงานอุบัติการณ์ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 7.50 และส่วนใหญ่เป็นเรื่อง การบริหารยา จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.33 สอดคล้องกับผลการศึกษาระบบบริหารความเสี่ยงในการใช้ยาของกลุ่มเสี่ยงสูงของนักศึกษาพยาบาล (ประณีต จงพັນธิมิตร, 2561) โดยสาเหตุของการผิดพลาดเกิดจากการขาดความรู้ ขาดประสบการณ์ และทักษะ ซึ่งอาจมาจากการมีประสบการณ์น้อย ทำให้ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติ มีโอกาสในการเผชิญปัญหาที่ต้องการการตัดสินใจน้อยกว่าคนที่มีความรู้มาก ดังนั้น การจัดประสบการณ์ เพื่อฝึกทักษะที่เหมาะสมจะช่วยพัฒนานักศึกษาให้มี

ความสามารถและมีความมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น กล่าวตัดสินใจและแก้ปัญหาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของจงกลวรรณ มุสิกทอง และคณะ (2560) พบว่า ประสบการณ์การเรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้เกี่ยวกับการพัฒนาตนเองของนักศึกษา

นักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ ความตระหนักรู้ และความสามารถในการบริหารความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับมากที่สุด ( $M = 4.93, 4.95, 4.91$ ;  $SD = .25, .21, .29$  ตามลำดับ) ทั้งนี้ วิทยาลัยฯ สร้างการรับรู้และความตระหนักรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยการให้ความรู้แก่นักศึกษาเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้ป่วยในรายวิชาทางการพยาบาล และมีการจัดโครงการเตรียมความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติ รวมทั้งมีการเน้นย้ำ เรื่อง การบริหารความเสี่ยง และความปลอดภัยของผู้ป่วยแก่นักศึกษาเป็นระยะ นอกจากนี้ อาจารย์ที่เลี้ยงในแหล่งฝึกมีการปฐมนิเทศนักศึกษาก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล ในประเด็นเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาความรู้ การรับรู้และความตระหนักต่อการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้ป่วยในนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา พบว่า นักศึกษาพยาบาลมี ความรู้ การรับรู้ และ ความตระหนัก การจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับมาก ซึ่งเป็นผลมาจากการที่วิทยาลัยฯ จัดให้เรียนหัวข้อการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยของผู้ป่วย ในรายวิชาการพยาบาลก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติ โดยเชิญอาจารย์ที่เลี้ยงแหล่งฝึกมาให้ความรู้ในเรื่องดังกล่าวเช่นกัน (พร บุญมี และคณะ, 2561)

การรับรู้และความตระหนักรู้มีความสัมพันธ์ทางบวก กับความสามารถในการบริหารความเสี่ยงของนักศึกษาพยาบาลที่ฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย ( $r = .77, .79, p < .01$  ตามลำดับ) ทั้งนี้ การรับรู้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายหลังจากการมีสิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย กระตุ้นความรู้สึกรู้ของนักศึกษา และถูกตีความที่มีความหมายโดยใช้ความรู้ ประสบการณ์และความเข้าใจของนักศึกษา ขณะที่ความตระหนักรู้เป็นความสำนึกที่นักศึกษาพยาบาลเกิดจากความรู้สึกรู้หรือประสบการณ์ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ในประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วยและได้แสดงเป็นพฤติกรรมขณะปฏิบัติการพยาบาล (สุภิชญา ทองแก้ว และคณะ, 2561) อีกทั้ง การที่บุคคลที่รับรู้ได้แล้ว ทำให้บุคคลตระหนักรู้ในเรื่องนั้นๆ ด้วย ดังการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า พยาบาลที่มีความตระหนักรู้ในการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยมาก และมีพฤติกรรมการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยในแนวโน้มระดับมากเช่นกัน (ณัฐชยา วุฒิมาปรณ, 2557) และสอดคล้องกับการศึกษาของพร บุญมี และคณะ (2561) พบว่า ความรู้ การรับรู้และความตระหนักของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา มีความสัมพันธ์กับการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้ป่วย นอกจากนี้ ประสบการณ์การเรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้เกี่ยวกับการพัฒนาตนเองของนักศึกษา (จงกลวรรณ มุสิกทอง และคณะ, 2560)

ความสามารถในการบริหารความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาลที่ฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย ระหว่างชั้นปีที่ 3 และ 4 แตกต่างกัน ( $t = 5.18, p = .00$ ) อาจเนื่องจากนักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีประสบการณ์ ได้เรียนรู้การจัดการและการบริหารความเสี่ยงทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติมีการบ่มเพาะความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเสี่ยงความปลอดภัยของผู้ป่วยจากอาจารย์ และอาจารย์พี่เลี้ยง และมีระยะเวลาฝึกปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลยาวนานมากกว่านักศึกษาปีที่ 3 รวมทั้ง นักศึกษาเข้าไปมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงร่วมกับอาจารย์พี่เลี้ยงและทีมการพยาบาล ส่งผลให้มีการรับรู้ ความตระหนักรู้และความสามารถในการบริหารความเสี่ยงมากกว่า ผู้ที่มีประสบการณ์มากกว่าจะเป็นผู้ที่มีความชำนาญ และสามารถในการตัดสินใจ เลือกวิธีการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องรวดเร็วและเหมาะสม ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นได้ (จริญญา บุญรอดรักษ์, อารีรัตน์ ขำอยู่, และโสรัตน์ วงศ์สุทธิธรรม, 2562)

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

นำไปใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการจัดทำแนวปฏิบัติในการป้องกันความเสี่ยงจากการปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยแบบมีส่วนร่วมระหว่างนักศึกษา อาจารย์พยาบาล และอาจารย์พี่เลี้ยงแหล่งฝึก รวมทั้ง ควรจัดให้นักศึกษาได้เรียนรู้และเสริมสร้างความตระหนักในการบริหารความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ตั้งแต่ชั้นปีแรกที่เริ่มมีการฝึกภาคปฏิบัติทางการพยาบาล ทั้งในห้องเรียน และนอกห้องเรียนอย่างต่อเนื่อง

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ทั้งการเสริมสร้างความรู้และความตระหนักของนักศึกษาพยาบาล โดยการมีส่วนร่วมระหว่างสถาบันการศึกษากับแหล่งฝึกภาคปฏิบัติทางการพยาบาล

### เอกสารอ้างอิง

- จงกลวรรณ มุสิกทอง, วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, และจรินทิพย์ อุดมพันธ์รัก. (2560). ประสบการณ์การเรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วยอายุรศาสตร์กับการรับรู้เกี่ยวกับการพัฒนาตนเองของนักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 27(2), 181-197.
- จริญญา บุญรอดรักษ์, อารีรัตน์ ขำอยู่, และโสรัตน์ วงศ์สุทธิธรรม. (2562). ปัจจัยทำนายความสามารถด้านความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชลบุรี. *วารสารแพทยนาวิ*, 46(3), 552-565.

- ณัฐชยา วุฒิมาปกรณ์. (2557). พฤติกรรมการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในเครือข่ายโรงพยาบาลเกษมราษฎร์. *วารสารวิชาการ Veridian E-Journal ฉบับมนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ*, 7(1), 698-711.
- ธวัชชัย วรพงศธร, และสุรีย์พันธุ์ วรพงศธร. (2561). การคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับงานวิจัย โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G\*Power. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อม*, 41(2), 11-21.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2556). *วิธีการทางสถิติสำหรับการวิจัย เล่ม 1* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- ประณีต จงพັນธนิมิตร. (2561). การบริหารความเสี่ยงในการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูงของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 29(1), 208-218.
- พร บุญมี, สุทธิณี มหามิตรวงศ์แสน, และทิตติยา กาวิละ. (2561). ความรู้ การรับรู้และความตระหนักต่อการจัดการความเสี่ยง และความปลอดภัยของผู้ป่วยในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 11(3), 112-124.
- สมศักดิ์ โล่ห์เลขา. (2555). การป้องกันการฟ้องร้อง. ใน *หมอใหม่* (หน้า 7-8). นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา. สืบค้นจาก [http://www.tmc.or.th/news\\_file/detail\\_letter\\_doctor/doctor55\\_2.pdf](http://www.tmc.or.th/news_file/detail_letter_doctor/doctor55_2.pdf).
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2557). *รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปีงบประมาณ 2557*. สืบค้นจาก [https://www.nhso.go.th/frontend/page-about\\_result.aspx](https://www.nhso.go.th/frontend/page-about_result.aspx)
- สุภิญญา ทองแก้ว, ปราโมทย์ ทองสุข, และปรัชญานันท์ เทียงจรรยา. (2561). ความตระหนักต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพใหม่ในโรงพยาบาลทั่วไป. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 5(1), 62-73.
- Girdley, D., Johnsen, C., & Kwekkeboom, K. (2009). Facilitating a culture of safety and patient-centered care through use of a clinical assessment tool in undergraduate nursing education. *Journal of Nursing Education*, 48(12), 702-705.
- Hinkle, D. E, William, W., & Stephen G. J. (1998). *Applied statistics for the behavior sciences*. (4<sup>th</sup> ed.) New York: Houghton Mifflin.
- Southwick, F. S., Cranley, N. M., & Hallisy, J. A. (2015). A patient-initiated voluntary online survey of adverse medical events: The perspective of 696 injured patients and families. *BMJ Quality & Safety*, 24(10), 620-629.
- Vincent, C. (2010). *Patient safety* (2<sup>nd</sup> ed.). Chichester: Wiley Blackwell.
- Wilson, J., & Tingle, J. (1999). *Clinical risk modification: A route to clinical governance*. Oxford: Butterworth-Heinemann.

World Health Organization. (2009). *Conceptual framework for the international classification for patient safety: Final technical report January 2009*. Retrieved from [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/WHO\\_IER\\_PSP\\_2010.2\\_eng.pdf;jsessionid=FDD4485BDAC863029C66E483E7756D11?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010.2_eng.pdf;jsessionid=FDD4485BDAC863029C66E483E7756D11?sequence=1).

