



# วารสาร

## โรงพยาบาลสกลนคร Journal of Sakon Nakhon Hospital

ปีที่ 27 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2567

Volume 27 No. 3 September - December 2024





# วารสารโรงพยาบาลสกลนคร

## Journal of Sakon Nakhon Hospital



ปีที่ 27 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2567

ISSN 3056-9605 (Online)

Volume 27 No. 3 September – December 2024

วารสารโรงพยาบาลสกลนคร กำหนดออกปีละ 3 ฉบับ คือ มกราคม – เมษายน พฤษภาคม – สิงหาคม และ กันยายน – ธันวาคม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เผยแพร่ความรู้ ส่งเสริมและรวบรวมวิทยาการ การค้นคว้าทางการแพทย์ การพยาบาล และการสาธารณสุข
2. เป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นในประเด็นปัญหาทางสุขภาพ และสาธารณสุข
3. เพื่อเผยแพร่ความก้าวหน้า กิจกรรมและข่าวสารทางการสาธารณสุข

### บรรณาธิการที่ปรึกษา

รศ.ดร.สมจิต แคนสีแก้ว

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผศ.ดร.จิราพร เทียวอยู่

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

นพ.สมศักดิ์ ประภูณานวัตร

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนคร

### บรรณาธิการ

นพ.ศิริยุสมิ์ วรามิตร

### บรรณาธิการผู้ช่วย

ดร.จุฑาทิพย์ ฤทธิฤกษ์ชัย

### กองบรรณาธิการต่างสถาบัน

ศ.ดร.นพ.ชูษณา สวนกระต่าย

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รศ.ดร.สุภัทษา กลางการ

คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รศ.ดร.ปิยะธิดา นาคเกษียร

คณะพยาบาลศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.ดร.นพ.สุรัชย์ แซ่จิ่ง

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รศ.นพ.อนุชิต ปุญญทังค์

คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ผศ.ดร.ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผศ.ดร.พญ.วารุณี พรรณพานิช วานเดอพิทท์

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ผศ.นพ.กมล แก้วกิติฉัตร

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผศ.ดร.กาญจนา วงษ์สวัสดิ์

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

ผศ.พิพัฒน์ เรืองแสง

คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

อ.ดร.ทัตพรวง ปุญญทังค์

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

อ.ดร.จินตนา พาวงศ์

นักวิจัยอิสระ

อ.ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี

อ.ดร.อัจฉรา กำมะทิตย์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี

อ.ดร.ชลการ ทรงศรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี

อ.ดร.เกษร แก้วโนนจัว

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7

จังหวัดขอนแก่น

อ.ดร.อนุศักดิ์ เกิดสิน

คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

#### กองบรรณาธิการในสถาบัน

นพ.ปิยะพงษ์ พาพิทักษ์

นพ.นิสิต ตงศิริ

พญ.สุภารัตน์ ศิริชัยพรศักดิ์

พญ.ตรีวิจิตร มุ่งภู่กลาง

พญ.อภิญา กิ่งนาคม

นพ.ปริญา ไชกวีริยะประเสริฐ

พญ.ลัดดารัตน์ ศรีคำ

ทพ.ธีรวัต ผายป่องนา

พว.ไพลิน นัดสันเทียะ

พว.ศศิธร ภัคดีโชติ

พว.อุไรวรรณ ศรีดามา

พว.ปิยนุช บุญกอง

พว.เกษมศักดิ์ วงศ์สีดา

น.ส.กนารัตน์ อวนพล

ภกญ.สุรัชชา สังข์ทอง

#### ฝ่ายจัดการ

นางสาวพิศุทธิดา ขุนศรี

นางสาวสุพรรณษา ชัยสุพรรณ

**ผู้เชี่ยวชาญประจำฉบับ (ภายนอกหน่วยงาน)**

ผศ.ดร.อรอุมา แก้วเกิด

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม

ผศ.ดร.ศศิวรรณ ทศนเอี่ยม

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

พญ.ธัญญารัตน์ พรหมมหาไชย

งานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลอุตรธานี

อ.พญ.ศรัญญา เลิศโกวิทย์

ภาควิชาวิสัญญีวิทยา

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

มหาวิทยาลัยมหิดล

อ.ณัฏยา พรหมสาขา ณ สกลนคร

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม

พว.อุษณีย์ หลอดเณร

อดีตรองผู้อำนวยการ สำนักงานหลักประกัน

สุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุตรธานี

รศ.ดร.วรินทร์มาศ เกษทองมา

คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

ดร.นิติกร ภูสุวรรณ

คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

**ผู้เชี่ยวชาญประจำฉบับ (ภายในหน่วยงาน)**

พว.ศศิธร ภัคดีโชติ

พว.พิศมัย กองทรัพย์

พว.ปิยรัตน์ โสมศรีแพง

พว.บงกฏ บัจสา

พว.จิรวรรณ ศิริมนตรี

พว.มยุรฉัตร สัพโส

พว.ปิยนุช บุญกอง

คุณกนารัตน์ อวนพล

คุณยศกร เพ็งเลา

พว.ยุพิน แก้วนา

พว.ณัฐวิภา บุญเกิดรัมย์

พว.เปล่งฉวี สกนธรัตน์

พว.อุไรวรรณ ศรีดามา

นพ.นิสิต ตงศิริ

นพ.ปริญา ไชกวีริยะประเสริฐ

**สถานที่พิมพ์**

ห้างหุ้นส่วนจำกัด สมศักดิ์การพิมพ์ กรู๊ป อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร 47000  
โทร. 042-711896

**เจ้าของ**

โรงพยาบาลสกลนคร เลขที่ 1041 ถนนเจริญเมือง อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร 47000  
โทร. 042-176000 ต่อ 1042

ค่าตีพิมพ์บทความวารสาร บทความละ 3,000 บาท

**หมายเหตุ :** หากบทความเข้าสู่กระบวนการพิจารณาของกองบรรณาธิการแล้วจะไม่สามารถ  
ขอรับเงินค่าตีพิมพ์บทความวารสารคืนได้

**ติดต่อสำนักงานวารสาร**

งานวารสาร โรงพยาบาลสกลนคร โทร. 042-176000 ต่อ 1042

E-mail : skhjournal@gmail.com

**หมายเหตุ :**

- บทความทุกบทความจากผู้นิพนธ์ภายนอกโรงพยาบาลสกลนครที่ตีพิมพ์ในวารสารนี้ มีการประเมินคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะสาขาจากภายในหรือภายนอกหน่วยงานอย่างน้อย 2 ท่าน ตอบทความ โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้นิพนธ์ไม่ทราบชื่อของแต่ละฝ่าย (Double-blind peer review)
- บทความทุกบทความจากผู้นิพนธ์ภายในโรงพยาบาลสกลนครที่ตีพิมพ์ในวารสารนี้ มีการประเมินคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะสาขาจากภายนอกหน่วยงานอย่างน้อย 2 ท่าน ตอบทความ โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้นิพนธ์ไม่ทราบชื่อของแต่ละฝ่าย (Double-blind peer review)
- ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นใด ๆ ในบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารนี้ เป็นความคิดเห็นส่วนตัวและเป็นความลับของผู้นิพนธ์ทั้งสิ้น
- บทความที่ตีพิมพ์ถือว่าเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารโรงพยาบาลสกลนคร การคัดลอกเพื่อพัฒนาเชิงวิชาการต้องได้รับการอ้างอิงอย่างถูกต้อง



## Unบรรณาธิการ

นโยบาย “ร้านยาคุณภาพ” จ่ายยาฟรีในกลุ่มผู้ป่วยสิทธิบัตรทองครอบคลุม 16 อาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ต่อมาได้ขยายเป็น 32 อาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ภายใต้การดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ถือเป็นหนึ่งในความพยายามเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานของประชาชนในระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยเบื้องต้นที่ไม่ซับซ้อน โดยหวังแก้ปัญหาความแออัดในโรงพยาบาลและการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์อย่างไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นปัญหาเรื้อรังของระบบสาธารณสุขไทยมาอย่างยาวนาน การดำเนินนโยบายดังกล่าวได้รับการตอบรับเป็นอย่างดีจากประชาชนทั่วไป เนื่องจากช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายและประหยัดเวลาในการเดินทางไปโรงพยาบาล โดยเฉพาะในกรณีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยที่สามารถรักษาได้ด้วยยาสามัญประจำบ้าน การที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทางเภสัชกรรมได้สะดวกขึ้นยังช่วยส่งเสริมการดูแลสุขภาพเชิงป้องกัน และลดความเสี่ยงจากการซื้อยารับประทานเองโดยไม่ได้รับคำแนะนำที่ถูกต้อง

ทว่าการดำเนินนโยบายร้านยาจ่ายยาอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ได้เผชิญกับการคัดค้านอย่างหนักจากแพทย์สภาซึ่งได้ยื่นฟ้องต่อศาลปกครองด้วยความกังวลในหลายประเด็น ประเด็นสำคัญที่สุดคือเรื่องขอบเขตการประกอบวิชาชีพ โดยแพทย์สภาเห็นว่าการวินิจฉัยและสั่งจ่ายยาบางกลุ่มอาการอาจเกินขอบเขตความสามารถของเภสัชกร และอาจส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยเฉพาะในกรณีที่อาการแสดงของโรคมียุคคล้ายคลึงกัน แต่ต้องการการวินิจฉัยที่แม่นยำจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ความขัดแย้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาเชิงโครงสร้างของระบบสาธารณสุขไทย ที่ยังขาดการบูรณาการระหว่างวิชาชีพและการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนระหว่างบุคลากรทางการแพทย์แต่ละสาขา การแก้ไขปัญหานี้จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างการเข้าใจและการยอมรับในบทบาทของแต่ละวิชาชีพ หากพิจารณาถึงแนวทางการแก้ไขปัญหานี้ จำเป็นต้องดำเนินการทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ในระยะสั้น ควรมีการจัดทำแนวทางการคัดกรองที่ชัดเจนและเป็นที่ยอมรับของทั้งสองฝ่าย พร้อมทั้งกำหนดเกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงหรือมีอาการซับซ้อน นอกจากนี้ ควรมีการพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลการรักษาที่มีประสิทธิภาพ เพื่อสร้างความมั่นใจในคุณภาพการรักษา

นพ.ศิริยุสม์ วรามิตร

บรรณาธิการ

# สารบัญ

- บทบรรณาธิการ
- นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)
  - ประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 ในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ โรงพยาบาลสกลนคร 1  
*จิรวรรณ ศิริมนตรี พย.ม. ชนิษฐา สูงหวน พย.บ.  
 ทศนีย์ แดขุนทด พย.ม.*
  - ผลของยา Dexamethasone ในการลดอาการเจ็บคอและเสียงแหบหลังผ่าตัด ที่มีการใช้ท่อช่วยหายใจใส่หลอดลมแขนงชนิดสองช่อง 13  
*ปภัตรา พวงประพันธ์ พ.บ., วว.สาขาวิสัญญีวิทยา อริยฉัตร กาพหว่า ส.ม.  
 ผ่องศรี นวลมณี พย.บ. ภัชรวี วงศพาน พย.บ.*
  - ผลของการใช้สื่อแผ่นพับ Save me และการใช้แอปพลิเคชัน Save me ต่อความรู้ และพฤติกรรมของวัยรุ่นตอนต้นเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ 23  
*มารศรี ศิริสวัสดิ์ ปร.ด. อภิสัทธี ฉกรรจ์ศิลป์ วท.ม.  
 กฤษติยาภรณ์ แก้วศรีพจน์ พย.บ. จิรภา กุลไกล พย.บ.*
  - พฤติกรรมความเอื้ออาทรในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ 34  
*เบญจวรรณ กิจควรดี ส.ม. สิริอร ช้อยุ่น พย.ม.  
 จุฑารัตน์ ลมอ่อน ส.ม. ภาสินี ไทอินทร์ ปร.ด.  
 พัฒน์ ศรีโอษฐ์ พย.ม.*
  - ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของ สตรีวัยสูงอายุ ในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี 46  
*ณัฐธยาน์ ชาบัวคำ พย.ม. สุภารัตน์ พิสัยพันธ์ ปร.ด.*
  - รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในยุคปกติวิถีใหม่ 57  
*เนตรนภา กาบมณี ปร.ด. สิริอร ช้อยุ่น พย.ม.  
 สุภารัตน์ พิสัยพันธ์ ปร.ด.*
  - ประสิทธิผลของการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) อำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร 70  
*หวานใจ พรหมวงศ์ ส.บ.*
  - ความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศองค์กรและภาวะผู้นำทางการพยาบาลกับ ความยืดหยุ่นทางจิตใจของพยาบาลวิชาชีพ ภายใต้สถานการณ์โรคอุบัติใหม่ โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก เขตบริการสุขภาพที่ 2 85  
*รุณิยา ตระกูลบุญ พย.ม. วรณชนก จันทชุม ปร.ด.*
  - การวิจัยเชิงสำรวจ: ระดับความสุขและพฤติกรรมรับมือกับปัญหาในการทำงาน ของบุคลากรมหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ 96  
*ชัยนรินทร์ สุทวาทัน พย.ม.*

# สารบัญ

- รายงานผู้ป่วย (Case Report)
  - การสอบสวนอุบัติเหตุรถแท็กซี่ รถจักรยานยนต์พุ่งข้าง และรถยนต์นั่งส่วนบุคคลชนกัน 109 มีผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต เหตุเกิดบนสะพานข้ามแยก แห่งหนึ่ง ณ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี  
พงษ์ศักดิ์ นิตติการุญ พ.บ.
  - การสอบสวนอุบัติเหตุรถยนต์ชนท้ายรถกึ่งพ่วงบรรทุกตู้คอนเทนเนอร์ 18 ล้อ 115  
ณ ถนนบางกรวย-ไทรน้อย อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี  
สันติ อังคณาโสภิต พ.บ., วว. ศัลยกรรมประสาท
- คำแนะนำสำหรับผู้เขียนบทความลงในวารสารโรงพยาบาลสกลนคร 121
- แบบฟอร์มส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารโรงพยาบาลสกลนคร 125
- ใบ Check List สำหรับผู้เขียนก่อนส่งบทความให้วารสารโรงพยาบาลสกลนครพิจารณา 126
- ใบชำระค่าตีพิมพ์วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 128

## ปัจจัยคัดสรรที่มีผลต่อองค์กรแห่งการเรียนรู้ทางการพยาบาล โรงพยาบาลกองบิน

พรปวีณ์ พระธรรม พย.ม.\*

วรรณชนก จันทชุม ปร.ด.\*\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีผลต่อการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ทางการพยาบาลโรงพยาบาลกองบิน โดยศึกษาในพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกองบิน 11 แห่ง กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกองบิน และปฏิบัติงานเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี ขึ้นไป จำนวน 140 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ แบบสอบถามการสร้างระบบที่รวบรวมและแบ่งปันความรู้ การเชื่อมโยงองค์กรกับสิ่งแวดล้อม ภาวะผู้นำในการสนับสนุนการเรียนรู้ และการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ทางการพยาบาล ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน และหาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบรอก ได้ค่า 0.74, 0.85, 0.90 และ 0.91 ตามลำดับ ได้รับแบบสอบถามกลับคืน จำนวน 111 ชุด คิดเป็นร้อยละ 79.29 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ระดับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ทางการพยาบาลของโรงพยาบาลกองบินโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.60$ , S.D. = 0.68) และตัวแปรที่ร่วมกันพยากรณ์การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ทางการพยาบาล โรงพยาบาลกองบิน ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 คือ ภาวะผู้นำในการสนับสนุนการเรียนรู้ การเชื่อมโยงองค์กรกับสิ่งแวดล้อม และการสร้างระบบที่รวบรวมและแบ่งปันความรู้ โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ทางการพยาบาล โรงพยาบาลกองบิน ได้ร้อยละ 82.4 ( $R^2 = 0.824$ )

คำสำคัญ: ปัจจัยคัดสรร องค์กรแห่งการเรียนรู้ทางการพยาบาล

\* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกองบิน 23

\*\* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ

รับบทความ: 6 มิถุนายน 2567 แก้ไขบทความ: 3 สิงหาคม 2567 รับผิดชอบบทความ: 15 สิงหาคม 2567

---

**Selected Factors Affecting the Learning Organization of Nursing in Wing Hospitals**

Pornpawee Prathum M.S.N.\*

Wanchanok Juntachum Ph.D.\*\*

**Abstract**

This research was a descriptive study aimed at investigating and analyzing the factors that affect the learning organizations of nursing in Wing hospitals. The samples were 140 professional and technical nurses who have actively been working in Wing hospitals for a minimum of 1 year. The research tool used was a questionnaire developed by the researcher, which included the assessment of system establishing to collect and share knowledge, connecting the organization to its environment, leadership for learning support and becoming the learning organization of nursing. The questionnaires' content validity was verified by six qualified experts. The reliability tested by the Cronbach's alpha coefficient were 0.74, 0.85, 0.90 and 0.91, respectively. The total of 111 questionnaires were returned, accounting for 79.29 percent. The data were analyzed using the frequency distribution statistics, percentages, mean, standard deviation, Pearson's correlation coefficient and stepwise multiple regression analysis.

The study found that the overall level of being the learning organization of nursing in Wing hospitals was at a high level ( $\bar{X} = 3.60$ , S.D. = 0.68) and the variables that jointly predicted the perception of being the learning organization of nursing statistically significant at the 0.01 level were leadership for learning support, connecting the organization to its environment, and system establishing to collect and share knowledge. These variables can jointly predict the perception of being the learning organization of nursing in Wing hospitals by 82.4 percent ( $R^2 = 0.824$ ).

**Keywords:** Selected factors, Learning organization of nursing

---

\* Registered Nurse, Wing 23 Hospital

\*\* Corresponding author, Nursing Instructors, Faculty of Nursing Science, Khon Kaen University

Received: June 6, 2024 / Revised: August 3, 2024 / Accepted: August 15, 2024

## บทนำ

ในปัจจุบันสภาพแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทำให้องค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ต้องเผชิญกับสถานการณ์การแข่งขันที่รุนแรงมากขึ้น ดังนั้นเพื่อความอยู่รอดขององค์กร องค์กรต่าง ๆ จึงพยายามผลักดันองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization)<sup>1</sup> ในส่วนโรงพยาบาลจึงมีการปรับตัวเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพที่มีการขยายบริการสุขภาพในระดับต่างๆ เพิ่มมากขึ้น ในโรงพยาบาล พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาล รวมถึงการฝึกอบรมบุคลากรพยาบาลให้มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้รับบริการ พร้อมกับมีส่วนร่วมในการบริหารโรงพยาบาล ดังนั้นจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่พยาบาลจะต้องมีความรู้ ทักษะ และความสามารถที่เหมาะสมกับวิชาชีพพยาบาล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพให้กับระบบสุขภาพ องค์กรพยาบาลเป็นองค์กรขนาดใหญ่ เป็นกำลังหลักที่ต้องให้ความสำคัญกับการพัฒนาและส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันภายในองค์กรในลักษณะของการสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ โดยใช้ความรู้เป็นฐานในการบริหารองค์กร เพื่อให้องค์กรเกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทันต่อการเปลี่ยนแปลงและการแข่งขัน<sup>2</sup> การพัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ต้องพัฒนาและดำเนินการตามระบบย่อยต่างๆ ทั้ง 5 ระบบ โดย Marquardt<sup>3</sup> กล่าวถึงความสำคัญของระบบย่อย 5 ระบบ ดังนี้ 1) วัฒนธรรมการเรียนรู้ 2) การปรับเปลี่ยนองค์กร 3) การเพิ่มอำนาจแก่บุคคล 4) การจัดการความรู้ และ 5) การใช้เทคโนโลยี

โรงพยาบาลกองบิน เป็นโรงพยาบาลสังกัดกองบิน ตั้งอยู่ตามกองบินต่างๆ ของกองทัพอากาศ มีจำนวน 11 แห่ง ได้แก่ 1) โรงพยาบาลกองบิน 1 จ.นครราชสีมา 2) โรงพยาบาลกองบิน 2 จ.ลพบุรี 3) โรงพยาบาลกองบิน 3 จ.สระแก้ว 4) โรงพยาบาลกองบิน 4 จ.นครสวรรค์ 5) โรงพยาบาลกองบิน 5 จ.ประจวบคีรีขันธ์ 6) โรงพยาบาลกองบิน 7 จ.สุราษฎร์ธานี 7) โรงพยาบาลกองบิน 21 จ.อุบลราชธานี 8) โรงพยาบาลกองบิน 23 จ.อุดรธานี 9) โรงพยาบาลกองบิน 41 จ.เชียงใหม่ 10) โรงพยาบาลกองบิน 46 จ.พิษณุโลก และ 11) โรงพยาบาลกองบิน 56 จ.สงขลา องค์กรพยาบาลเป็นหน่วยงานหนึ่งของโรงพยาบาลกองบินที่มีจำนวนบุคลากรมากที่สุดในองค์กร ซึ่งจำนวน

ร้อยละ 50 ของบุคลากรพยาบาลโรงพยาบาลกองบินมีบทบาทเป็นทั้งพยาบาลและทหารควบคู่กันไป ต้องปฏิบัติตนให้อยู่ในกฎระเบียบข้อบังคับตามแบบธรรมเนียมทหาร และมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยและผู้รับบริการ เป็นผู้ติดต่อสื่อสาร และเป็นผู้สอนในเรื่องการส่งเสริมและดูแลสุขภาพ เป็นที่ปรึกษาทางด้านสุขภาพ และเป็นผู้นำความเปลี่ยนแปลง จากบทบาทเหล่านี้ พยาบาลโรงพยาบาลกองบินจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาลใหม่ๆ อยู่เสมอ เพื่อขับเคลื่อนโรงพยาบาลกองบินให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ นำไปสู่การรับรองคุณภาพการบริการ