## กรณีศึกษา (Case study)

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมกับภาวะไตวายเรื้อรัง  
ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบฉุกเฉิน

Nursing Care for Acute Peritoneal Dialysis among Heart Failure  
with Chronic Kidney Disease Patients

บุปผาสวรรค์ อุดมพีชน<sup>1\*</sup>

Bupphasawan Udompuech<sup>1\*</sup>

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: noo\_ann11@yahoo.co.th, โทรศัพท์ 087-6691254)

(Received: September 10, 2020; Revised: October 20, 2020; Accepted: December 6, 2020)

### บทคัดย่อ

การล้างไตทางช่องท้องแบบฉุกเฉิน เป็นการบำบัดทดแทนไตที่เป็นทางเลือกที่สำคัญในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมกับภาวะไตวาย เนื่องจากเป็นวิธีที่ง่าย ไม่ซับซ้อน และค่าใช้จ่ายถูก ตลอดจนสามารถกำจัดน้ำและของเสียได้อย่างต่อเนื่องและเพียงพอ โดยการกำจัดน้ำ ของเสีย และเกลือแร่อย่างช้าๆ จึงไม่รบกวนสรีรวิทยาระบบไหลเวียนของผู้ป่วย นอกจากนี้ การล้างไตทางช่องท้องในระยะยาว ยังช่วยรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวที่รักษายากได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น และลดอัตราการนอนโรงพยาบาล จากกรณีศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีภาวะของเสียคั่งและน้ำเกิน ได้รับการรักษาด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้องแบบฉุกเฉินโดยเครื่องล้างไตทางช่องท้องแบบอัตโนมัติ ต่อเนื่อง 6 วัน ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นผ่านพ้นภาวะวิกฤต สามารถกลับไปล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่องที่บ้านได้

ผลการศึกษาพบว่า การใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการรักษาของแพทย์ เป็นสิ่งสำคัญในการดูแลรักษาพยาบาล ทั้งในระยะก่อนล้างไต ระยะล้างไต และระยะจำหน่าย การประเมินผู้ป่วยตาม 11 แบบแผนทางด้านสุขภาพของกอร์ดอน และการให้การพยาบาลแบบองค์รวม ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจนพ้นภาวะวิกฤต สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ ตลอดจนให้คำแนะนำในการล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่องที่บ้านได้โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และมีการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

**คำสำคัญ:** ภาวะหัวใจล้มเหลว, ภาวะไตวายเรื้อรัง, การล้างไตทางช่องท้อง

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช  
Registered nurse (Professional level), King Narai Hospital

## Abstract

Acute peritoneal dialysis is an alternative therapy for heart- failure patients with chronic kidney disease. Due to its ease, uncomplicatedness and inexpensive cost as well as continuous and effective removal of fluid and body waste products, this does not affect the cardiovascular system of the patients. In addition, a long-term acute peritoneal dialysis can alleviate the heart failure effectively, increasing the patients' quality of life and decreasing the rate of hospitalization. From the case study, it can be seen that the patients with uremia and overloading volumes of liquid who received 6-day automate peritoneal dialysis could recover well and could continue their acute peritoneal dialysis at home.

This study revealed that the nursing process collaborated with the doctor treatment is important in providing nursing care for pre-peritoneal dialysis, during peritoneal dialysis, and discharge period. Gordon's concept of 11-plans health patterns is used to evaluate and provide holistic care. This provides the patients with care until they pass the critical condition and live their normal life.

**Keywords:** Heart failure, Chronic kidney disease, Peritoneal dialysis

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ไตวายเรื้อรังเป็นภาวะที่ไตทำงานบกพร่อง เนื่องจากเนื้อไตถูกทำลายไปบางส่วน และไม่สามารถรักษาให้กลับมา มีสภาพเดิมได้ ทำให้เนื้อไตส่วนที่เหลือต้องทำหน้าที่ชดเชยการทำงานในส่วนที่สูญเสียไปมากขึ้น การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal dialysis) เป็นวิธีการบำบัดทดแทนไตซึ่งเป็นทางเลือกแรกที่เหมาะสม เพราะมีความยุ่งยากน้อย แต่มีความเป็นไปได้สูงสุดต่อการรักษาโรคไตวายเรื้อรัง (ศิริลักษณ์ ฤงทอง, 2561) สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ได้กำหนดข้อบ่งชี้ของการเริ่มทำการล้างไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เมื่อผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไตโดยประมาณ (Estimated Glomerular Filtration Rate: eGFR) น้อยกว่า หรือเท่ากับ 6 มิลลิลิตร/นาที่/1.73 ตารางเมตร และไม่พบสาเหตุที่ทำให้ไตเสื่อมชั่วคราว โดยอาจมี หรือไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรังก็ได้ หรือเมื่อผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไตโดยประมาณ มากกว่าหรือเท่ากับ 6 มิลลิลิตร/นาที่/1.73 ตารางเมตร ร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะน้ำและโซเดียมเกินจนเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว หรือความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้ ระดับโปแตสเซียม หรือฟอสเฟตในเลือดสูง เลือดเป็นกรด เยื่อหุ้มปอด หรือเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากภาวะยูรีเมีย เป็นต้น (เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์, 2556)

การล้างไตทางช่องท้องเป็นวิธีการรักษาที่ง่าย ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนน้ำยาได้เองที่บ้าน มีค่าใช้จ่ายรวมต่ำกว่าการรักษาด้วยวิธีฟอกเลือด ไม่ต้องใช้อุปกรณ์ เครื่องมือราคาแพงมาก และสามารถดำเนินการรักษาออกโรงพยาบาลได้ แต่การล้างไตทางช่องท้อง มีภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย คือการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง ซึ่งเป็นสาเหตุการตาย ถึงร้อยละ 7-10 ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน และมีผลทำให้ประสิทธิภาพการล้างไต

ทางช่องท้องแบบต่อเนื่องลดลง จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบ่อยครั้ง และเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น (เกลิงส์ค็อกกี กาญจนบุษย์, 2556)

พยาบาลซึ่งเป็นหนึ่งในทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตของชีวิต ที่ต้องมีทั้งความรู้ ทักษะและความชำนาญในการประเมินผู้ป่วยได้ถูกต้องและรวดเร็ว นำไปสู่การวินิจฉัยปัญหา การวางแผน และการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้อง สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ จากการศึกษาของ Corciulo and Corciulo (2017) พบว่า ภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์กับภาวะไตวายเรื้อรัง และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต และการนอนโรงพยาบาล หากมีภาวะไตวายเรื้อรังในระดับรุนแรง จะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้การพยากรณ์โรคที่ไม่ดี การล้างไตทางช่องท้องที่มีประสิทธิภาพจะช่วยรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวที่รักษายากและช่วยลดระดับความรุนแรงของโรค ดังนั้น การล้างไตทางช่องท้อง จึงเป็นทางเลือกที่ดีในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และมีภาวะไตวายเรื้อรังร่วม (ประเสริฐ ธนกิจจารุ, 2555)

จากรายงานข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ในปี 2561-2563 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และมีภาวะไตวายเรื้อรังร่วมด้วย จำนวน 111, 114, และ 119 ตามลำดับ มีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 8, 6, 4 ราย ตามลำดับ และมีผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบฉุกเฉินจำนวน 5, 6, และ 6 ราย ตามลำดับ (กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์, 2563) โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต และมีสาเหตุการตายจากภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจ และภาวะยูรีเมีย ผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษาค้นคว้าเอกสารทางวิชาการและจัดทำเป็นรายงานกรณีศึกษา เพื่อให้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และมีภาวะไตวายเรื้อรัง ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบฉุกเฉิน เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะนำไปสู่การเสียชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงการเตรียมตัวระยะจำหน่ายที่ผู้ป่วยต้องได้รับการล้างไตต่อเนื่องที่บ้าน รวมถึงการเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแล เพื่อให้มีความรู้อย่างถูกต้องเหมาะสม ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไตทางช่องท้อง และลดการกลับเป็นซ้ำของภาวะหัวใจล้มเหลว

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาและประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมกับภาวะไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบฉุกเฉิน

## วิธีดำเนินการศึกษา

1. เลือกกรณีศึกษาการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมกับภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนต้องใช้ความรู้ ความสามารถในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามมาตรฐานอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ดำเนินการขออนุญาตผู้ป่วยและญาติอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูล การเจ็บป่วย โดยการซักประวัติ และการตรวจร่างกาย ตลอดจนข้อมูลการรักษาของแพทย์และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และเผยแพร่ข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

3. รวบรวมข้อมูลรายละเอียดประวัติของผู้ป่วยและญาติ ซักถามเพิ่มเติมและเฝ้าติดตามอาการผู้ป่วย เพื่อประเมินอาการและให้การพยาบาลเป็นระยะๆ ตลอดจนรวบรวมข้อมูลตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ได้แก่ การรับรู้และการดูแลสุขภาพ โภชนาการและการเผาผลาญ สารอาหาร การขับถ่าย กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ สติปัญญาและการรับรู้ การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์ บทบาทและสัมพันธภาพ เพศและการเจริญพันธุ์ การปรับตัว การเผชิญกับความเครียดและความเชื่อ (พรศิริ พันธสี, 2558)

4. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารทางวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กายวิภาคและสรีรวิทยาของหัวใจและไต สาเหตุการเกิดโรค อาการ อาการแสดง การวินิจฉัย การรักษา และการล้างไตทางช่องท้อง รวมทั้ง การพยาบาลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง

5. ปรึกษาแพทย์เฉพาะทางที่ให้การดูแลรักษา วิเคราะห์ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์

6. ให้การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลทางการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และจัดทำเป็นรายงานกรณีศึกษา เพื่อนำมาพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

7. นำเอกสารให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของผลงาน ตรวจทาน แก้ไข และจัดพิมพ์เป็นรูปเล่มเผยแพร่

## ผลการศึกษา

### 1. การประเมินภาวะสุขภาพ

#### 1.1 ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย

ชายไทย อายุ 56 ปี ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง (วันที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2563) ด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมกับภาวะไตวายเรื้อรัง มีภาวะช็อคจากภาวะหัวใจล้มเหลว มีของเสียดังและน้ำเกินในร่างกาย เพื่อทำการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยวิธีการบำบัดทดแทนไต

#### ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

ประมาณ 8 ปีที่ผ่านมา เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ และได้รับการผ่าตัดสวนหัวใจ 2 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2555 และ 2558 หลังผ่าตัดครั้งที่ 2 เกิดภาวะไตวาย และมารับการรักษาที่คลินิกโรคไต โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ผู้ป่วยมารับการรักษาที่คลินิกโรคไตโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยพร้อมการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร เนื่องจากซื้ออาหารรับประทาน

เป็นส่วนใหญ่ ตลอดจนไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำ เช่น รับประทานอาหารรสจัด รสหวาน เวลารับประทาน อาหารเติมน้ำปลาเพิ่ม ต้มกาแฟเป็นประจำ รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และไม่ออกกำลังกาย เป็นต้น

2 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเหนื่อย นอนราบไม่ได้ต้องนั่งหลับ แต่ไม่ยอมมาโรงพยาบาล ต้องการให้ออกซิเจนเองที่บ้าน จนกระทั่งมีอาการเหนื่อยมาก ญาติจึงพามา โรงพยาบาล

**ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต:** ผ่าตัดใส่สายสวนหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) 2 ครั้ง ที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อร้ายแรง หรือโรคทางพันธุกรรม

**ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว:** สมรสแล้ว มีบุตร 2 คน ทุกคนในครอบครัวมีสุขภาพโดยทั่วไปดี ปฏิเสธการแพ้ยา อาหารหรือสารเคมี

**แบบแผนพฤติกรรมสุขภาพ** การประเมินภาวะสุขภาพตามแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน รายละเอียด ดังนี้

- การรับรู้และการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยทราบเข้าใจและยอมรับสภาพของตนเองที่เป็นโรคหัวใจล้มเหลวและโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จำเป็นต้องล้างไตทางช่องท้อง มีความคาดหวังว่าจะรักษาให้อาการทุเลา สามารถดำรงชีวิตและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

- อาหารและการเผาผลาญอาหาร ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยน้ำหนัก 72 กิโลกรัม ส่วนสูง 178 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย 22.72 กิโลกรัม/ตารางเมตร ช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีน้ำหนักขึ้นเรื่อยๆ ขณะมารับการรักษาที่โรงพยาบาลน้ำหนัก 79 กิโลกรัม สุขนิสัยการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่ตรงตามเวลา ซึ่อาหารรับประทานเป็นส่วนใหญ่ ชอบรับประทานอาหารรสจัด และรสหวาน ชอบรับประทานผักดิบ ต้มน้ำวันละ 3-5 แก้วต่อวัน

- การขับถ่าย ผู้ป่วยไม่มีปัญหาเรื่องการขับถ่าย ถ่ายอุจจาระทุกวันๆ ละ 1 ครั้งตอนเช้า ปัสสาวะออกน้อย โดยปัสสาวะวันละ 2-3 ครั้ง สีเหลืองเข้ม

- กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย เดิมผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ออกกำลังกายนานๆ ครั้ง ภายหลังเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจ ผู้ป่วยทำกิจกรรมได้น้อยลงมาก ไม่มีอาการเหนื่อยขณะพัก แต่มีอาการเหนื่อยแม้ว่ามีการทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย นอนราบไม่ได้ เหนื่อยง่ายต้องให้ออกซิเจนที่บ้านเป็นประจำ

- การพักผ่อนนอนหลับ ปกติไม่มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ กลางวันจะนอนพักผ่อน ประมาณ 1/2-1 ชั่วโมง กลางคืนนอนหลับวันละ 6-7 ชั่วโมงตื่นประมาณ 06.00 น. ผู้ป่วยชอบดูรายการกีฬาจากโทรทัศน์ เพื่อผ่อนคลายความเครียดร่วมกับครอบครัวในตอนเย็น

- สติปัญญาและการรับรู้ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พุดคุยรู้เรื่อง ความจำปกติ มีการหลงลืมบ้างเป็นบางครั้ง การรับรู้ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสทุกส่วน ได้แก่ การมองเห็นชัดเจน การได้ยินชัดเจนดี การรับความรู้สึกทางด้านผิวหนังทั่วไปปกติ

- การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ ผู้ป่วยเคยเป็นผู้นำครอบครัวทำงานหาเลี้ยงครอบครัวเป็นหลัก พอเจ็บป่วยทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือทำงานได้ตามปกติเนื่องจากเหนื่อยง่าย ความทนในการทำกิจกรรมลดลง ต้องอาศัยภรรยาและบุตรช่วยดูแลและทำงานแทน มีความวิตกกังวลเรื่องการเจ็บป่วยเพราะรู้สึกว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้รุนแรง ต้องล้างไต กลัวเป็นภาวะครอบครัว แต่อยากมีชีวิตอยู่ต่อ มีความคาดหวังว่าเมื่อได้รับการรักษาอาการจะดีขึ้น สามารถกลับไปอยู่บ้านได้

- บทบาทและสัมพันธภาพภายในครอบครัว ผู้ป่วยเป็นผู้นำครอบครัว ภายหลังเจ็บป่วย ผู้ป่วยมีปัญหาเหนื่อยง่าย จึงไม่ได้ทำงาน มีภรรยาและบุตรคอยดูแล สัมพันธภาพในครอบครัวรักใคร่กันดี สมาชิกในครอบครัวเข้าใจถึงความเจ็บป่วยและต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษา พร้อมทั้งจะดูแลผู้ป่วย ถ้าต้องกลับไปล้างไตที่บ้าน

- เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ ไม่พบปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์

- การปรับตัวและการเผชิญหน้ากับความเครียด เวลาเครียดหรือมีความวิตกกังวลผู้ป่วยจะแก้ปัญหาด้วยตนเองก่อน ถ้าไม่สามารถแก้ไขปัญหาก็จะปรึกษาภรรยาและบุตร สมาชิกในครอบครัวให้ผู้ป่วยเป็นผู้นำในการตัดสินใจเวลาแก้ไขปัญหา การเจ็บป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล และมีภาวะเครียด ครอบครัวให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด สนับสนุนกำลังใจให้ผู้ป่วยในการเผชิญความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ

- คุณค่าและความเชื่อ ผู้ป่วยและครอบครัวนับถือศาสนาพุทธ เข้าวัดทำบุญตามเทศกาลสำคัญ เช่น ปีใหม่ วันเข้าพรรษา เชื่อว่าการเจ็บป่วยต้องรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน

**การตรวจร่างกาย การตรวจพิเศษและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ:** ผู้ป่วยเข้ารับไว้ในการดูแลเมื่อวันที่ 14 เมษายน พ.ศ.2563 แรกรับผู้ป่วยพูดคุ้ยรู้เรื่อง เหนื่อยเล็กน้อย ได้รับออกซิเจนผ่านทางจมูก (O<sub>2</sub> cannula) จำนวน 5 ลิตร/นาที มีอาการไอ นอนราบไม่ได้ บวมรอบดวงตา หน้า ขาบวมกดบวม 2+

สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที และความดันโลหิต 90/50 มิลลิเมตรปรอท

ตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อน (Echocardiogram) พบความบกพร่องของการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายในระดับรุนแรง (Severe impaired left ventricle systolic function and left ventricle ejection fraction: LVEF) 14% ผู้ป่วยกำลังกล้ามเนื้อแขนขาปกติ เหนื่อยมากขึ้นเวลาทำกิจกรรม ฟังปอดมีเสียงกรอบแกรบ (Crepitation sound) ที่ปอดกลีบล่างทั้ง 2 ข้าง ผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest x-ray) พบภาวะหัวใจโต (Cardiomegaly) แต่มีผลการตรวจร่างกายในระบบอื่นๆ ปกติ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบค่าการทำงานของไตสูงขึ้น โดยมีปริมาณยูเรีย (Blood Urea Nitrogen: BUN) และค่าครีเอตินิน (Creatinine) ในเลือดสูงขึ้น (BUN = 99 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และ Creatinine = 5.13 มิลลิกรัม/เดซิลิตร) อัตราการกรองของไตลดลงและอยู่ในภาวะไตวายระยะสุดท้าย การแข็งตัวของเลือด (Coagulation test) มีความผิดปกติเล็กน้อย ผลอิเล็กโทรไลต์ (Electrolyte) มีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย และผลการตรวจระบบภูมิคุ้มกัน (Immunology) ตรวจไม่พบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี รายละเอียด ดังตาราง

## ตาราง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตลอดระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแล

รายการ	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ				
		13 เม.ย.63	14 เม.ย.63	17 เม.ย.63	22 เม.ย.63	27 เม.ย.63
<b>การตรวจค่าความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count: CBC)</b>						
Hb	12-18 g/dl	16.6	-	-	15.4	-
Hct	36-54%	52.9	-	-	50.1	-
Platelet	140-450x10 <sup>3</sup> /ul	202x10 <sup>3</sup>	-	-	227x10 <sup>3</sup>	-
<b>การตรวจการแข็งตัวของเลือด (Coagulation test)</b>						
PT	10.6-13.0 วินาที	-	16.1	-	-	-
INR		-	1.43	-	-	-
PTT	22.1-28.9 วินาที	-	27.8	-	-	-
<b>การตรวจการทำงานของไตและอิเล็กโทรไลต์ (Renal function test &amp; Electrolyte)</b>						
BUN	5.0-23.0 mg/dl	99	-	68	55	45
Creatinine	0.67-1.17 mg/dl	5.13	-	4.12	3.92	4.36
eGFR		12.1	-	15.8	16.8	14.7
Sodium	135-145 mmol/L	139	-	135	129	133
Potassium	3.5-5 mmol/L	4.01	-	3.5	4.32	4.14
Chloride	98-108 mmol/L	100	-	96	102	96
CO <sub>2</sub>	22-30 mmol/L	19.2	-	21.8	16.3	20.5
Calcium	8.1-10.4 mg/dl	-	-	8.4	-	8.6
Phosphorus	4-7 mg/dl	-	-	4	-	5
<b>การส่งตรวจระบบภูมิคุ้มกัน (Immunology)</b>						
HBs-Ag	Negative	-	Negative	-	-	-
Anti-HBs	Negative	-	Negative	-	-	-
Anti-HBc	Negative	-	Negative	-	-	-
Anti HCV	Negative	-	Negative	-	-	-

## สรุปอาการและการรักษาที่ได้รับ

- วันที่ 9 เมษายน พ.ศ.2563 ส่งต่อมาด้วยหายใจเหนื่อย ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (O<sub>2</sub> saturation) 88% ใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal tube: ET-tube) แรกวันที่ตีกายุรกรรมชาย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ต่อเครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมด้วยความดัน (Bird's respirator) หลังรับไว้ 24 ชั่วโมง อาการเหนื่อยทุเลาลง สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ และถอดท่อช่วยหายใจได้ หลังถอดท่อช่วยหายใจผู้ป่วยยังมีปัญหาเหนื่อยง่าย ขาบวมขึ้น ปัสสาวะลดลง ให้ออกซิเจนทางจมูก 5 ลิตร/นาที ส่งตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนพบความบกพร่องระดับ

รุนแรงของการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้าย ผลทางห้องปฏิบัติการพบการทำงานของไตลดลง (BUN และ Creatinine ในเลือดสูงขึ้น) จึงส่งปรึกษาอายุรแพทย์โรคไต

- วันที่ 14 เมษายน พ.ศ.2563 อายุรแพทย์โรคไตตรวจเยี่ยมอาการและเตรียมการล้างไตทางช่องท้อง โดยส่งให้คำปรึกษาเรื่องการล้างไตทางช่องท้องฉุกเฉิน ตรวจระบบภูมิคุ้มกัน และเตรียมทำหัตถการวางสายล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal catheter) ผู้ป่วยมีอาการบวม 2+ (หมายถึง กดบวมที่หน้าแข้ง 4 มิลลิเมตร สังเกตได้ยากและหายไป 15 วินาที) มีอาการเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ให้ออกซิเจนทางจมูก 5 ลิตร/นาที่ พยาบาลประเมินผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดวางสายล้างไตทางช่องท้อง พบผู้ป่วยมีอาการบวม เหนื่อย นอนราบไม่ได้ ฟังปอดมีกรอบแกรบ ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงพบว่าอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัดวางสาย เช่น เหนื่อยมากขึ้น ค่าความอืดตัวของออกซิเจนในเลือดลดลง อาจต้องใส่ท่อช่วยหายใจใหม่ขณะวางสายล้างไต และมีภาวะเลือดออกง่ายจากค่าความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด รายงานแพทย์ให้การรักษาโดยให้ยาขับปัสสาวะ (Lasix 500 มิลลิกรัม หยอดทางหลอดเลือดดำใน 12 ชั่วโมง) และยาที่ช่วยในการรักษาผู้ป่วยที่มีเลือดออกไม่รุนแรง (Desmopressin: DDAVP 0.02 มิลลิกรัม หยอดทางหลอดเลือดดำใน 20 นาที)