การพัฒนาองค์กรสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ในปัจจุบันยังมีปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไข ทำให้นักวิจัยหลายท่านทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ในหลาย ๆ องค์กร เพื่อนำไปสู่การแนะแนวทางแก้ไขเฉพาะด้านได้อย่างชัดเจน McCormick & Ilgen<sup>4</sup> กล่าวว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติงานได้ดีเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยใหญ่ ๆ 2 ประการ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสถานการณ์ โดยปัจจัยส่วนบุคคลเป็นลักษณะที่แสดงความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะบุคคลใดบุคคลหนึ่ง จะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลและจะส่งผลให้พฤติกรรมของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ส่วนปัจจัยสถานการณ์เป็นเงื่อนไขการแสดงความสามารถในการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย ตัวแปรด้านสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงาน และตัวแปรทางด้านองค์กรและสังคม<sup>5</sup> ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ทำให้นักคิดมีการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน และจากการสำรวจบุคลากรพยาบาลในโรงพยาบาลกองบินแห่งหนึ่งโดยส่งแบบสอบถามออนไลน์ โดยใช้ Google form พบว่า บุคลากรพยาบาลโรงพยาบาลกองบินมีความแตกต่างกันในเรื่องระดับการศึกษา แบ่งได้เป็น 2 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 55 และระดับปริญญาตรี ร้อยละ 45 โดยพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ที่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี และได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น 1 และได้รับการบรรจุแต่งตั้งให้เป็นนายทหารชั้นสัญญาบัตร ส่วนพยาบาลเทคนิคเป็นผู้สำเร็จการศึกษาระดับอนุปริญญา ได้รับการบรรจุแต่งตั้งให้เป็นนายทหารชั้นประทวน และมีพยาบาลเทคนิคบางส่วนเรียนต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากการสัมภาษณ์พยาบาลเทคนิคถึงสาเหตุที่

ไม่ศึกษาต่อในหลักสูตรต่อเนื่องที่จัดให้เป็นการเฉพาะเพื่อยกระดับความรู้ ความสามารถเป็นพยาบาลวิชาชีพนั้น เนื่องจากเมื่อจบการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตมาแล้ว ระดับชั้นยศไม่เปลี่ยนแปลง และจากการวิเคราะห์บุคลากรพยาบาลโรงพยาบาลกองบิน มีลักษณะการทำงานของพยาบาลเป็นแบบสายบังคับบัญชาตามชั้นยศ พยาบาลชั้นยศนายทหารประทวนมักไม่กล้าแสดงความคิดเห็น ส่วนใหญ่พยาบาลชั้นยศนายทหารสัญญาบัตรเป็นผู้เสนอความคิดเห็น เป็นผู้ตัดสินใจแก้ปัญหา และเป็นผู้ประสานงานกับบุคลากรอื่น ๆ ส่งผลให้ภาระงานของพยาบาลชั้นยศนายทหารสัญญาบัตรมีปริมาณค่อนข้างมาก จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้แตกต่างกันตามวุฒิการศึกษา ตำแหน่งงาน ตำแหน่งทางวิชาการ และประสบการณ์ทำงาน<sup>6</sup> อย่างไรก็ตามมีงานวิจัยที่พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีผลต่อการจัดการองค์กรเพื่อเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ และพบว่า ระดับชั้นยศมีผลต่อการจัดการองค์กรเพื่อเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้<sup>7</sup> ซึ่งเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่บุคลากรพยาบาล นอกจากนี้ปัจจัยส่วนบุคคลแล้ว แต่ละองค์กรมีปัจจัยขององค์กรที่สนับสนุนการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน จากการศึกษาของ Ji Hoon Song<sup>8</sup> ได้นำแนวคิดของ Watkins and Marsick<sup>9</sup> มาศึกษา พบว่า ตัวแปรอิสระทั้งการสร้างระบบที่รวบรวมและแบ่งปันความรู้ การเชื่อมโยงองค์กรกับสิ่งแวดล้อม และภาวะผู้นำในการสนับสนุนการเรียนรู้ ต่างมีผลต่อการวัดผลทางความรู้ในระดับองค์กร จากการเรียนรู้และความสามารถทางความรู้ จากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัยในโรงพยาบาลกองบินแห่งหนึ่งพบว่า โรงพยาบาลกองบินยังขาดระบบที่รวบรวมและแบ่งปันความรู้ ส่วนใหญ่การจัดการความรู้อยู่ในรูปแบบเอกสาร ไม่ได้นำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน และไม่มีระบบรวบรวมฐานข้อมูลความสามารถของบุคลากรพยาบาล ไม่มีการวางแผนความก้าวหน้าในสายอาชีพที่เป็นระบบ ส่งผลให้การพัฒนาบุคลากรพยาบาลไม่ทั่วถึงทั้งองค์กร ส่วนการเชื่อมโยงองค์กรกับสิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลกองบินให้บริการโดยมุ่งเน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญ เช่น การรับฟังความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ข้อร้องเรียน จากผู้รับบริการโดยสำรวจความพึงพอใจและผู้รับฟังความคิดเห็น จากนั้นผู้รับผิดชอบจะนำ

มาทบทวน และปรับปรุง แต่ขาดการติดตามผลการดำเนินการ ทำให้เกิดปัญหาเดิมซ้ำ ๆ หรือปัญหาไม่ลดลง การส่งประกวดผลงานการจัดการความรู้ (KM) ระดับกองบิน มีเพียงเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบส่งผลงานเข้าประกวด และเป็นผลงานเดิมซ้ำ ๆ เนื่องจากขาดการสนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ในโรงพยาบาล อีกทั้งเวทีแลกเปลี่ยนความรู้อยังมีน้อย ไม่มีแรงจูงใจ หรือการให้รางวัลในการส่งเสริมการเรียนรู้ ส่งผลให้บุคลากรส่วนต่าง ๆ ไม่ให้ความร่วมมือ

จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าว ประกอบกับการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าการประเมินองค์กรแห่งการเรียนรู้โดยใช้เครื่องมือวัดจากระบบย่อยต่าง ๆ ทั้ง 5 ระบบ ของ Marquardt มีการนำไปใช้ประเมินองค์กรแห่งการเรียนรู้ ซึ่งมีความน่าเชื่อถือและทรงประสิทธิภาพ<sup>10</sup> แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาการทดสอบเครื่องมือดังกล่าวยังคงพบน้อยในการประเมินองค์กรแห่งการเรียนรู้ขององค์กรพยาบาล และยังไม่พบการศึกษาในบริบทของโรงพยาบาลกองบิน ซึ่งมีความแตกต่างจากบริบทของโรงพยาบาลสังกัดอื่น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีผลต่อองค์กรแห่งการเรียนรู้ทางการพยาบาล โรงพยาบาลกองบิน โดยศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยขององค์กร เพื่อนำผลที่ได้จากการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางพัฒนานโยบายและกระบวนการดำเนินงานขององค์กรพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ขับเคลื่อนโรงพยาบาลกองบินสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง และพร้อมมุ่งสู่สังคมฐานความรู้ ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการ องค์กร และวิชาชีพต่อไป

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ทางการพยาบาลของโรงพยาบาลกองบิน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีผลต่อการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ทางการพยาบาลของโรงพยาบาลกองบิน

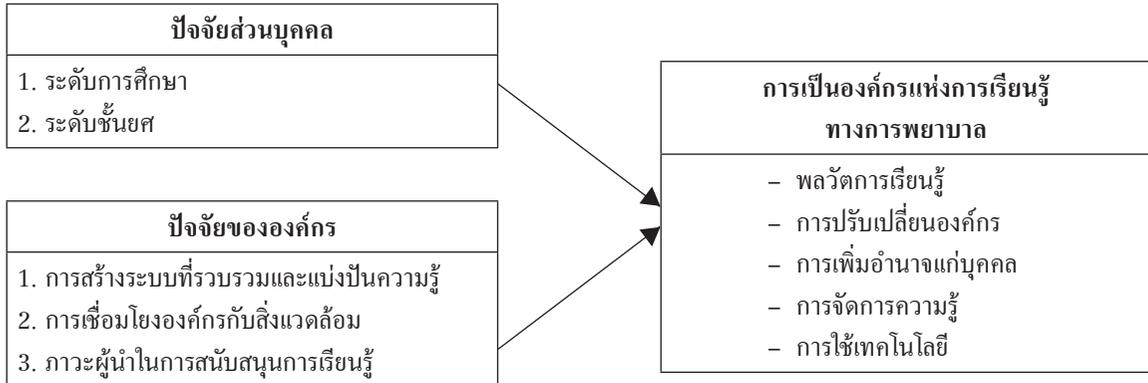
#### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีผลต่อการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ทางการพยาบาลของโรงพยาบาลกองบิน ผู้วิจัยได้ศึกษา ปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านองค์กร ตามแนวคิดของ McCormick & Ilgen<sup>4</sup> โดยผู้วิจัยทำการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา และระดับชั้นยศ ปัจจัยขององค์กร ได้แก่ 1) การสร้างระบบที่รวบรวมและแบ่งปัน

ความรู้ 2) การเชื่อมโยงองค์กรกับสิ่งแวดล้อม และ 3) ภาวะผู้นำในการสนับสนุนการเรียนรู้ ซึ่งผู้วิจัยสร้างกรอบแนวคิดการวิจัยจากการบูรณาการแนวคิดของ Watkins and

Marsick<sup>9</sup> และแนวคิดการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของ Marquardt<sup>3</sup>

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



### วิธีการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) แบบการศึกษาความสัมพันธ์เชิงพยากรณ์ (Predictive study) เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีผลต่อการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ทางการพยาบาลโรงพยาบาลกองบิน ระยะเวลาดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนมิถุนายน-กรกฎาคม พ.ศ. 2566

#### ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

งานวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และได้รับการพิจารณาว่าเป็นโครงการที่เข้าข่ายการพิจารณาแบบยกเว้น ตามประกาศมหาวิทยาลัยขอนแก่น ฉบับที่ 2178/2563 หมายเลขโครงการ HE662058 วันที่ 13 มีนาคม พ.ศ. 2566 โดยกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ และสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสอบถาม ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลในภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกองบิน จำนวน 11 แห่ง และปฏิบัติงานเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี ขึ้นไป ซึ่งมีจำนวนพยาบาลรวมทั้งสิ้น 140 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกองบิน จำนวน 11 แห่ง

และปฏิบัติงานเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี ขึ้นไป ซึ่งครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำในการวิเคราะห์ตัวแปรพหุ (Multivariate analysis) โดยใช้สูตร Thorndike ดังนี้  $n = 10(k) + 50$  โดย  $k$  คือ ตัวแปรอิสระ การศึกษานี้มีตัวแปรอิสระ 5 ตัว เมื่อนำมาคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำเท่ากับ 100 คน และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการกระจายตัวตามสถานที่ต่าง ๆ การใช้แบบสอบถามออนไลน์จะคุ้มค่ามากกว่า<sup>11</sup> ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีอัตราตอบกลับของแบบสอบถามออนไลน์มีอัตราค่อนข้างสูง<sup>12</sup> แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถติดต่อได้โดยตรง ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 30<sup>13</sup> เพื่อให้ได้ตัวอย่างมากพอที่จะเป็นตัวแทนที่ดีของประชากร จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 130 คน ซึ่งมีขนาดใกล้เคียงกับจำนวนประชากร ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเก็บรวบรวมข้อมูลในประชากรทั้งหมดจำนวนทั้งสิ้น 140 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา และระดับชั้นยศ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check List) จำนวน 2 ข้อ