- วันที่ 15 เมษายน พ.ศ.2563 พยาบาลตรวจเยี่ยมประเมินก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยทุเลาเหนื่อยลง นอนราบได้ ให้ออกซิเจนทางจมูก 5 ลิตร/นาที่ สัญญาณชีพปกติ ส่งผู้ป่วยทำหัตถการวางสายล้างไตทางช่องท้อง หลังได้รับการวางสายฯ ทดสอบการไหลของน้ำยาไหลเข้า-ออกดี สีน้ยาล้างไตใสดี ไม่รั่วซึม ส่งเอกซเรย์ดูตำแหน่งสายล้างไตในช่องท้องพบสายอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม หลังผ่าตัดพยาบาลตรวจเยี่ยมที่หอผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยเหนื่อยขึ้น กระสับกระส่าย ปัสสาวะออกน้อย แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ปรึกษาแพทย์ แพทย์มาตรวจเยี่ยมให้ทำล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (Continuous cyclic peritoneal dialysis: CCPD หรือ Automate peritoneal dialysis: APD) โดยเป็นการล้างไตทางช่องท้องแบบฉุกเฉิน (Acute peritoneal dialysis) โดยใช้ปริมาณน้ำยาเข้าช่องท้องในปริมาณน้อยและระยะเวลาสั้น (Low volume, Short dwell time)

วันที่ 16-21 เมษายน พ.ศ.2563 พยาบาลดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการล้างไตแบบฉุกเฉิน โดยใช้เครื่องล้างไตอัตโนมัติ ให้ปริมาณน้ำยาเข้าช่องท้องในปริมาณน้อยและระยะเวลาสั้น ให้ออกซิเจนทางจมูก 5 ลิตร/นาที่ เผื่อระวังสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด สังเกตการรั่วซึมของน้ำยาล้างไตจากแผลช่องทางออกสาย (Exit site) ความสมดุลของน้ำยาเข้าออกในแต่ละรอบ อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย วางแผนสอนปฏิบัติการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่บ้าน (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) ขณะรอเรียนล้างไตทางช่องท้อง ผู้ป่วยไม่สามารถมาเรียนได้ เนื่องจากยังมีปัญหาความดันโลหิตต่ำตลอด ท้องเสีย เหนื่อยง่าย ปรึกษาแพทย์งดยาความดัน จำกัดปริมาณน้ำดื่ม 750 มิลลิลิตร/วัน ผู้ป่วยยังมีปัญหาความดันโลหิตต่ำ จึงทำการล้างไตด้วยเครื่องอัตโนมัติต่อเนื่องรออาการดีขึ้น กำไรน้ำยาสุทธิ 800-1,200 มิลลิลิตร/วัน ปัสสาวะสุทธิ 200-400 มิลลิลิตร/วัน รวมระยะเวลาในการทำการล้างไตด้วยเครื่องอัตโนมัติ 6 วัน

วันที่ 22-25 เมษายน พ.ศ.2563 ผู้ป่วยมีอาการฟื้นจากภาวะวิกฤต ให้ออกซิเจนบางครั้ง เวลารู้สึกเหนื่อย หยุดท้องเสีย ยุบววมลง ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ พยาบาลเตรียมผู้ป่วยและญาติ ก่อนจำหน่ายโดยสอนปฏิบัติการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่บ้าน ฝึกปฏิบัติขั้นตอนการเปลี่ยนถ่าย น้ำยา การทำแผลช่องทางออกสาย การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดย ทีมสหสาขาวิชาชีพ เตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน สถานที่เปลี่ยนถ่ายน้ำยา สถานที่เก็บน้ำยา การกำจัด และทิ้งถุงน้ำยาที่ใช้แล้ว เยี่ยมบ้านผู้ป่วยก่อน-หลังจำหน่าย ประสานงานเครือข่ายให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การมาตรวจตามนัดและติดตามผลการรักษา และให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมงกรณีเกิด ปัญหาจากการล้างไตทางช่องท้อง ประเมินผลการเรียนผ่านให้เริ่มล้างไตด้วย 1.5% Dextrose 2,000 มิลลิลิตร จำนวน 4 รอบ/วัน พบว่ากำรน้ำยาสุทธิ 1,800-2,000 มิลลิลิตร/วัน ผู้ป่วยบ่นแน่นท้อง เหนื่อย หายใจไม่สะดวก ความดันโลหิตต่ำ รายงานแพทย์เพื่อปรับลดน้ำยาเนื่องจากผู้ป่วยรายนี้มีปัญหาโรคหัวใจ จากพยาธิสภาพของโรคร่วมกับปริมาณกำรน้ำยาที่มากทำให้ผู้ป่วยเหนื่อยแน่นมากขึ้นหลังปรับลดน้ำยา เหลือ 1.5% Dextrose 1,500 มิลลิลิตร จำนวน 4 รอบ/วัน ผู้ป่วยดีขึ้น กำรน้ำยาสุทธิ 1,200-1,500 มิลลิลิตร/วัน ปัสสาวะสุทธิ 300-400 มิลลิลิตร/วัน สัญญาณชีพปกติ แพทย์จำหน่ายกลับบ้านนัด 2 สัปดาห์ เพื่อมาติดตามผลการรักษา ให้ทำน้ำยา 1.5% Dextrose 1,500 มิลลิลิตร จำนวน 4 รอบ/วัน

วันที่ 13 พฤษภาคม พ.ศ.2563 ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดโดยรณอน ยังเหนื่อยง่าย ต้องให้ออกซิเจนที่บ้านเป็นช่วงๆ ยุบววมลง กำรน้ำยาสุทธิ 1,500-2,000 มิลลิลิตร/วัน ปัสสาวะสุทธิ 300-400 มิลลิลิตร/วัน ปรึกษาแพทย์ ปรับลดการทำน้ำยาเหลือ 1.5% Dextrose 1,500 มิลลิลิตร จำนวน 3 รอบ/วัน นัดติดตามผลการรักษาอีก 2 สัปดาห์ ติดตามผลการรักษา ผู้ป่วยไม่บวมขึ้น ทุเลาเหนื่อยลง มารถนั่งได้ ลูกเดินระยะใกล้ๆ ได้ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้มากขึ้น

## 2. การประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ

การประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ จำแนกออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนล้างไต ระยะล้างไตทางช่องท้อง และระยะจำหน่าย (อรวรรณ ชันสำรี และสุชาดา รัชชกุล, 2553) มีรายละเอียด ดังนี้

**2.1 ระยะก่อนล้างไต** ประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนการล้างไต เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว พร้อมเผชิญปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการล้างไต พยาบาลมีบทบาทในการดูแล ให้การพยาบาล และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เพื่อผู้ป่วยปลอดภัยภาวะวิกฤตและการรักษาเป็นไปตามเป้าหมายตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย ดังนี้

2.1.1 การแลกเปลี่ยนก๊าซชบกพร่อง เนื่องจากการบีบตัวของหัวใจผิดปกติทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบไหลเวียนเลือดในปอด

ข้อมูลสนับสนุน:

- ผู้ป่วยหายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 28-30 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของ ออกซิเจนในเลือด 92-94%

- ผู้ป่วยทำกิจกรรมได้น้อยลงมาก ไม่มีอาการขณะพัก แต่แสดงอาการเมื่อทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย ประเมินความรุนแรงของระดับโรคหัวใจได้ระดับ 3 คือ ระดับปานกลาง (Functional Class ของ Heart ได้ Class III = moderate)

- นอนราบไม่ได้ ไอบ่อย ฟังปอดมีเสียงกรอบกรอบที่กลีบปอดด้านล่าง

- ผลตรวจทางรังสีการแพทย์พบหัวใจโต (Cardiomegaly)

วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้น ได้รับออกซิเจนเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล: หายใจได้เองที่เป็นปกติ ทั้งอัตรา ความลึก และจังหวะ เสียงหายใจปกติ ไม่มีเสียงแทรก ไม่มีอาการเขียวคล้ำ ไม่มีอาการหายใจลำบากขณะพักผ่อน ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95-100%

กิจกรรมพยาบาล:

1) ประเมินการหายใจ บันทึกอัตราการหายใจ ลักษณะการหายใจ ว่ามีอาการหายใจหอบเหนื่อยหรือลักษณะการหายใจ ที่ผิดปกติ เช่น การใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ อาการหายใจลำบาก อาการหายใจไม่สะดวกขณะนอนราบ ถ้ามีอาการผิดปกติจะได้ให้การช่วยเหลือและรายงานแพทย์ได้ทันท่วงที

2) ดูแลให้ออกซิเจน วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด เพื่อประเมินภาวะพร่องออกซิเจน เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่าย ประเมินสีผิว ค้นหาอาการเขียวคล้ำ ซีด (ประเสริฐ ธนกิจจารุ, 2555)

3) จัดให้ออนสิริระสูง เพื่อให้กระบังลมหย่อนตัว เพิ่มพื้นที่ปอดในการรับออกซิเจน และสังเกตอาการหายใจลำบากเมื่อนอนราบ

4) ให้อาบน้ำตามแผนการรักษา เพื่อขับน้ำและเกลือแร่ส่วนเกิน สังเกตอาการข้างเคียงหลังได้รับยา เช่น อ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง ไปแต่สซึมในเลือดต่ำ

5) เตรียมความพร้อมของอุปกรณ์การช่วยชีวิตกรณีมีข้อบ่งชี้ คือ ระดับความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่าย มีเขียวคล้ำปลายมือปลายเท้า ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดต่ำ สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง

การประเมินผล: ผู้ป่วยหายใจได้เอง ให้ออกซิเจนทางจมูก 5 ลิตร/นาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที เสียงหายใจปกติ ไม่มีเสียงแทรก ไม่มีอาการเขียวคล้ำ ไม่มีอาการหายใจลำบากขณะพักผ่อน ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดต่ำ 96-98%

2.1.2 มีภาวะของเสียคั่งและน้ำเกินเนื่องจากการกรองของไตลดลง

ข้อมูลสนับสนุน:

- BUN 99 มิลลิกรัม/เดซิลิตร, Creatinine 5.13 มิลลิกรัม/เดซิลิตร อัตราการกรองของไต 12.1 ซีซี/นาที/ 1.73 ตารางเมตร

- ปัสสาวะออกน้อยลง ใส่สายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะออก 100 มิลลิลิตร ใน 8 ชั่วโมง บวมหน้าแข้ง 2+ น้ำหนัก 79 กิโลกรัม (จากเดิม 72 กิโลกรัม)

- ผู้ป่วยรู้สึกตัว กระสับกระส่าย เหนื่อย นอนราบไม่ได้ สับสนบางครั้ง บ่นคันตามตัว รับประทานอาหารได้น้อย คลื่นไส้อาเจียน ผลทางห้องปฏิบัติการพบ ค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดต่ำ โซเดียมในเลือดสูงเล็กน้อย

วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยได้รับการล้างไตทางช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติอย่างมีประสิทธิภาพ

เกณฑ์การประเมินผล: ปริมาณสารน้ำเข้าและออกสมดุล อาการบวมลดลง น้ำหนักตัวลดลง สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ค่าอิเล็กโทรไลต์อยู่ในเกณฑ์ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล:

1) ประเมินสภาพผู้ป่วย โดยสังเกตอาการเหนื่อยหอบ ระดับความรู้สึกตัว อาการกระสับกระส่าย โดยวัดสัญญาณชีพทุก 30 นาทีในช่วงแรก และทุก 1-2 ชั่วโมง จนสัญญาณชีพคงที่เป็นทุก 4 ชั่วโมง (ประเสริฐ ธนกิจจารุ, 2555)

2) ดูแลให้ได้รับการล้างไตด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติตามแผนการรักษา เพื่อให้ร่างกายขับน้ำส่วนเกินและของเสียออกจากร่างกายได้ตามเป้าหมาย ทำให้การรักษาได้ผลและมีประสิทธิภาพ ลดอาการเหนื่อยหอบและภาวะของเสียคั่ง บันทึกการเข้าออกของน้ำยาจากเครื่องล้างไตอัตโนมัติ ทูรอบ ประเมินความสมดุลของน้ำยาเข้า-ออกในแต่ละวัน

3) บันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง สังเกตการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ

4) จำกัดน้ำ 800 มิลลิลิตร/วัน อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสำคัญของการจำกัดโซเดียม และการจำกัดน้ำที่มีผลต่อการรักษา

5) ให้ยาขับปัสสาวะตามแผนการรักษา เพื่อขับน้ำและเกลือแร่ส่วนเกินออกจากร่างกาย สังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น อ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง ระดับโปแตสเซียมในเลือดต่ำ

6) ประเมินอาการบวมบริเวณต่างๆ ทุกเวร ชั่งน้ำหนักเมื่อแรกรับและทุกวัน ด้วยเครื่องชั่งเดิม ในตอนเช้าหลังตื่นนอนทุกวัน

การประเมินผล: ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ นอนราบได้ พุดคุยรู้เรื่อง ไม่กระสับกระส่าย ความดันโลหิตตัวบนหรือซิสโตลิก 90-110 มิลลิเมตรปรอท และความดันตัวล่างหรือไดแอสโตลิก 60-80 มิลลิเมตรปรอท อาการบวมลดลง น้ำหนักลดลงเหลือ 75 กิโลกรัม กำไรน้ำยาสุทธิ 800-1,200 มิลลิลิตร/วัน ปัสสาวะสุทธิ 200-400 มิลลิลิตร/วัน ค่าอิเล็กโทรไลต์ปกติ

2.1.3 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการล้างไต เนื่องจากขาดความรู้

ข้อมูลสนับสนุน:

- ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าแสดงความวิตกกังวล และบอกว่า “กลัวการผ่าตัด กลัวการล้างไต” สอบถามถึงอาการของโรค การผ่าตัด และค่าใช้จ่ายในการรักษา

- ผู้ป่วยและญาติสอบถามเกี่ยวกับวิธีการผ่าตัด และการดูแลตนเองหลังผ่าตัด การล้างไต ว่าต้องปฏิบัติตนอย่างไร

### วัตถุประสงค์:

- ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล
- ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตนก่อน-หลังผ่าตัด

วางสาย และการล้างไตทางช่องท้อง

เกณฑ์การประเมิน: ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น บอกกังวลลดลง เข้าใจแผนการรักษาของแพทย์ สามารถอธิบายถึงโรคและการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง ยอมรับการผ่าตัด และให้ความร่วมมือในแผนการรักษา

### กิจกรรมการพยาบาล:

1) สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย โดยการใช้คำพูดสุภาพ อ่อนโยน แนะนำตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ

2) ประเมินระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยและญาติโดยการสอบถามด้วยคำถามปลายเปิดและสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยขณะตอบคำถาม พูดคุยปลอบโยนให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยคลายความกังวลใจ และยอมรับพร้อมให้ความร่วมมือในการวางแผนการรักษา ประเมินความสามารถในการตัดสินใจ

3) ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับโรค สาเหตุ การรักษา ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัด การปฏิบัติตนก่อน-หลังผ่าตัด การป้องกันและสังเกตภาวะแทรกซ้อนภายหลังภาพลักษณะที่เปลี่ยนไปหลังผ่าตัด การเบิกค่าใช้จ่ายตามสิทธิพื้นฐานของผู้ป่วย และการล้างไตทางช่องท้อง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม เพื่อให้เกิดความเข้าใจและมั่นใจยิ่งขึ้น

4) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา

การประเมินผล: ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น บอกกังวลลดลง เข้าใจแผนการรักษาของแพทย์ สามารถอธิบายถึงโรคและการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง ยอมรับการผ่าตัด และให้ความร่วมมือในแผนการรักษา

**2.2 ระยะเวลาล้างไตทางช่องท้อง** พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยภายหลังวางสาย การสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการล้างไตตามแผนการรักษา และดูแลป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไต ดังนี้

2.2.1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดวางสายล้างไตทางช่องท้อง และการล้างไตทางช่องท้องแบบฉุกเฉิน

ข้อมูลสนับสนุน: หลังวางสายล้างไตทางช่องท้องผู้ป่วยต้องล้างไตทางช่องท้องแบบฉุกเฉิน โดยไม่พักท้อง เนื่องจากมีภาวะน้ำเกินและของเสียคั่ง

วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดวางสายล้างไตทางช่องท้องและการล้างไตทางช่องท้องแบบฉุกเฉิน

เกณฑ์การประเมินผล: ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดวางสายล้างไตทางช่องท้อง และการล้างไตทางช่องท้องแบบฉุกเฉิน

## กิจกรรมการพยาบาล:

1) ประเมินอาการปวดจากแผลหน้าท้องที่แทงหรือผ่าใส่สายล้างไตทางช่องท้อง ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา จัดทำอนศีระสูงเพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัว แนะนำการลุกนั่ง การพลิกตะแคงตัว

2) สังเกตอาการปวดในช่องท้องซึ่งอาจมีสาเหตุจากน้ำยาล้างไตที่ใส่ลงในช่องท้อง ได้แก่ ค่าความเป็นกรดต่างของน้ำยาล้างไตที่เป็นกรด, ความเข้มข้นที่สูงของกลูโคส, อุณหภูมิน้ำยาที่ต่ำกว่าร่างกาย, แรงดันจากน้ำยาที่พุ่งออกจากปลายสายเข้าช่องท้อง (ประเสริฐ ธนกิจจารุ, 2555)

3) สังเกตอาการผิดปกติจากการบาดเจ็บของอวัยวะที่อาจถูกแทงทะลุได้บ่อยขณะแทงสายล้างไตทางช่องท้อง ได้แก่ ลำไส้ และกระเพาะปัสสาวะ สังเกตอาการและอาการแสดงที่เกิดจากการได้รับบาดเจ็บในช่องท้อง เช่น ปวดท้องหลังผ่าตัด มีน้ำปัสสาวะออกในปริมาณมากและเร็วทางสายสวนปัสสาวะ ขณะปล่อยน้ำยาเข้าช่องท้อง (ประเสริฐ ธนกิจจารุ, 2555)

4) ประเมินภาวะมีเลือดออกปนออกมากับน้ำยา ภาวะช็อคจากการมีเลือดออกในช่องท้อง การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ เช่น ชีพจรเร็วขึ้น ความดันโลหิตลดลง

5) ทำแผลช่องทางออกสายทุกวันสังเกตภาวะแทรกซ้อน ปวดแผล มีหนองไหล

6) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบฉุกเฉิน โดยใช้เครื่องล้างไตอัตโนมัติ ปรับเปลี่ยนรอบ ความเข้มข้นของน้ำยา หรือปริมาณน้ำยาตามแผนการรักษา สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย เช่น การรั่วซึมของน้ำยาล้างไตออกจากแผลช่องทางออกสาย น้ำยาขาดทุน แน่นท้อง เหนื่อยมากขึ้น ความดันโลหิตลดลงจากการได้กำไรของน้ำยามากเกินไป ความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย และดูแลแก้ไขกรณีเกิดความผิดปกติของเครื่องล้างไตอัตโนมัติ เช่น เครื่องร้องเตือนจากการไหลเข้าออกของน้ำยาไม่ตี น้ำยาขาดทุน ผู้ป่วยปวดท้องขณะเครื่องใส่น้ำยาเข้าช่องท้องหรือขณะเครื่องดึงน้ำยาออกจากช่องท้อง น้ำยาล้างไตมีเลือดปน และน้ำยาล้างไตขุ่นจากการติดเชื่อเยื่อช่องท้อง (เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์, 2556)

การประเมินผล: ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและการล้างไตทางช่องท้องแบบฉุกเฉินด้วยเครื่องล้างไตแบบอัตโนมัติ ไม่มีภาวะความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย รวมระยะเวลาในการล้างไตด้วยเครื่องอัตโนมัติ 6 วัน ญาติเรียนรู้วิธีปฏิบัติการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง สามารถกลับไปล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่องที่บ้านได้

## 2.2.2 ความทนต่อกิจกรรมลดลง เนื่องจากปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกตอนาทีลดลง

## ข้อมูลสนับสนุน:

- ผู้ป่วยเหนื่อยง่ายเวลาปฏิบัติกิจกรรมหรือมีการเคลื่อนไหว ต้องให้ออกซิเจนตลอดเวลา

- ประเมิน Functional Class ของ Heart ได้ Class III (moderate) (ปิยภัทร ชุณหรัศม์ และคณะ, 2562) คือ ผู้ป่วยทำกิจกรรมได้น้อยลงมาก ไม่มีอาการขณะพัก แต่แสดงอาการเมื่อทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย

วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยมีความทนต่อกิจกรรมในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางโดยไม่มีอาการหายใจลำบาก

เกณฑ์การประเมิน: มีความทนต่อกิจกรรมเพิ่มขึ้น ไม่มีอาการเจ็บหน้าอกหรือหายใจลำบาก สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่ต้องการได้ ชีพจร การหายใจ และความดันโลหิต ขณะมีกิจกรรมและหลังกิจกรรมอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ประเมินความรุนแรงของระดับโรคหัวใจ ระดับไม่รุนแรงขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล:

- 1) วางแผนกับผู้ป่วยถึงกิจกรรมที่ควรทำได้ในระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง
- 2) ประเมินปัจจัยอื่น ที่อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เหนื่อยง่าย ได้แก่ การพักผ่อนไม่เพียงพอจากอาการเหนื่อยหอบ ความทนในการทำกิจกรรมลดลง เนื่องจากได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ความวิตกกังวล ความเครียดเกี่ยวกับการเจ็บป่วย
- 3) วัดสัญญาณชีพ ติดตามการตอบสนองของระบบไหลเวียนเลือดและปอดต่อกิจกรรมก่อนและหลังทำกิจกรรม สังเกตอาการหัวใจเต้นเร็ว ผิดจังหวะ หายใจลำบาก หรือเหงื่อออก (รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์, 2561)
- 4) ให้การดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันที่ทำไม่ได้
- 5) จัดให้มีกิจกรรมในช่วงเวลาที่ร่างกายมีการใช้ออกซิเจนไม่มาก เช่น หลีกเลี่ยงการมีกิจกรรมหลังมื้ออาหาร (รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์, 2561)