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามปัจจัยขององค์กร ได้แก่

- 1) แบบสอบถามการสร้างระบบที่รวบรวมและแบ่งปันความรู้
- 2) แบบสอบถามการเชื่อมโยงองค์กรกับสิ่งแวดล้อม
- 3) แบบสอบถามภาวะผู้นำในการสนับสนุนการเรียนรู้ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการบูรณาการแนวคิดของ Watkins

& Marsick<sup>9</sup> จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ทางพยาบาลของโรงพยาบาลกองบิน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการบูรณาการแนวคิดของ Marquardt<sup>3</sup> จำนวน 29 ข้อ

ลักษณะของแบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 เป็นคำถามปลายปิด มีคำตอบให้เลือกตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยคะแนนน้อยที่สุด คือ 1 ถึงคะแนนมากที่สุด คือ 5 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน และหาความเที่ยงของแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 และ 3 โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบรอก ได้ค่าเท่ากับ 0.74, 0.85, 0.90 และ 0.91 ตามลำดับ

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการส่งแบบสอบถามออนไลน์โดยใช้ Google forms โดยจัดส่งในรูปแบบลิงค์ (Link) และแผ่นประชาสัมพันธ์ที่มีรหัสคิวอาร์โค้ด (QR Code) ส่งผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (Line) ให้กับผู้ประสานงานของโรงพยาบาลกองบินทั้ง 11 แห่ง และขอความร่วมมือผู้ประสานงานเป็นผู้ส่งมอบลิงค์ และแผ่นประชาสัมพันธ์ที่มีรหัสคิวอาร์โค้ด ให้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยแบบสอบถามออนไลน์มีข้อความชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีตอบแบบสอบถามโดยไม่ระบุชื่อผู้ตอบแบบสอบถาม วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้ตอบแบบสอบถาม และการขอความยินยอม (Informed Consent) โดยระบุข้อความชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบชัดเจนว่า การกดส่งหรือ Submit คือ การยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 4 สัปดาห์ ได้รับแบบสอบถามออนไลน์กลับคืน 111 ชุด คิดเป็นร้อยละ 79.29

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติวิเคราะห์

ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

#### ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิค ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกองบิน มีจำนวนทั้งสิ้น 111 คน จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด จำนวน 75 คน (ร้อยละ 67.6) รองลงมาคือ ระดับต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 29 คน (ร้อยละ 26.1) และระดับสูงกว่าปริญญาตรีน้อยที่สุด จำนวน 7 คน (ร้อยละ 6.3) พยาบาลส่วนใหญ่มีระดับชั้นยศเป็นนายทหารชั้นประทวน จำนวน 65 คน (ร้อยละ 58.6) และเป็นนายทหารชั้นสัญญาบัตร จำนวน 46 คน (ร้อยละ 41.4)

2. ปัจจัยขององค์กร พบว่า ระดับปัจจัยขององค์กรโดยรวม อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.63$ , S.D. = 0.63) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าปัจจัยขององค์กรทุกด้าน อยู่ในระดับมาก ซึ่งมีคะแนนเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย คือ ภาวะผู้นำในการสนับสนุนการเรียนรู้ ( $\bar{X} = 3.70$ , S.D. = 0.79) รองลงมา ได้แก่ การเชื่อมโยงองค์กรกับสิ่งแวดล้อม ( $\bar{X} = 3.66$ , S.D. = 0.70) และการสร้างระบบที่รวบรวมและแบ่งปันความรู้ ( $\bar{X} = 3.53$ , S.D. = 0.64) ตามลำดับ

3. การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ทางการพยาบาล ตามการรับรู้ของพยาบาล โรงพยาบาลกองบิน พบว่า ระดับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ทางการพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.60$ , S.D. = 0.68) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ซึ่งมีคะแนนเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย คือ การเพิ่มอำนาจแก่บุคคล ( $\bar{X} = 3.70$ , S.D. = 0.79) รองลงมา คือ การจัดการความรู้ ( $\bar{X} = 3.64$ , S.D. = 0.68) การปรับเปลี่ยนองค์กร ( $\bar{X} = 3.61$ , S.D. = 0.72) และพลวัตการเรียนรู้ ( $\bar{X} = 3.57$ , S.D. = 0.72) ตามลำดับ ด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดและอยู่ในระดับปานกลาง คือ การใช้เทคโนโลยี ( $\bar{X} = 3.49$ , S.D. = 0.80) รายละเอียดดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ทางการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลโรงพยาบาลกองบิน โดยรวมและจำแนกเป็นรายด้าน (n = 111)

การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ทางการพยาบาล	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. พฤติกรรมการเรียนรู้	3.57	0.72	มาก
2. การปรับเปลี่ยนองค์กร	3.61	0.72	มาก
3. การเพิ่มอำนาจแก่บุคคล	3.70	0.79	มาก
4. การจัดการความรู้	3.64	0.68	มาก
5. การใช้เทคโนโลยี	3.49	0.80	ปานกลาง
<b>รวม</b>	<b>3.60</b>	<b>0.68</b>	<b>มาก</b>

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยขององค์กร กับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ทางการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาล โรงพยาบาลกองบิน ผลการวิเคราะห์ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ทางการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r = 0.28$ ) และระดับชั้นยศไม่มีความสัมพันธ์กับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ทางการพยาบาล ส่วนปัจจัยขององค์กร ได้แก่ การเชื่อมโยงองค์กรกับสิ่งแวดล้อม และภาวะ

ผู้นำในการสนับสนุนการเรียนรู้ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ทางการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r = 0.83$  และ  $r = 0.87$  ตามลำดับ) และปัจจัยขององค์กร ด้านการสร้างระบบที่รวบรวมและแบ่งปันความรู้ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ทางการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r = 0.64$ ) รายละเอียดดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ทางการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลโรงพยาบาลกองบิน (n = 111)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
<b>ปัจจัยส่วนบุคคล</b>			
ระดับการศึกษา	0.28	0.003*	ต่ำ
ระดับชั้นยศ	0.15	0.113	ไม่มีความสัมพันธ์
<b>ปัจจัยขององค์กร</b>			
การสร้างระบบที่รวบรวมและแบ่งปันความรู้	0.64	< 0.001*	ปานกลาง
การเชื่อมโยงองค์กรกับสิ่งแวดล้อม	0.83	< 0.001*	สูง
ภาวะผู้นำในการสนับสนุนการเรียนรู้	0.87	< 0.001*	สูง

\* กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

5. ปัจจัยที่ร่วมกันพยากรณ์การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ทางการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลโรงพยาบาลกองบิน ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า ตัวพยากรณ์ที่มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน (Beta) สูงสุดเรียงตามลำดับ คือ ภาวะผู้นำในการสนับสนุนการเรียนรู้ (Beta = 0.563) การเชื่อมโยงองค์กรกับสิ่งแวดล้อม (Beta = 0.297) และการ

สร้างระบบที่รวบรวมและแบ่งปันความรู้ (Beta = 0.140) แสดงว่า ภาวะผู้นำในการสนับสนุนการเรียนรู้มีความสำคัญเป็นอันดับแรกในการพยากรณ์การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ทางการพยาบาลของโรงพยาบาลกองบิน รองลงมาคือ การเชื่อมโยงองค์กรกับสิ่งแวดล้อม และการสร้างระบบที่รวบรวมและแบ่งปันความรู้ ตามลำดับ ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เท่ากับ 0.824 ( $R^2 = 0.824$ )

แสดงว่า ทั้งสามปัจจัยสามารถร่วมพยากรณ์การเป็น  
องค์กรแห่งการเรียนรู้ทางการพยาบาลของโรงพยาบาล

**ตารางที่ 3** ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (B) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) การทดสอบ  
ความมีนัยสำคัญของ B ของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณที่ใช้พยากรณ์การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ทางการ  
พยาบาล ตามการรับรู้ของพยาบาลโรงพยาบาลกอนบิน (n = 111)

ตัวแปรพยากรณ์	B	SE (b)	Beta	t	p-value
ภาวะผู้นำในการสนับสนุนการเรียนรู้	0.482	0.055	0.563	8.768	< 0.001
การเชื่อมโยงองค์กรกับสิ่งแวดล้อม	0.287	0.069	0.297	4.125	< 0.001
การสร้างระบบที่รวบรวมและแบ่งปันความรู้	0.147	0.057	0.140	2.579	0.011

F = 166.700 (p-value < 0.001), Constant = 0.249  
R = 0.908, R<sup>2</sup> = 0.824, Adjusted R<sup>2</sup> = 0.819

\* กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

### วิจารณ์และสรุป

ระดับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ทางการพยาบาล  
ของโรงพยาบาลกอนบิน โดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  =  
3.60, S.D. = 0.68) เนื่องจากโรงพยาบาลกอนบินมีการ  
พัฒนาระบบบริการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อให้ผ่าน  
การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐานโรงพยาบาล  
และบริการสุขภาพสถานพยาบาลจากองค์กรภายนอก ทำให้  
พยาบาลมีการตื่นตัวในการผลักดันให้องค์กรของตนเป็น  
องค์กรแห่งการเรียนรู้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ  
สุดฤทัย รัตนโอภาส และคณะ<sup>14</sup> ที่พบว่า ระดับการเป็น  
องค์กรแห่งการเรียนรู้ในภาพรวมอยู่ในระดับค่อนข้างมาก  
ซึ่งส่วนใหญ่ได้มีการนำแนวทางมาตรฐานโรงพยาบาลและ  
บริการสุขภาพสถานพยาบาลมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการ  
บริการเช่นเดียวกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการเป็นองค์กร  
แห่งการเรียนรู้ทางการพยาบาล โรงพยาบาลกอนบิน ปัจจัย  
ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำต่อการ  
เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ทางการพยาบาล ( $r$  = 0.28)  
อภิปรายได้ว่า พยาบาลโรงพยาบาลกอนบินมีระดับการศึกษา  
ต่างกัน จึงมีระดับความคิดเห็นต่อการพัฒนาองค์กรเพื่อก้าว  
สู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ทางการพยาบาลแตกต่างกัน  
สอดคล้องกับการศึกษาของมัลลิกา บุตรทองทิพย์ และคณะ<sup>15</sup>  
พบว่า ระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเป็นองค์กรแห่ง  
การเรียนรู้ แตกต่างกันตามวุฒิการศึกษา และจากการศึกษา  
นี้ที่พบว่า ระดับชั้นยศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเป็นองค์กร

แห่งการเรียนรู้ทางการพยาบาล อภิปรายได้ว่า ระดับชั้นยศ  
เป็นการแบ่งลำดับชั้นของพยาบาล โดยให้ดำรงยศทางทหาร  
เพื่อให้ง่ายต่อการบังคับบัญชาเท่านั้น ซึ่งพยาบาลที่เป็นนาย  
ทหารชั้นสัญญาบัตรจะมีบทบาทหน้าที่เป็นหัวหน้าในหน่วย  
ต่างๆ อีกทั้งในองค์กรพยาบาลสนับสนุนให้บุคลากร  
พยาบาลทุกระดับเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน และรับ  
ฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ดังนั้น ระดับชั้นยศจึงไม่ส่ง  
ผลต่อการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของพยาบาล  
โรงพยาบาลกอนบิน

ปัจจัยขององค์กร ด้านภาวะผู้นำในการสนับสนุนการ  
เรียนรู้ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงต่อการเป็นองค์กร  
แห่งการเรียนรู้ทางการพยาบาล ( $r$  = 0.87) อย่างมีนัยสำคัญ  
ทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเป็นองค์กร  
แห่งการเรียนรู้ทางการพยาบาลเนื่องจากผู้บังคับบัญชาให้  
ความสำคัญและสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ โดยการกระตุ้น  
ให้บุคลากรให้ความร่วมมือ ให้อำนาจบุคลากรพยาบาลมี  
ส่วนร่วมในการออกแบบนโยบายและกลยุทธ์ และสื่อสารให้  
บุคลากรในองค์กรเข้าใจวิสัยทัศน์ขององค์กร เพื่อให้  
บุคลากรเหล่านั้นเป็นส่วนหนึ่งในการนำพาให้องค์กรก้าวไป  
สู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ สอดคล้องกับแนวคิดของ  
Daff<sup>16</sup> ที่ว่าภาวะผู้นำเป็นความสัมพันธ์ที่มีอิทธิพลระหว่าง  
ผู้นำและผู้ตาม ที่สามารถกระตุ้นและใช้อิทธิพลให้เกิด  
การเปลี่ยนแปลงเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายร่วมกันขององค์กร  
ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ สุธรรม ลึกษา  
จารย์ และคณะ<sup>17</sup> ที่พบว่า ภาวะผู้นำมีอิทธิพลทางตรงต่อ

การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของสถานศึกษาขั้นพื้นฐานในภาคใต้ตอนบน

ปัจจัยขององค์กร ด้านการเชื่อมโยงองค์กรกับสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงต่อการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ทางการพยาบาล ( $r = 0.83$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ทางการพยาบาลเนื่องจากองค์กรพยาบาลสนับสนุนให้บุคลากรพยาบาลแสวงหาองค์ความรู้จากสิ่งแวดล้อมรอบข้าง เชื่อมโยงองค์กรกับชุมชน และนำความคิดเห็นของผู้รับบริการมาใช้ในกระบวนการตัดสินใจ อีกทั้งให้ความสำคัญกับสมดุลในการใช้ชีวิตและการทำงาน สร้างขวัญและกำลังใจให้กับบุคลากรพยาบาล จึงจะทำให้บุคลากรพยาบาลเกิดการเรียนรู้ และร่วมกันหาแนวทางปฏิบัติที่ดีมาประยุกต์ใช้กับการทำงาน เพื่อปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานและพัฒนาคุณภาพการบริการให้ดีขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อุมพร สีสุริยา และวานิช ประเสริฐพร<sup>18</sup> พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศองค์กรกับการเป็นชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา โดยภาพรวมมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวก และมีความสัมพันธ์กันในระดับมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพ์พรรณ พรบุญณาโรจน์ และอริสรา สำรอง<sup>19</sup> ที่พบว่าบรรยากาศองค์กรมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และสามารถพยากรณ์พฤติกรรมการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของบุคลากรสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ปัจจัยขององค์กร ด้านการสร้างระบบที่รวบรวมและแบ่งปันความรู้ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางต่อการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ทางการพยาบาล ( $r = 0.64$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ทางการพยาบาลเนื่องจากองค์กรพยาบาลมีการจัดการความรู้อย่างเป็นระบบ และใช้เทคโนโลยีมาใช้ในการแบ่งปันความรู้ เพื่อให้เข้าถึงข้อมูลได้ง่ายและสะดวกต่อการเรียนรู้ของบุคลากรพยาบาล ส่งผลให้บุคลากรพยาบาลนำความรู้ใหม่ที่ได้ออกมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ รุ่งรติศ คงยั้งยืน และสมนึก เพชรช่วย<sup>20</sup> พบว่า การแบ่งปันความรู้มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ และสอดคล้องกับผลการศึกษา

ของ กนกศักดิ์ ทินราช และคณะ<sup>21</sup> ที่พบว่าการจัดการความรู้ในองค์กรนั้นเป็นการจัดระบบความรู้ และถ่ายทอดความรู้ของบุคลากรภายในองค์กรถือว่าเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าส่งเสริมองค์กรแห่งการเรียนรู้

ปัจจัยคัดสรรที่มีอำนาจพยากรณ์การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ทางการพยาบาล โรงพยาบาลกองบิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 คือ ภาวะผู้นำในการสนับสนุนการเรียนรู้ การเชื่อมโยงองค์กรกับสิ่งแวดล้อม และการสร้างระบบที่รวบรวมและแบ่งปันความรู้ โดยสามารถรวมพยากรณ์การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ทางการพยาบาล โรงพยาบาลกองบิน ได้ถึงร้อยละ 82.4 ( $R^2 = 0.824$ ) เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) พบว่าตัวพยากรณ์ที่มีค่า Beta สูงสุดเรียงลำดับคือ ภาวะผู้นำในการสนับสนุนการเรียนรู้ (Beta = 0.563) การเชื่อมโยงองค์กรกับสิ่งแวดล้อม (Beta = 0.297) และการสร้างระบบที่รวบรวมและแบ่งปันความรู้ (Beta = 0.140)

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางพัฒนานโยบายและกระบวนการดำเนินงานด้านการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของโรงพยาบาลกองบิน ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
2. ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปพัฒนา ปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ของโรงพยาบาลกองบิน เพื่อผลักดันให้องค์กรเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ เพิ่มเติม ที่จะร่วมกันอธิบายการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ทางการพยาบาล เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้ทางการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น วัฒนธรรมขององค์กร โครงสร้างองค์กร การสื่อสาร และการทำงานเป็นทีม เป็นต้น
2. ควรมีการทำวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับภาวะผู้นำของหัวหน้าพยาบาล เพื่อหาแนวทางการพัฒนาองค์กรพยาบาลให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ทางการพยาบาลเพิ่มมากขึ้น
3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบลักษณะการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม และพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

## กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณา จาก  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกอนบิน หัวหน้าพยาบาล

โรงพยาบาลกอนบิน และพยาบาลโรงพยาบาลกอนบิน ทั้ง 11  
แห่ง ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามในการ  
วิจัย ซึ่งทำให้การวิจัยในครั้งนี้ลุล่วงไปได้ด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

1. กนกนภัส สมงคล. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วยวัฒนธรรมองค์การแบบ  
สร้างสรรค์กับความเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลในสังกัด  
กรุงเทพมหานคร. ว. กองการพยาบาล 2563;47(2):44-57.
2. สุนทรินทร์ มีพริ้ง. คุณลักษณะของภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์: ความท้าทายสู่การเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ ของ  
องค์การพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน. ว. วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2561;29(2):198-206.
3. Marquardt MJ. Building the learning organization: Mastering the 5 elements for corporate  
learning. 2nd ed. United States: Davies-Black Publishing; 2002.
4. McCormick J E, Ilgen RD. Industrial and organizational psychology. 3rd ed. Newjericy: Prentice-  
Hall. Inc; 1985.
5. จีราวรรณ นามพันธ์, นฤมล เอี่ยมณีกุล, และสุรินทร์ กลัมพากร. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแล  
ที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร. ว. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย  
บูรพา 2563;28(3):41-52.
6. มัลลิกา บุตรทองทิพย์, พิสมัย จารุจิตติพันธ์, และสุพิศาล ภัคตินฤณาด. ปัจจัยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเป็น  
มหาวิทยาลัยเพื่อการพัฒนาท้องถิ่นการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ และปัจจัยการจัดการตามพันธกิจที่มีผลต่อ  
การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของมหาวิทยาลัยราชภัฏภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ว. สังคมศาสตร์และ  
มนุษยวิทยาเชิงพุทธ 2565;7(12):27-39.
7. สมประสงค์ ยะดิน. ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการองค์กรเพื่อเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของกองบัญชาการกองทัพ  
ไทย พื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา. ว. สมาคมนักวิจัย 2562;24(3):273-289.
8. Song JH. The effects of learning organization culture on the practices of human knowledge-  
creation: An empirical research study in Korea. Int J Train Dev 2008;12(4):265-281.
9. Watkins KE, Marsick VJ. Summing up: Demonstrating the value of an organization's learning  
culture. Advances in Developing Human Resources 2003;5(2):29-131.
10. มณฑล สรไกรกิติกุล. การวินิจฉัยองค์กรเพื่อเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้. สถาบันวิจัยเศรษฐกิจสร้างสรรค์  
มหาวิทยาลัยกรุงเทพ 2562;18(2):1-13.
11. Sue VM, Ritter LA. Conducting online surveys. United States: Sage Publishing; 2007.
12. บุญรัตน์ แผลงสร. เรื่องมือการวิจัยทางสังคมศาสตร์: แบบสอบถามออนไลน์. ว. การวัดผลการศึกษา  
2565;39(105):28-38.
13. Israel GD. Determining sample size [Internet]. United States: University of Florida; 1992  
[cited 2022 Aug 16]. Available from: <http://edis.ifas.ufl.edu>
14. สุดฤทัย รัตน์โอภาส, วรางคณา จันทร์คง, และอารยา ประเสริฐชัย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นองค์กร  
แห่งการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร. ว. กฎหมายและนโยบายสาธารณสุข  
2567;10(2):233-251.
15. มัลลิกา บุตรทองทิพย์, พิสมัย จารุจิตติพันธ์, และสุพิศาล ภัคตินฤณาด. ปัจจัยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการ

เป็นมหาวิทยาลัยเพื่อการพัฒนาท้องถิ่นการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ และปัจจัยการจัดการตามพันธกิจที่มีผลต่อการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของมหาวิทยาลัยราชภัฏ ภาควิชาวันออกเฉียงเหนือ. ว. สังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ 2565;7(12):27-40.