การประเมินผล: ขณะอยู่ในโรงพยาบาล ประเมิน Functional Class ของ Heart ได้ Class III (moderate) หลังจากกลับไปอยู่บ้านได้รับการล้างไตอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น มีความทนต่อการทำกิจกรรมมากขึ้น สามารถทำกิจกรรมบนเตียงได้ เดินได้ระยะไกลๆ สัญญาณชีพหลังปฏิบัติกิจกรรมอยู่ในเกณฑ์ปกติ Functional Class ของ Heart ได้ Class II (mild)

**2.3 ระยะเวลาจำหน่าย** เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่องที่บ้าน การดูแลป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น ภาวะน้ำเกิน การติดเชื้อเยื่อช่องท้อง การแก้ไข ปัญหาเบื้องต้นเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และประสานงานเครือข่ายในการดูแลต่อเนื่องในที่บ้าน

**2.3.1 ขาดความรู้ในเรื่องการล้างไตทางช่องท้อง การติดเชื้อเยื่อช่องท้อง และการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน**

ข้อมูลสนับสนุน:

- ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลวมีโอกาสเกิดเป็นซ้ำ ต้องล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่องที่บ้าน
- ผู้ป่วยและญาติไม่ทราบว่าต้องจัดห้องหรือสิ่งแวดล้อมในการเตรียมการล้างไตอย่างไร กล่าวติดเชื้อจากการล้างไต

วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ ในเรื่องล้างไตทางช่องท้อง การป้องกันการติดเชื้อเยื่อช่องท้อง สามารถจัดเตรียมสถานที่ และสิ่งแวดล้อมที่บ้านได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมิน: มีสถานที่สำหรับเปลี่ยนน้ำยา เก็บน้ำยา ที่เหมาะสม ผู้ป่วยสามารถกลับไปล้างไตทางช่องท้องที่บ้านได้ ไม่เกิดภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้อง

กิจกรรมการพยาบาล:

1) สอนเรื่องการล้างไตทางช่องท้องทฤษฎีและปฏิบัติ ให้คำแนะนำในการจัดเตรียมสถานที่เปลี่ยนน้ำยา และอุปกรณ์ต่างๆ รวมทั้งอนามัยสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน สถานที่เก็บน้ำยา การกำจัดน้ำยาล้างไตและถุงน้ำยาที่ใช้แล้ว (เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์, 2556)

2) อธิบายเรื่องการจัดส่งน้ำยาเป็นรายเดือน การจัดเก็บวางต้องเป็นระเบียบ ทัศนผลกระทบความเข้มข้นน้ำยาออกนอก และไม่ควรถอนน้ำยาออกจากถังเมื่อยังไม่ต้องการใช้

3) แนะนำและให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้จากการล้างไต โดยเฉพาะการติดเชื้อเยื่อช่องท้อง อาการผิดปกติที่ควรทราบ อาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม การแก้ไขปัญหาเบื้องต้นที่อาจเกิดขึ้นเมื่อล้างไตอยู่ที่บ้าน มีบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง (เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์, 2556)

4) ประสานการดูแลต่อเนื่องไปยังโรงพยาบาลเครือข่ายร่วมดูแล เยี่ยมบ้านและประเมินสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม

5) ชี้ให้เห็นความสำคัญของการมาพบแพทย์ตามนัด อาการและอาการแสดงที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด เช่น บวม เหนื่อย หายใจลำบาก ปวดท้อง น้ำยาล้างไตขุ่น เป็นต้น

การประเมินผล: จากการเยี่ยมบ้าน ญาติจัดเตรียมบ้านและสถานที่ในการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาได้เหมาะสม สามารถล้างไตทางช่องท้องที่บ้านได้ ไม่เกิดภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้อง

2.3.2. มีความรู้สึกไร้พลังอำนาจ สูญเสียภาพลักษณ์ และคุณค่าในตนเอง

ข้อมูลสนับสนุน:

- ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลวและต้องล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่อง
- ผู้ป่วยมีสีหน้าไม่สดชื่น บ่นว่ารู้สึกท้อแท้เป็นภาระคนอื่น

วัตถุประสงค์:

ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจในการวางแผนการดูแลตนเองได้ ไม่สูญเสียภาพลักษณ์ และคุณค่าในตนเอง

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย มีสีหน้าสดชื่น ให้ความร่วมมือในการรักษา

กิจกรรมการพยาบาล:

1) สังเกตพฤติกรรมที่แสดงถึงความรู้สึกไร้พลังอำนาจ การสูญเสียภาพลักษณ์ตนเอง ไร้ค่า เช่น การแยกตัว การไม่ร่วมมือในการรักษา และประเมินว่าผู้ป่วยเผชิญปัญหาเหมาะสมหรือไม่

2) อธิบายให้ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ การรักษา การล้างไตทางช่องท้อง ในระยะยาว การเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น เช่น การที่ต้องมีสายยางหน้าท้องติดตัวตลอดเวลา การทำ กิจวัตรประจำวัน การเข้าสังคม ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมวางแผนในการดูแลตนเอง

3) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจที่จะ ปฏิบัติตามแผนการรักษา เมื่อปฏิบัติได้สำเร็จ พยาบาลและญาติให้กำลังใจ ยอมปฏิบัติตามแผนการ รักษา แจ้งให้เห็นผลดีของการรักษา อาการที่ดีขึ้น เพื่อเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึก เกี่ยวกับตนเองและความเจ็บป่วยโดยให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ความไม่สบายใจ ข้อข้องใจ

4) แนะนำญาติมีส่วนร่วมในการดูแล ค้นหาบทบาท ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อ การรักษาและความเจ็บป่วย อธิบายให้ญาติและผู้ดูแลเข้าใจระบบของการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของ ผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถช่วยเหลือให้กำลังใจผู้ป่วย

5) แนะนำให้ผู้ป่วยได้รู้จักกับผู้ป่วยกลุ่มเดียวกัน ที่สามารถปรับตัวได้ดี มีพฤติกรรมสุขภาพดีมาเป็นแบบอย่าง เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและการรักษา และมี กำลังใจ ยอมปฏิบัติตามแผนการรักษา

การประเมินผล: ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น เข้าใจเรื่องโรค การเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ ผู้ป่วยยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและให้ความร่วมมือในการรักษา

### สรุปกรณีศึกษาและข้อเสนอแนะ

จากศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะไตวายเรื้อรังที่พยาธิสภาพของโรครุนแรง มีของเสี้ยคั่งและน้ำส่วนเกินมาก ไม่สามารถขับของเสี้ยและน้ำส่วนเกินได้ ผู้ป่วยไม่สามารถพอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียมเนื่องจากการทำงานของหัวใจไม่ดี ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ต่ำตลอด ทางเลือกที่จะ เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยรายนี้คือการล้างไตทางช่องท้อง แต่การล้างไตทางช่องท้องเป็นการดึงของเสี้ยและ น้ำส่วนเกินออกจากร่างกายอย่างช้าๆ อาจต้องใช้ระยะเวลาาน ดังนั้นการปรับเปลี่ยนระยะเวลาในการ ล้างไต และความเข้มข้นของน้ำยาจึงเป็นสิ่งสำคัญ (Ansari, 2011) การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง จำเป็นต้องใช้บุคลากรที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทางในการประเมินปัญหาทางการพยาบาล การวินิจฉัย ทางการพยาบาลให้ครอบคลุมจึงจะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤต กลับไปดำรงชีวิตที่บ้านได้ ใกล้เคียงปกติ และลดการกลับเป็นซ้ำของโรค รวมระยะเวลาในการดูแล 20 วัน รวมค่าใช้จ่ายในการนอน โรงพยาบาลทั้งสิ้น 57,600 บาท การศึกษาครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ในการประเมินปัญหาความต้องการการพยาบาล ซึ่งพบว่าค่อนข้างครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยทุกด้าน โดยมีการวางแผนจำหน่ายกับทีมสหสาขาวิชาชีพและมีแผนการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับเครือข่ายสุขภาพ อย่างชัดเจน

## เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์. (2563). รายงานสถิติการบริการ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. ลพบุรี: โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช.
- เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์ (บ.ก.). (2556). ตำราแนวปฏิบัติการล้างไตทางช่องท้อง. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประเสริฐ ธนกิจจารุ (บ.ก.). (2555). เวชบำบัดภาวะวิกฤตทางอายุรศาสตร์. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี.
- ปิยภัทร ชุณหรัศม์, อธิภัทร ยิ่งชนม์เจริญ, และระพีพล กุญชร ณ อยุธยา (บ.ก.). (2562). แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พ.ศ.2562. สมุทรปราการ: เนคสเทป ดีไซน์
- พรศิริ พันธสี. (2558). กระบวนการพยาบาลและแบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร.
- รังสฤษฎ์ กาญจนวณิชย์. (2561). คู่มือการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังแบบบูรณาการ. กรุงเทพฯ: คอนเซ็ปท์ เมดิคัล.
- ศิริลักษณ์ ฤงทอง. (2561). บทบาทพยาบาลในการสนับสนุนการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ, 1(1), 46-57.
- อรวรรณ ชันสำรี, และสุชาดา รัชชกุล. (2553). สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลรัฐ. วารสารรามธิบดีเวชสาร, 33(2), 57-64.
- Corciulo, R., & Corciulo, S. (2017). The peritoneal ultrafiltration in patients with cardio-renal disease. *Giornale Italiano di Nefrologia: Organo Ufficiale Della Societa Italiana di Nefrologia*, 34(Suppl 69), 86-103.
- Ansari, N. (2011). Peritoneal dialysis in renal replacement therapy for patients with acute kidney injury. *International Journal of Nephrology*, 2011, ID 739794. doi:10.4061/2011/739794.

## คำแนะนำในการเขียนต้นฉบับ

กองบรรณาธิการ วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ขอเรียนเชิญสมาชิกและผู้สนใจทุกท่านส่งบทความวิจัย บทความวิชาการ หรือรายงานกรณีศึกษา เพื่อพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ทั้งนี้บทความวิชาการ หรือรายงานกรณีศึกษาต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาก่อน หรือไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น ข้อความและข้อคิดเห็นต่างๆ เป็นของผู้เขียนบทความนั้นๆ ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการ หรือของวารสารฯ และกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทาน และแก้ไขต้นฉบับให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กองบรรณาธิการกำหนด

อนึ่ง ผู้ที่มีความประสงค์จะตีพิมพ์บทความหรืองานวิจัย ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีนี้ ต้องเป็นสมาชิกของวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จึงจะได้รับการตีพิมพ์

### การเตรียมต้นฉบับ

1. พิมพ์ต้นฉบับด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป MS Word 97-2003 Document ขนาด 16 ใช้แบบอักษร TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14) (หัวข้อใหญ่ขนาด 18) (สถานที่ทำงานขนาด 12) (ผู้ให้การติดต่อขนาด 12) พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน – ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 3.17 cm. ด้านขวา 2.54 cm. จำนวน 8-15 หน้า (รวมรายการอ้างอิง) และรายการอ้างอิงไม่เกิน 10 ปี ยกเว้น Original paper จำนวนไม่เกิน 20 รายการ การใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษในเนื้อหาให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะ

2. ชื่อเรื่องเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาขนาด 18 ไว้หน้าแรกตรงกลาง

3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาดอักษร 14 หนา กึ่งกลางกระดาษอยู่ถัดจากชื่อเรื่อง 1 บรรทัด และให้ระบุเป็นตัวเลขยกท้าย

4. สถานที่ทำงาน อยู่ถัดจากชื่อผู้เขียน ขนาด 12 หนา กึ่งกลางกระดาษ

5. มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำต่อบทคัดย่อ

6. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ

7. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดพิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดตัวอักษร 18 หนา หัวข้อย่อยเว้นห่างจากหัวข้อใหญ่ 3 – 5 ตัวอักษร ขนาดตัวอักษรปกติ (ตามข้อ 1)

8. การใช้ตัวเลขทั้งในเนื้อหาและในวงเล็บใช้เลขอารบิกทั้งหมด กรณีใช้คำย่อต้องเป็นคำที่ใช้อย่างแพร่หลายและ/หรือตามสากลเท่านั้น (โดยระบุคำเต็มไว้ในครั้งแรก)

9. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

9.1 บทคัดย่อภาษาไทย

9.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

9.3 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

9.4 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 9.5 สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)
- 9.6 กรอบแนวคิดการวิจัย
- 9.7 วิธีดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย  
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล
- 9.8 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง
- 9.9 ผลการวิจัย
- 9.10 การอภิปรายผล
- 9.11 ข้อเสนอแนะ ประกอบไปด้วย ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะ  
ในการวิจัยครั้งต่อไป
- 9.12 กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)
- 9.13 เอกสารอ้างอิง
10. บทความวิชาการ ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้
  - 10.1 บทคัดย่อภาษาไทย
  - 10.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ
  - 10.3 เนื้อหา
    - บทนำ
    - เนื้อเรื่อง
    - บทสรุป
  - 10.4 เอกสารอ้างอิง
11. รายงานกรณีศึกษา ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้
  - 11.1 บทคัดย่อภาษาไทย
  - 11.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ
  - 11.3 เนื้อหา
    - ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา
    - วัตถุประสงค์
    - วิธีดำเนินการศึกษา
    - ผลการศึกษา
    - สรุปกรณีศึกษา
    - ข้อเสนอแนะ
  - 11.4 เอกสารอ้างอิง
12. ถ้ามีตารางหรือแผนภูมิ ควรพิมพ์แยกตารางละ 1 แผ่น และให้ระบุในเนื้อเรื่องด้วยว่าใส่  
ตารางหรือแผนภูมิไว้ที่ใด

13. ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพลายเส้นให้เขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษอาร์ตเส้นขนาดพองาม ถ้าเป็นภาพถ่ายให้ใช้ขนาดโปสการ์ด เขียนหมายเลขลำดับภาพ และลูกศรแสดงด้านบนและด้านล่างของภาพด้วยดินสอที่หลังภาพเบาๆ ทั้งภาพประกอบเรื่องและตารางต้องแยกไว้ต่างหาก แต่ในเรื่องต้องระบุว่าใส่รูปไว้ที่ใด

**\*\*หมายเหตุ:** งานของนักศึกษาปริญญาโทและปริญญาเอกที่ส่งมาตีพิมพ์จะต้องมีลายเซ็นอาจารย์ที่ปรึกษา ให้การรับรองว่าได้ตรวจผลงานของนักศึกษาแล้ว ตามแบบฟอร์มแนบท้ายวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

### การเขียนเอกสารอ้างอิง

แนวทางการเขียนเอกสารอ้างอิงใช้ตามเอพีเอ (APA-American Psychological Association 6<sup>th</sup> edition) โดยศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <http://www.apastyle.org/manual/>

#### การอ้างอิงในเนื้อหา (ใช้ระบบนามปี)

รูปแบบ	หน้าข้อความ		ท้ายข้อความ	
	ครั้งแรก	ครั้งต่อมา	ครั้งแรก	ครั้งต่อมา
ผู้แต่ง 1 คน	ชื่อ สกุล (ปี) Surname (Year)		(ชื่อ สกุล, ปี) (Surname, Year)	
	จู่ไรรัตน์ ดวงจันทร์ (2558) Sriyasak (2015)		(จู่ไรรัตน์ ดวงจันทร์, 2558) (Sriyasak, 2015)	
ผู้แต่ง 2 คน	ชื่อ สกุล 1 และชื่อ สกุล 2 (ปี) Surname 1 and Surname 2 (Year)		(ชื่อ สกุล 1 และชื่อ สกุล 2, ปี) (Surname 1 & Surname 2, Year)	
	จู่ไรรัตน์ ดวงจันทร์ และอัจฉราวดี ศรียศศักดิ์ (2558) Duangchan and Sriyasak (2015)		(จู่ไรรัตน์ ดวงจันทร์ และอัจฉราวดี ศรียศศักดิ์, 2558) (Duangchan & Sriyasak, 2015)	
ผู้แต่ง 3-5 คน	ชื่อ สกุล 1, ชื่อ สกุล 2, ชื่อ สกุล 3, ชื่อ สกุล 4, และชื่อ สกุล 5 (ปี) Surname 1, Surname 2, Surname 3, Surname 4, and Surname 5 (Year)	ชื่อ สกุล 1 และคณะ (ปี) Surname 1 et al. (Year)	(ชื่อ สกุล 1, ชื่อ สกุล 2, ชื่อ สกุล 3, ชื่อ สกุล 4, และชื่อ สกุล 5, ปี) (Surname 1, Surname 2, Surname 3, Surname 4, & Surname 5, Year)	(ชื่อ สกุล 1 และคณะ, ปี) (Surname 1 et al., Year)
	จู่ไรรัตน์ ดวงจันทร์, กมล พรรณ วัฒนากร, ชุติมา เทียน ชัยทัศน์, อัจฉราวดี ศรียะ ศักดิ์, และกนกภรณ์ อ่วม พราหมณ์ (2558) Duangchan, Wattanakorn, Teanchaithut, Sriyasak, and Oumpram (2015)	จู่ไรรัตน์ ดวงจันทร์ และ คณะ (2558) Duangchan et al. (2015)	(จู่ไรรัตน์ ดวงจันทร์, กมล พรรณ วัฒนากร, ชุติมา เทียน ชัยทัศน์, อัจฉราวดี ศรียะ ศักดิ์, และกนกภรณ์ อ่วม พราหมณ์, 2558) (Duangchan, Wattanakorn, Teanchaithut, Sriyasak, & Oumpram, 2015)	จู่ไรรัตน์ ดวงจันทร์ และ คณะ (2558) Duangchan et al. (2015)

รูปแบบ	หน้าข้อความ		ท้ายข้อความ	
	ครั้งแรก	ครั้งต่อมา	ครั้งแรก	ครั้งต่อมา
ผู้แต่ง 6 คนขึ้นไป	ชื่อ สกุล 1 และคณะ (ปี)		(ชื่อ สกุล 1 และคณะ, ปี)	
	Surname 1 et al. (Year)		(Surname 1 et al., Year)	
	จู่ไรรัตน์ ดวงจันทร์ และคณะ (2558)		(จู่ไรรัตน์ ดวงจันทร์ และคณะ, 2558)	
	Duangchan et al. (2015)		(Duangchan et al., 2015)	

### การอ้างอิงท้ายบทความ

แหล่งอ้างอิง	รูปแบบ
หนังสือ	<p><b>ผู้แต่ง 1 คน</b> ชื่อ สกุล. (ปี). <i>ชื่อเรื่อง</i> (พิมพ์ครั้งที่). สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์. Author, A. A. (Year). <i>Title of work</i>. Location: Publisher. เบญจพร ปัญญา. (2553). <i>การทบทวนองค์ความรู้: การตั้งครมในวัยรุ่น</i> (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. Patton, M. Q. (2015). <i>Qualitative research &amp; evaluation methods: Integrating theory and practice</i> (4<sup>th</sup> ed.). California: SAGE.</p>
	<p><b>ผู้แต่ง 2 คน</b> ชื่อ สกุล 1, &amp; ชื่อ สกุล 2. (ปี). <i>ชื่อเรื่อง</i> (พิมพ์ครั้งที่). สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์. Author, A. A., &amp; Author, B. B. (Year). <i>Title of work</i>. Location: Publisher. เจือจันทร์ จงสถิตอยู่, และอรุณศรี จิตต์แจ่ม. (2556). <i>พลังเครือข่ายในพื้นที่</i>. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย. Bellanca, J., &amp; Brendt, R. (2010). <i>21<sup>st</sup> century skills: Rethinking how students learn</i>. Bloomington: Solution Tree Press.</p>
	<p><b>ผู้แต่ง 3-7 คน</b> (ใส่ชื่อ สกุลทุกคน) พร สันทัต, สุรชาติ ฌ หนองคาย, สมาน งามสนิท, ฐนันดรศักดิ์ บวรนนท์กุล, เชษฐรัชดา พรรณาธิกุล, และประยงค์ เต็มขวลา. (2557). <i>ศาสตร์และศิลป์การบริหารการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์</i>. กรุงเทพฯ: สมาคมส่งเสริมคุณธรรม. Cates, A. R., Harris, D. L., Boswell, W., James, W. L., Yee, C., &amp; Peters, A. V. (1991). <i>Trance and clay therapy</i>. Chicago, IL: Chicago University Press.</p>
	<p><b>ผู้แต่ง 8 คน หรือมากกว่า</b> (ใส่ชื่อทุกชื่อแรก ใส่เครื่องหมายจุลภาค “,” ตามด้วย “...” ชื่อ สกุลคนสุดท้าย) จิราภา เต็งไตรรัตน์, นพมาศ อึ้งพระ (ธีระเวคิน), รัชนี นพเกตุ, รัตนา ศิริพานิช, วารุณี ภูวสรกุล, ศรีเรือน แก้วกั้งวาล, . . . อุบลวรรณ ภวากานันท์. (2555). <i>จิตวิทยาทั่วไป</i> (พิมพ์ครั้งที่ 7 แก้ไขเพิ่มเติม). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.</p>
	<p><b>บรรณาธิการ ผู้เรียบเรียงหรือผู้รวบรวม</b> ชื่อ สกุล บรรณาธิการ (บ.ก.). (ปี). <i>ชื่อเรื่อง</i> (พิมพ์ครั้งที่). สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์. Editor, A. A. (Ed.). (Year). <i>Title of work</i>. Location: Publisher.</p>