16. Daff RL. Leadership Theory and Practice. Florida: The Dryden Press; 1999.
17. สุธรรม สิกขาจารย์, อำนวย ทองโปร่ง, ชีรวัฒน์ นิจนตร, และกิตติพงษ์ สุมิพันธ์. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของวัฒนธรรมองค์กร ภาวะผู้นำ และการจัดการความรู้ที่ส่งต่อการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของสถานศึกษาขั้นพื้นฐานในภาคใต้ตอนบน. ว. ดุษฎีบัณฑิตทางสังคมศาสตร์ 2563;10(2):531-544.
18. อุมภาพร สีสุริยา, และวานิช ประเสริฐพร. ความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศองค์กรกับการเป็นชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาขอนแก่น เขต 2. ว. วิชาการร้อยแก่นสาร 2564;7(2):323-337.
19. พิมพ์พรรณ พรบุญณภาโรจน์, และอริสรา ตำรอง. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพเชิงรุก ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและบรรยากาศองค์กรที่ส่งต่อการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของบุคลากรสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ว. ดุษฎีบัณฑิตทางสังคมศาสตร์ 2560;7(3):105-106.
20. รุ่งรติศ คงยังยืน, และสมนึก เพชรช่วย. ความสัมพันธ์และอิทธิพลระหว่างการแบ่งปันความรู้ บรรยากาศองค์กร องค์กรแห่งการเรียนรู้และความคิดสร้างสรรค์ของครูสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) กระทรวงศึกษาธิการ. ว. ร่มพฤกษ์ มหาวิทยาลัยเกริก 2561;36(3):135-158.
21. กนกศักดิ์ ทินราช และวิภาดา ประสารทรัพย์. การจัดการความรู้เพื่อส่งเสริมองค์กรแห่งการเรียนรู้ของสถานศึกษา. Interdisciplinary Academic and Research Journal 2566;4(3):837-860.

## ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

วิจิต สาขา พย.บ.\*

ปานเพชร สกุลคู พย.ม.\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงทำนายมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 160 คน ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ณ หอผู้ป่วยใน ทั้ง 3 หอผู้ป่วย ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2566 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งแห่งสหภาพยุโรป (European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life QLQ – C30 questionnaire: EORTC QLQ – C30) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและวิเคราะห์อำนาจในการทำนายของความสามารถทางด้านปัจจัยส่วนบุคคลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression)

ผลการวิจัยพบว่า

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด การผ่าตัดร่วมกับการให้เคมีบำบัด และการผ่าตัดร่วมกับการฉายแสง จากการประเมินด้วย EORTC QLQ – C30 มีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.50, S.D. = 0.44)

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี พบว่าเพศ จำนวนครั้งของการกลับมาเป็นมะเร็งซ้ำ และจำนวนครั้งของการได้รับการรักษา มีความสัมพันธ์เชิงลบ ในขณะที่ชนิดของการรักษาและอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวก กับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ( $p < 0.001$ ) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพหุคูณเป็น 0.877 และสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดได้ร้อยละ 86.9 ดังสมการ คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย =  $20.723 - 3.236$  เพศ +  $1.884$  ชนิดของการรักษา -  $1.822$  จำนวนครั้งของการกลับมาเป็นมะเร็งซ้ำ -  $4.036$  จำนวนครั้งของการได้รับการรักษา +  $0.164$  อายุ

คำสำคัญ: ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต คุณภาพชีวิต ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

\*\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี (ผู้รับผิดชอบ)

อีเมล: koopuy@bcnu.ac.th

รับบทความ: 19 มิถุนายน 2567 แก้ไขบทความ: 6 สิงหาคม 2567 รับผิดชอบบทความ: 22 สิงหาคม 2567

## Factors Affecting Quality of Life of Cancer Patients Undergoing Surgery in Udon Thani Cancer Hospital

Wichit Sakha B.N.S.\*

Panphet Sakulkoo M.N.S.\*\*

### Abstract

This predictive research was aimed to explore the level of quality of life and study factors affecting the quality of life of cancer patients undergoing surgery admitted to Udon Thani Cancer Hospital. 160 cancer patients undergoing surgery admitted to Udon Thani Cancer Hospital at all 3 inpatient wards of Udon Thani Cancer Hospital between July and September 2023, were selected by purposive sampling. The instruments used to collect the data were comprised of the demographic questionnaire of the patients, and the Thai version of European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life QLQ – C30 questionnaire (EORTC QLQ – C30). The data were analyzed by descriptive statistics, and Multiple regression.

The results of the study showed that

1. Quality of life of cancer patients treated with surgery, surgery combined with chemotherapy, and surgery combined with radiation That was assessed with EORTC QLQ – C30 , had a score for quality of life and overall health status been moderate (Mean = 3.50, S.D. = 0.44).

2. Factors affecting the quality of life of cancer patients undergoing surgery at Udon Thani Cancer Hospital were found that gender, number of times the cancer came back. The number of times receiving treatment was negatively related. While the type of treatment and age were positively related to the overall quality of life of cancer patients treated with surgery ( $p < 0.001$ ), with a multiple correlation coefficient of 0.877 and predicted the overall quality of life of cancer patients treated with surgery for 86.9% as shown in the equation

overall quality of life of cancer patients treated with surgery =  $20.723 - 3.236 \text{ gender} + 1.884 \text{ type of Treatment} - 1.822 \text{ Number of times the cancer came back} - 4.036 \text{ Number}$ .

**Keywords:** Factors affecting the quality of life, Quality of life, Cancer patients undergoing surgery

---

\* Registered Nurse Professional Level, Udothani Cancer Hospital, Udonthani Province

\*\* Nursing Administration Boromarajonani College of Nursing, Udonhani.

E-Mail : [koopuy@bcnu.ac.th](mailto:koopuy@bcnu.ac.th)

Received: June 19, 2024 / Revised: August 6, 2024 / Accepted: August 22, 2024

## บทนำ

มะเร็งเป็นสาเหตุอันดับแรกที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตอย่างต่อเนื่อง โดยพบอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรไทย 100,000 คน เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม แบบแผนการดำเนินชีวิต เช่น การมีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน สูบบุหรี่ และดื่มสุรา เป็นต้น ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ในปัจจุบันได้มีการนำเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เจริญก้าวหน้าในการวินิจฉัยโรคและการรักษามะเร็ง และการรักษามะเร็งมีหลากหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด การให้เคมีบำบัด การให้รังสีรักษา การรักษาด้วยยาต้านมะเร็งแบบมุ่งเป้า (targeted therapy) และ/หรือการรักษาแบบผสมผสานหลายวิธี ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งมีอัตราการเสียชีวิตลดลง แต่มะเร็งส่วนใหญ่ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยมะเร็งบางชนิดกลับเป็นซ้ำใหม่ได้ ทำให้อัตราการรอดชีวิตของมะเร็งแต่ละชนิดอาจมีมากน้อยแตกต่างกันไป<sup>1</sup> ซึ่งขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ชนิดของมะเร็ง อายุ เพศ ระยะของโรค เป็นต้น<sup>2,3</sup> และยังมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมของผู้ป่วยและผู้ดูแล<sup>4</sup>

การผ่าตัดเป็นวิธีการรักษามะเร็งเฉพาะที่ ส่วนใหญ่เป็นการรักษามะเร็งระยะแรกที่ต้องมีการผ่าตัด เช่น มะเร็งศีรษะและคอ มะเร็งเต้านม หรือมะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นต้น ในปัจจุบันพบว่า การผ่าตัดเพื่อรักษาโรคมะเร็งมีความก้าวหน้าเพิ่มขึ้น โดยในบางอวัยวะสามารถผ่าตัดได้โดยไม่ทำให้เสียรูปทรง รวมถึงการหลีกเลี่ยงการสูญเสียอวัยวะนั้นไป เช่น มะเร็งเต้านม นอกจากนี้ยังพบว่าการผ่าตัดเป็นการรักษามะเร็งที่ส่งผลกระทบต่ออวัยวะน้อยไม่จำเป็นเป็นการผ่าตัดแบบแผลเล็ก เช่น การผ่าตัดผ่านกล้อง ซึ่งทำได้ทั้งการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ หรือการผ่าตัดผ่านกล้องโดยใช้หุ่นยนต์ช่วย เพื่อรักษามะเร็งต่อมลูกหมาก เป็นต้น

ถึงแม้ว่าการรักษามะเร็งด้วยวิธีการผ่าตัดจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีระยะเวลารอดชีวิตเพิ่มขึ้น แต่การรักษาด้วยการผ่าตัดส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง โดยผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัดหลายครั้งจากการกลับเป็นซ้ำของมะเร็ง (Recurrent cancer) ส่งผลให้เกิดความกลัวต่อการผ่าตัด และยังคงต้องเผชิญกับอาการข้างเคียงจากการผ่าตัดที่มีผลกระทบโดยตรงกับร่างกาย เช่น การผ่าตัดเต้านมที่ผู้ป่วยอาจมีการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ

หรือ การผ่าตัดคดโค้งเสียงที่มีผลต่อการสื่อสารของผู้ป่วย รวมถึงการเผชิญความปวดจากการผ่าตัด หรือการเปลี่ยนแปลงในด้านบทบาทหน้าที่จากผู้นำครอบครัว หรือจากการมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการเข้ารับการรักษานอกจากนี้ยังพบว่า อายุ และระดับการศึกษามีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีการผ่าตัดเต้านม<sup>3</sup> ในขณะที่เพศ อายุ และความเพียงพอของรายได้ มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเดินปัสสาวะใหม่<sup>4</sup> นอกจากนี้ยังพบว่า ชนิดของมะเร็ง ชนิดของการรักษาด้วยการผ่าตัด ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง การกลับเป็นซ้ำ การจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษา และจำนวนครั้งที่ได้รับการรักษา มีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทั้งสิ้น<sup>1,3,7</sup>

โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี เป็นสถาบันทางการแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งด้วยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ รวมถึงมีวิทยาการหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย มีการอภิบาลผู้ป่วยมะเร็งอย่างมีประสิทธิภาพ ให้บริการคุณภาพแบบองค์รวม และรับผิดชอบผู้ป่วยที่อยู่ในเขตสุขภาพที่ 7 และ 8 จากสถิติของผู้มารับบริการปี พ.ศ. 2564 พบว่า มีผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 7,417 คน เป็นผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวน 2,099 คน คิดเป็นร้อยละ 28.30 คน มีหอผู้ป่วยให้บริการรับผู้ป่วยไว้ในอนเพื่อรับการรักษา จากสถิติพบจำนวนผู้ป่วยในที่เข้ารับการรักษาในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 4,294 คน และในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 3,983 คน โดยผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 – พ.ศ. 2565 จำนวน 892, 756, 635, 547 และ 822 คน ตามลำดับ<sup>5</sup> จากสถิติพบว่า ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งระยะแรกที่ต้องได้รับการผ่าตัด ได้แก่ มะเร็งศีรษะและคอ มะเร็งเต้านม หรือมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยการผ่าตัด 5 อันดับแรก ได้แก่ Laryngectomy, Esophagectomy, Thyroidectomy with neck dissection, Mastectomy และ Hemicolecotomy นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีความซับซ้อนของโรคเพิ่มมากขึ้นจากการมีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดมีความต้องการในการดูแลเพิ่มขึ้น ทั้งที่มาจากความต้องการที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วย