แหล่งอ้างอิง	รูปแบบ
	<p>สมจิต หนูเจริญกุล, และอรสา พันธุ์ภักดี (บ.ก.). (2555). <i>การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง: บูรณาการสู่การปฏิบัติ</i> (พิมพ์ครั้งที่ 2 ฉบับปรับปรุง). นนทบุรี: สภาการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข.</p> <p>Smith, A. D. (Ed.). (1986). <i>Endourology principle and practice</i>. New York, NY: Thieme.</p>
	<p><b>บทความในหนังสือ หรือบทในหนังสือ</b></p> <p>ณัฐพล ปัญญาโสภณ. (2554). มุมมองของนักศึกษานิเทศศาสตร์ต่อกระบวนการผลิตละครเพื่อการสื่อสาร. ใน ชนัญชี ภังคานนท์ (บ.ก.), <i>กระบวนการที่ค้นคว้าวิทยาลัยไทยบนความท้าทายของเอเชียแปซิฟิก</i> (น. 23-24). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.</p> <p>Sinnaeve, G. (2010). Use of near infrared spectroscopy for the determination of internal quality of entire apples. In S. Saranwong, &amp; P. Williams (Eds.), <i>Near infrared spectroscopy: Proceedings of the 14th International Conference</i> (pp. 255- 259). West Sussex, UK: IMP.</p>
<p><b>บทความ จากวารสาร</b></p>	<p>ชื่อ สกุลผู้แต่ง. (ปี). ชื่อบทความ. <i>ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่)</i>, เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.</p> <p>วิโรจน์ ฉิ่งเล็ก, วารุณี เกตุอินทร์, และอัจฉราวดี ศรียะศักดิ์. (2561). ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นครั้งแรก. <i>วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์</i>, 10(1), 122-132.</p> <p>Sriyasak, A., Almqvist, A-L., Sridawruang, C., &amp; Häggström-Nordin, E. (2015). Father role: A comparison between teenage and adult first-time fathers in Thailand. <i>Nursing &amp; Health Science</i>, 17(3), 377-386. doi: 10.1111/nhs.12200.</p>
<p><b>รายงานการประชุม ทางวิชาการ</b></p>	<p>ชื่อ สกุลผู้แต่ง. (ปี). ชื่อบทความหรือชื่อเรื่องของบท. ใน หรือ In ชื่อ สกุลบรรณาธิการ (บ.ก. หรือ Ed. หรือ Eds.), <i>ชื่อการประชุม</i> (น. หรือ p. หรือ pp. เลขหน้า). สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์.</p> <p>สมประวิณ มั่นประเสริฐ. (2550). การศึกษาผลกระทบจากข้อตกลงเขตการค้าเสรีต่อกิจกรรมทางเศรษฐกิจรายพื้นที่ของประเทศไทย. ใน มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, <i>ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเพื่อการพัฒนายั่งยืน: การประชุมวิชาการระดับชาติของนักเศรษฐศาสตร์ ครั้งที่ 3</i> (น. 207-239). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.</p> <p>Katz, I., Gabayan, K., &amp; Aghajan, H. (2007). A multi-touch surface using multiple cameras. In J. Blanc-Talon, W. Philips, D. Popescu, &amp; P. Scheunders (Eds.), <i>Lecture Notes in Computer Science: Advanced Concepts for Intelligent Vision Systems</i> (pp. 97-108). Berlin, Germany: Springer-Verlag.</p>
<p><b>วิทยานิพนธ์และ วิทยานิพนธ์</b></p>	<p>ชื่อ สกุลผู้แต่ง. (ปี). ชื่อเรื่อง (ปริญญาานิพนธ์ปริญญาคุชฎีบัณฑิต หรือ Doctoral dissertation หรือ วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต หรือ master's thesis สาขา). ชื่อสถาบัน, สถานที่พิมพ์.</p> <p>ก้องเกียรติ บูรณศรี. (2553). <i>ความสัมพันธ์ระหว่างความเป็นผู้ประกอบการขององค์กร สภาพแวดล้อมทางธุรกิจและผลการดำเนินงานในพื้นที่การนิคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย</i> (ปริญญาานิพนธ์ปรัชญาคุษฎีบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต, กรุงเทพฯ.</p> <p>Nickels, D. W. (2005). <i>The relationship between IT-business alignment and organizational culture: An exploratory study</i> (Doctoral dissertation). University of Memphis, USA.</p>

แหล่งอ้างอิง	รูปแบบ
รายงานการวิจัย	<p>ชื่อ สกุลผู้แต่ง. (ปี). ชื่อเรื่อง (รายงานผลการวิจัย). สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์.</p> <p>พินิจ ทิพย์มณี. (2553). การวิเคราะห์ปัญหาทางกฎหมายที่เกี่ยวกับการตายของประเทศไทย (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.</p> <p>Chitnomrath, T. (2011). <i>A study of factors regarding firm characteristics that affect financing decisions of public companies listed on the stock exchange of Thailand</i> (Research report). Bangkok: Dhurakij Pundit University.</p>
สื่ออิเล็กทรอนิกส์	<p>วรลักษณ์ ทองใบ. (2552). การใช้สารสนเทศการท่องเที่ยวของภาคธุรกิจในจังหวัดที่ประสบภัยพิบัติ สึนามิ. สืบค้นจาก <a href="http://thesis.swu.ac.th/swuthesis/_Inf_Sci/Vorraluk_T.pdf">http://thesis.swu.ac.th/swuthesis/_Inf_Sci/Vorraluk_T.pdf</a></p> <p>นันทา เลาว์ณย์ศิริ. (2553). ธาตุอาหารหลักของน้ำสกัดชีวภาพแบบเข้มข้นจากขยะครัวเรือน. <i>วารสารออนไลน์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม</i>, 29(2). สืบค้นจาก <a href="http://www.journal.msu.ac.th/index.php?option=com_content&amp;task=">http://www.journal.msu.ac.th/index.php?option=com_content&amp;task=</a></p> <p>Buckingham, J. T., LeBeau, L. S., &amp; Klein, W. M. P. (2011). The performance versus ability distinction following social comparison feedback. <i>Current Research in Social Psychology: An electronic journal</i>. 63(4). Retrieved from <a href="http://www.uiowa.edu/grpproc/crisp/crisp.html">http://www.uiowa.edu/grpproc/crisp/crisp.html</a></p> <p>World Health Organization. (2016). <i>Fact sheet on adolescent pregnancy</i>. Retrieved from <a href="http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/">http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/</a></p> <p>Bruckman, A. (1973). <i>MOOSE Crossing: Construction, community, and learning in a networked virtual world for kids</i>. (Doctoral dissertation). Massachusetts Institute of Technology. USA. Retrieved from <a href="http://www-static.cc.gatech.edu/-asb/thesis/">http://www-static.cc.gatech.edu/-asb/thesis/</a></p>

**หมายเหตุ:** การระบุชื่อ สกุลผู้แต่ง ตามจำนวนผู้แต่งในกรณีต่างๆ จากแหล่งอ้างอิงอื่นๆ ให้ใช้หลักเกณฑ์เช่นเดียวกับการอ้างอิงจากหนังสือ

### การส่งบทความ

ส่งบทความต้นฉบับ พร้อมทั้งที่อยู่ที่สามารถติดต่อสะดวก มาที่

ดร. อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์ (บรรณาธิการวารสาร)

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

203 หมู่ 2 ถนนคีรีรัฐยา ตำบลธงชัย

อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี 76000

หรือส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์มาที่ [journal@pckpb.ac.th](mailto:journal@pckpb.ac.th)

หรือ [atcharawadee@pckpb.ac.th](mailto:atcharawadee@pckpb.ac.th) โทรศัพท์ 0-32427049 – 50 ต่อ 115 มือถือ 081-7088928



**ใบสมัครสมาชิกและชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ  
วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี**

ประเภท  บุคคล ชื่อ – นามสกุล (ตัวบรรจง).....  
 หน่วยงาน ชื่อหน่วยงาน.....

เบอร์โทรศัพท์ ..... อีเมล: .....

**มีความประสงค์ชำระ**

ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ เป็นเงิน 3,000 บาท (สามพันบาทถ้วน)  
 ชื่อบทความ.....  
 .....

\*\*\*วารสารฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการคืนเงินทุกกรณี\*\*\*

- ค่าสมาชิก (กรณีส่งบทความตีพิมพ์ ไม่ต้องชำระส่วนนี้)
- 1 ปี (3 เล่ม) เป็นเงิน 500 บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน)  
 2 ปี (6 เล่ม) เป็นเงิน 1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน)

ชำระโดย โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย สาขาเพชรบุรี  
 ชื่อบัญชี “วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี”  
 เลขบัญชี 703-1-85682-5

ที่อยู่ (ที่ต้องการจัดส่งวารสาร/ ใบเสร็จ)  
 .....  
 .....

ลงนามผู้สมัคร .....

(.....)

วันที่..... เดือน.....พ.ศ. ....

**หมายเหตุ**

กรุณาส่งใบสมัครสมาชิกและชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์วารสาร ใบนำส่งบทความ และหลักฐานการโอนเงิน มายัง  
 ดร.อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์ (บรรณาธิการวารสาร)  
 ที่อยู่ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เลขที่ 203 หมู่ 2 ถนนศิริรัฐยา ตำบลธงชัย อำเภอ  
 เมือง จังหวัดเพชรบุรี 76000 หรือทางอีเมล [journal@pckpb.ac.th](mailto:journal@pckpb.ac.th)  
 “วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี” <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck/>



**แบบฟอร์มนำส่งบทความเพื่อลงตีพิมพ์**  
วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

1. ชื่อเรื่องภาษาไทย.....  
.....  
ภาษาอังกฤษ.....  
.....  
ประเภทบทความ  บทความวิจัย  บทความวิชาการ  กรณีศึกษา
2. เป็นบทความจากวิทยานิพนธ์/ ส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์  ใช่  ไม่ใช่
3. ข้อมูลผู้นิพนธ์หลัก  
ชื่อ - สกุล.....ตำแหน่ง.....  
หน่วยงาน.....ที่อยู่ติดต่อได้.....  
.....  
โทรศัพท์..... อีเมล: .....
- (ในกรณีที่เป็นวิทยานิพนธ์) รหัสนิสิต.....สาขาวิชา.....  
คณะ.....มหาวิทยาลัย.....
4. ตรวจสอบตามรายการต่อไปนี้  
 ส่งบทความผ่านระบบ ThaiJo ทาง <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck/>  
 ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (กรณีบทความวิจัย)  
 รายการเอกสารอ้างอิงครบถ้วนตามที่อ้างอิงในเนื้อหาและถูกต้องตามรูปแบบที่วารสารกำหนด  
 บทความย่อภาษาอังกฤษ ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา
5. ชื่อผู้นิพนธ์ร่วม
  1. ชื่อ - สกุล.....ตำแหน่ง .....
  - ..... อีเมล: .....
  2. ชื่อ - สกุล.....ตำแหน่ง .....
  - ..... อีเมล: .....
  3. ชื่อ - สกุล.....ตำแหน่ง .....
  - ..... อีเมล: .....
  4. ชื่อ - สกุล.....ตำแหน่ง .....
  - ..... อีเมล: .....

ขอรับรองว่าบทความนี้ ไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสาร หรืออยู่ในระหว่างกระบวนการของวารสารใดมาก่อน

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้พิมพ์หลัก/ ผู้นำส่ง

ขอรับรองว่าได้ทำการตรวจสอบเนื้อหา และรูปแบบการอ้างอิงที่ถูกต้องของบทความฉบับนี้ ก่อนที่จะส่งมาตีพิมพ์ในวารสารฯ (ในกรณีที่เป็นวิทยานิพนธ์)

ลงชื่อ.....

(.....)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์



วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ที่อยู่ : 203 หมู่ที่ 2 ตำบลธงชัย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี 76000

โทรศัพท์ : 0 3242 7049 โทรสาร : 0 3240 0573

อีเมลล์ : [journal@pckpb.ac.th](mailto:journal@pckpb.ac.th)

เว็บไซต์ : <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck>