โรคมะเร็งตั้งแต่ระยะแรกที่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต และจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดตั้งแต่ระยะเตรียมความพร้อมเพื่อการผ่าตัด ระยะผ่าตัดจนถึงระยะพักฟื้น ดังนั้นการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งจึงมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า คุณภาพชีวิตเป็นตัวแปรสำคัญที่แสดงให้เห็นถึงคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดจะช่วยให้ทีมสุขภาพเข้าใจถึงปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วย แต่จากการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการรักษาอื่นๆ ได้แก่ การได้รับเคมีบำบัด การฉายแสง และการรักษาด้วยหลายวิธีร่วมกัน แต่การศึกษาถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ผ่าตัดแยกตามอวัยวะที่มีความผิดปกติของเซลล์ ร่วมกับการรักษามะเร็งด้วยวิธีอื่นๆ แต่การให้บริการผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ต้องรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งที่มีการผ่าตัดที่หลากหลาย หรือที่ต้องมีการรักษาผ่าตัดมากกว่าหนึ่งครั้ง ยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อย นอกจากนี้ยังพบว่าส่วนใหญ่ใช้แบบประเมิน WHOQOL-26 ในการประเมินคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตในภาพรวมมากกว่าการประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งโดยเฉพาะ ที่ต้องพิจารณาทั้งในมิติด้านร่างกาย บทบาท อารมณ์ การคิดและตัดสินใจ สังคมและเศรษฐกิจ สุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวม และด้านอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง

ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ชนิดของมะเร็ง ชนิดของการรักษา ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง การกลับมาเป็นซ้ำและจำนวนครั้งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี เพื่อให้ทราบปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และนำมาวางแผนเพื่อพัฒนาส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

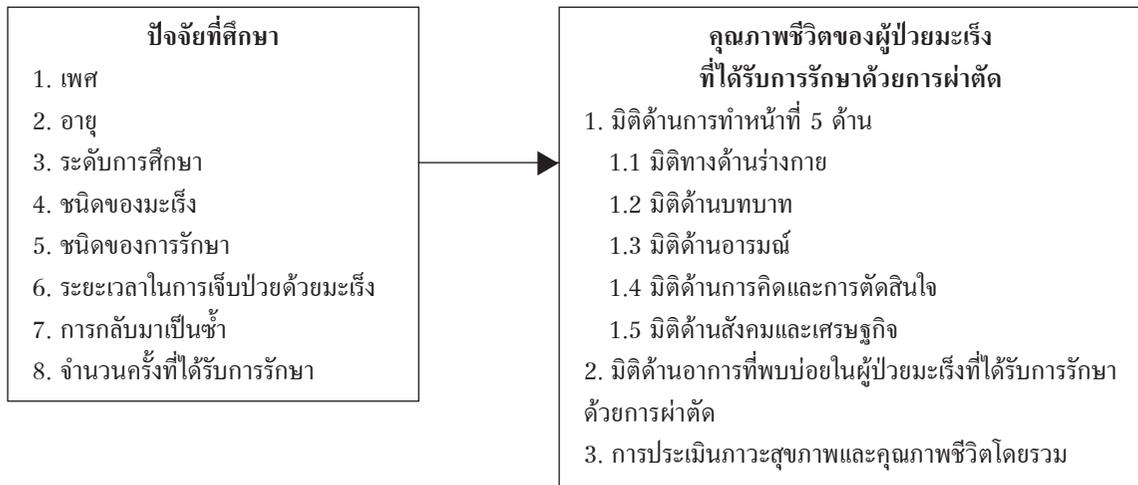
## สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ชนิดของมะเร็ง ชนิดของการรักษาระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง จำนวนครั้งของการกลับมาเป็นซ้ำ และจำนวนครั้งที่ได้รับการรักษา สามารถร่วมกันทำนาย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดได้

## กรอบแนวคิดการวิจัย

ในปัจจุบันคุณภาพชีวิตนั้นถูกกำหนดให้เป็นตัวแปรผลลัพธ์ที่สำคัญในงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมะเร็ง และยังเป็นตัวแปรวัดผลลัพธ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งด้วย เพราะการประเมินระดับคุณภาพชีวิตจะสะท้อนคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และการดำเนินของโรคมะเร็งได้ชัดเจนในการศึกษาครั้งนี้ประเมินโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนาขึ้นโดยองค์การการศึกษาและวิจัยการรักษาเพื่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งแห่งสหภาพยุโรป (The European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Study Group on Quality of Life: EORTC QLQ - C30) ประกอบด้วยคุณภาพชีวิต 6 มิติ คือ ร่างกาย บทบาท อารมณ์ การคิดและตัดสินใจ สังคมและเศรษฐกิจ สุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวม และด้านอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง แปลเป็นภาษาไทยโดย Silpakit และคณะ<sup>8</sup> และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ชนิดของมะเร็ง ชนิดของการรักษา ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง การกลับมาเป็นซ้ำ และจำนวนครั้งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด<sup>1,2,3,5,6,7</sup> ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลให้ระดับคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกัน ดังนั้นในการศึกษานี้คณะผู้วิจัยจึงกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



**วิธีการวิจัย**

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2566

**การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง**

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี หมายเลข UDCH\_COA009/2023 วันที่ 24 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และได้รับการชี้แจงถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย ข้อมูลที่เก็บรวบรวมจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ณ หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ทั้ง 3 หอผู้ป่วย ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง กันยายน พ.ศ.2566

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ณ หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ทั้ง 3 หอผู้ป่วย ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง กันยายน พ.ศ.2566 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้

**เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่**

- 1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและชาย
- 2) เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดหรือได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ ร่วมกับการผ่าตัด และนอนพักในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี
- 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยรู้เรื่อง
- 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

**เกณฑ์การคัดออก ได้แก่**

- 1) มีอายุน้อยกว่า 18 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย
- 2) เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่กำลังได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ และ/หรือไม่ได้รับการรักษาร่วมกับวิธีการผ่าตัด

**เกณฑ์ยุติจากการศึกษา**

- 1) มีอาการรุนแรงเพิ่มขึ้น หรือเสียชีวิต
- 2) ผู้ป่วยขอออกจากกรวิจัยเนื่องจากปัจจัยอื่น ๆ

**การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง**

ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ กำหนดโดยใช้โปรแกรม G\*Power 3.1.9.2 กำหนดให้ effect size 0.15 กำหนดค่าความเชื่อมั่น 0.95 กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 จำนวนตัวแปรทำนาย 8 ตัว ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 160 คน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มในการถอนตัวจากงานวิจัย (drop out) น้อย จึงไม่มีมีการเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ใช้แบบสอบถามสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ชนิดของมะเร็ง ชนิดของการ

รักษาระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง การกลับมาเป็นซ้ำ และจำนวนครั้งที่ได้รับการรักษา

2. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งเป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งแห่งสหภาพยุโรป European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life QLQ – C30 questionnaire (EORTC QLQ – C30) ที่พัฒนา และแปลเป็นภาษาไทยแล้ว<sup>8,10</sup> จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 6 มิติ ได้แก่ มิติด้านร่างกาย 5 ข้อ มิติด้านบทบาท 2 ข้อ มิติด้านอารมณ์ 4 ข้อ มิติด้านการคิดและตัดสินใจ 2 ข้อ มิติด้านสังคมและเศรษฐกิจ 3 ข้อ และมิติด้านอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง 14 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับจากระดับ 1 คือ ไม่มีเลย ถึงระดับ 4 คือ มากที่สุดคือ 4 โดยคะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในมิติต่าง ๆ และมีความทุกข์ทรมานจากอาการสูง ส่วนข้อ 29 และ 30 เป็นคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวม ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับจากระดับ 1 คือ แย่มาก ถึงระดับ 7 คือ ดีเยี่ยม

**การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิต** แบบประเมิน EORTC QLQ – C30 โดยแบ่งช่วงคะแนนในแต่ละมิติ และ ความทุกข์ทรมานจากอาการมะเร็ง ดังนี้

คะแนน 1.00 – 2.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในมิติต่าง ๆ ในระดับดีและมีความทุกข์ทรมานจากอาการระดับต่ำ

คะแนน 2.01 – 3.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในมิติต่าง ๆ ระดับปานกลาง และมีความทุกข์ทรมานจากอาการระดับปานกลาง

คะแนน 3.01 – 4.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในมิติต่าง ๆ ในระดับต่ำ และมีความทุกข์ทรมานจากอาการระดับสูง

การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตของแบบประเมิน EORTC QLQ – C30 ข้อ 29 และ 30 โดยนำคะแนนทั้ง 2 ข้อ มารวมกันและแบ่งช่วงคะแนน ดังนี้

คะแนน 1.00 – 3.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 3.01 – 5.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 5.01 – 7.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่

แบบสอบถาม EORTC QLQ – C30 ได้ผ่านการแปลเป็นภาษาไทย และมีการตรวจสอบตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับเท่ากับ 0.83<sup>8</sup>

ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม EORTC QLQ – C30 ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 คน จากนั้นตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ 0.80

### ขั้นตอนการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังจากโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี โดยผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และติดต่อประสานงานกับหัวหน้าและเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย ศัลยกรรม และรังสีรักษา หอผู้ป่วยอายุรกรรมและหอผู้ป่วยพิเศษ เพื่อชี้แจงรายละเอียดแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูล และทดลองใช้แบบสอบถามทั้งหมดกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย หลังจากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลโดยชี้แจงกลุ่มตัวอย่างถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ซึ่งไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการได้รับการรักษาจากแพทย์และพยาบาล ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เก็บข้อมูลในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดทุกรายระหว่างเดือนกรกฎาคมถึง กันยายน พ.ศ. 2566 โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ในกรณีผู้ป่วยไม่สะดวกตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ใช้เวลาประมาณ 15 – 20 นาที

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ในการทำนายและหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย

ส่วนบุคคลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัด วิเคราะห์โดยใช้การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### ผลการวิจัย

#### ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี เป็นเพศชาย จำนวน 98 คน คิดเป็นร้อยละ 61.3 และเป็นหญิงจำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 38.8 มีอายุดำสุด 36 ปี สูงสุด 66 ปี อายุเฉลี่ย 52.59 ปี (S.D. = 7.028) ส่วนใหญ่จบชั้นระดับประถมศึกษา จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 56.87 รองลงมา ได้แก่ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 29.38 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 12.50 และระดับปริญญาตรีจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.25 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ เป็นมะเร็งศีรษะและลำคอ จำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 71.25 มะเร็งเต้านม จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 28.75 ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัด จำนวนทั้งสิ้น 140 คน คิดเป็นร้อยละ 87.50

มีการผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 21.25 การผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 25.63 และการผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอจำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 40.62 รองลงมา ได้แก่ การรักษาโดยวิธีการผ่าตัดร่วมกับการฉายรังสี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 5 และการผ่าตัด ร่วมกับการให้เคมีบำบัดจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 7.5 ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งอยู่ระหว่าง 1 – 48 เดือน จำนวนครั้งของการกลับมาเป็นมะเร็งซ้ำ ส่วนใหญ่เป็นการกลับมาเป็นมะเร็งซ้ำครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 33.80 และมีการกลับมาเป็นมะเร็งซ้ำครั้งที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 35.00 และมีการกลับมาเป็นมะเร็งซ้ำครั้งที่ 6 คิดเป็นร้อยละ 10.60 โดยกลุ่มนี้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดจากโรงพยาบาลอื่นมาก่อน และเมื่อมีการกระจายของมะเร็งไปอวัยวะอื่นแล้วทำให้ผู้ป่วยต้องมารักษาด้วยการผ่าตัดซ้ำที่โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี จำนวนครั้งที่ได้รับการรักษาส่วนใหญ่เป็นการรักษาครั้งที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 78.80 ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา ชนิดของมะเร็ง ชนิดของการรักษาระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง จำนวนครั้งของการกลับมาเป็นมะเร็งซ้ำ และจำนวนครั้งที่ได้รับการรักษา (n = 160 คน)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	98	61.3
หญิง	62	38.8
<b>อายุ (ปี)</b>		
1. น้อยกว่า 40 ปี	1	0.63
2. 40 – 49 ปี	70	43.75
3. 50 – 59 ปี	54	33.75
4. 60 ปีขึ้นไป	35	21.87
ต่ำสุด 36 ปี สูงสุด 66 ปี อายุเฉลี่ย 52.59 ปี (S.D. 7.028)		
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	91	56.87
มัธยมศึกษาตอนต้น	20	12.50
มัธยมศึกษาตอนปลาย	47	29.38
ปริญญาตรี	2	1.25

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา ชนิดของมะเร็ง ชนิดของการรักษาระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง จำนวนครั้งของการกลับมาเป็นมะเร็งซ้ำ และจำนวนครั้งที่ได้รับการรักษา (n = 160 คน) (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
<b>ชนิดของมะเร็ง</b>		
มะเร็งศีรษะและลำคอ	114	71.25
มะเร็งเต้านม	46	28.75
<b>ชนิดของการรักษา</b>		
การผ่าตัด	140	87.50
การผ่าตัดร่วมกับเคมีบำบัด	12	7.50
การผ่าตัดร่วมกับการฉายรังสี	8	5.00
<b>ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง</b>		
1 – 6 เดือน	127	79.37
7 – 12 เดือน	25	15.63
1 – 2 ปี	–	–
3 – 4 ปี	8	5.00
ต่ำสุด 3 เดือน สูงสุด 4 ปี เฉลี่ย 7.31 เดือน (S.D. 9.24)		
<b>จำนวนครั้งของการกลับมาเป็นมะเร็งซ้ำ (Recurrent)</b>		
1 ครั้ง	54	33.80
2 ครั้ง	56	35.00
3 ครั้ง	32	20.00
4 ครั้ง	1	0.60
5 ครั้ง	–	0
6 ครั้ง	17	10.60
ต่ำสุด 1 ครั้ง สูงสุด 6 ครั้ง เฉลี่ย 2.30 (S.D. 1.48)		
<b>จำนวนครั้งของการได้รับการรักษา</b>		
ครั้งแรก	1	0.60
ครั้งที่ 2	126	78.80
ครั้งที่ 3	17	10.60
ครั้งที่ 4	16	10.00
ต่ำสุด 1 ครั้ง สูงสุด 4 ครั้ง เฉลี่ย 1.90 ครั้ง (S.D. 2.71)		

#### คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด การผ่าตัดร่วมกับการให้เคมีบำบัด และการผ่าตัดร่วมกับการฉายแสง ที่มีการประเมินด้วยแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดแห่งสหภาพยุโรป EORTC QLQ – C30 พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

(Mean = 3.50, S.D. = 0.44) คะแนนเฉลี่ยด้านความสามารถและการทำหน้าที่ในมิติด้านร่างกายอยู่ในระดับต่ำ (Mean = 1.36, S.D. = 0.16) ในขณะที่มิติด้านบทบาท (Mean = 2.75, S.D. = 0.15) มิติด้านอารมณ์ (Mean = 2.68, S.D. = 0.27) มิติด้านการคิดและการตัดสินใจ (Mean = 2.45 S.D. = 0.59) มิติด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Mean = 3.18, S.D. = 0.33) และมิติด้านอาการที่พบบ่อยของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด (Mean =

2.10, S.D. = 0.16) อยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด (n = 160)

Quality of life	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
1. มิติด้านร่างกาย	1.36	0.16	ต่ำ
2. มิติด้านบทบาท	2.75	0.15	ปานกลาง
3. มิติด้านอารมณ์	2.68	0.27	ปานกลาง
4. มิติด้านการคิดและการตัดสินใจ	2.45	0.59	ปานกลาง
5. มิติด้านสังคมและเศรษฐกิจ	3.18	0.33	ปานกลาง
6. มิติด้านอาการที่บ่งบอของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด	2.10	0.16	ปานกลาง
7. ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวม	3.50	0.44	ปานกลาง

### ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

จากตารางที่ 3 สมการพยากรณ์คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด แสดงในรูปคะแนนดิบ คือ คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด =  $(20.723 - 3.236 \text{ เพศ}) + (1.884 \text{ ชนิดของการรักษา}) - (1.822 \text{ จำนวนครั้งของการกลับมาเป็นมะเร็งซ้ำ}) - (4.036 \text{ จำนวนครั้งของการได้รับการรักษา}) + (0.164 \text{ อายุ})$  สามารถอธิบายได้ดังนี้

เพศ ชนิดของการรักษา จำนวนครั้งของการกลับมาเป็นมะเร็งซ้ำ จำนวนครั้งของการได้รับการรักษา และ อายุ มีความสัมพันธ์แบบพหุคูณกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ( $p < 0.001$ ) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพหุคูณเป็น 0.877 และสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดได้ร้อยละ 86.9

เพศ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบและค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน เป็น  $-3.236$  กับ  $-0.272$  ตามลำดับ

ชนิดของการรักษา สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตได้สูงสุดและมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูป

คะแนนดิบ และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน ( $b, \beta$ ) เป็น 1.884 กับ 0.276 ตามลำดับ

อายุของผู้ป่วย สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตและมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน ( $b, \beta$ ) เป็น 0.164 กับ 0.197 ตามลำดับ

จำนวนครั้งของการกลับมาเป็นมะเร็งซ้ำ สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตและมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบและค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน เป็น  $-1.822$  กับ  $-0.463$  ตามลำดับ

จำนวนครั้งของการได้รับการรักษา สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตและมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบและค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน เป็น  $-4.036$  กับ  $-0.452$  ตามลำดับ

ในขณะที่ชนิดของมะเร็งและระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณ ค่าคงที่ และค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์

ตัวแปร	b	$\beta$	t	p-value
เพศ	-3.236	-0.272	-4.472	0.000
ชนิดของการรักษา	1.884	0.276	6.831	0.000
จำนวนครั้งของการกลับมาเป็นมะเร็งซ้ำ	-1.822	-0.463	-8.486	0.000
จำนวนครั้งของการได้รับการรักษา	-4.036	-0.452	-3.575	0.000
อายุ	0.164	0.197	3.551	0.001

ค่าคงที่ = 20.723, SE.est = +/-2.654  $\beta$   
R = 0.877, R<sup>2</sup> = 0.869

### วิจารณ์และสรุป

#### คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่ประเมินด้วยแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดแห่งสหภาพยุโรป (EORTC QLQ - C30) พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา<sup>9,10,11</sup> ที่พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากชนิดของการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยได้รับการรับรักษา 2 วิธี ได้แก่ การผ่าตัด ซึ่งเป็นการรักษาที่รวดเร็ว ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาลหลายวัน แต่ในขณะเดียวกันถ้าผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดร่วมกับการให้เคมีบำบัดและการผ่าตัดร่วมกับการฉายแสง ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตจากการผ่าตัด และอาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยวิธีการฉายแสงและเคมีบำบัด ทำให้เกิดอาการปวด เหนื่อย เพลีย คลื่นไส้อาเจียน<sup>12,13</sup> และอาจทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล มีความกลัวต่อภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้น<sup>14</sup> รวมถึงอาการทั่วไปทั้งด้านร่างกาย เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัด อาการเหนื่อยอ่อนเพลีย ความเจ็บปวดหรือความรุนแรงทางอารมณ์ เช่น มีภาวะเครียด วิตกกังวล หรือ ซึมเศร้าส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ส่งผลให้ค่าคะแนนด้านมิติของร่างกายอยู่ในระดับต่ำ และคะแนนมิติด้านอาการที่พบบ่อยของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้

นี้อาจจำเป็นต้องใช้เวลาในการรักษา และผู้ป่วยต้องการการดูแลมากขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ<sup>13</sup> ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายที่ไม่ใช่จากการรักษา เช่น ค่าพาหนะของผู้ดูแล รวมถึงการเปลี่ยนแปลงลดบทบาทของผู้ป่วยจากผู้นำครอบครัว และต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ส่งผลให้มีมิติด้านสังคมและเศรษฐกิจมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นจากคะแนนในด้านมิติต่าง ๆ อาจทำให้ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางได้

#### ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

เพศ มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตเชิงบวกโดยในการรักษาโรคมะเร็งด้วยการผ่าตัด พบว่า เพศชายสามารถตัดสินใจและยอมรับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดและผลกระทบที่เกิดขึ้นได้ง่าย ในขณะที่เพศหญิงมีความอดทนต่อการรักษาค่อนข้างสูง<sup>3</sup>

ชนิดของการรักษามีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตเชิงบวกผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งจะได้รับการดูแลก่อนและหลังการผ่าตัดตามมาตรฐานที่กำหนดของหน่วยงานซึ่งมีการพัฒนาคุณภาพตลอดเวลา มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด การจัดการกับความปวดหลังการผ่าตัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัด ซึ่งส่งผลความสามารถดำเนินกิจกรรมประจำวันได้ด้วยตนเอง<sup>15</sup> รวมถึงการได้รับการดูแลช่วยเหลือจากพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมดังกล่าวและส่งผลให้คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งดีขึ้น

จำนวนครั้งของการกลับมาเป็นมะเร็งซ้ำมีผลกระทบต่อระดับคุณภาพชีวิตเชิงลบ พบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเป็นการนำความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วย โดยผู้ป่วยต้อง

เผชิญหน้ากับกระบวนการรักษาที่มีความซับซ้อนมากขึ้นตามระดับความรุนแรงของโรคที่กลับมาเป็นซ้ำ ส่งผลต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจ<sup>2,16</sup>

จำนวนครั้งของการได้รับการรักษามีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตเชิงลบ พบว่า ในการเข้ารับการรักษาแต่ละครั้งผู้ป่วยอาจมีระดับความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นจากประสบการณ์ที่เข้ารับการรักษาในแต่ละครั้งส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตลดลง<sup>3,4,17</sup>

อายุมีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตเชิงบวก พบว่า ช่วงอายุผู้ป่วยที่เป็นวัยกลางคนซึ่งมีประสบการณ์ชีวิต ทำให้เข้าใจถึงการรักษาและได้รับการดูแลจากบุคลากรหรือนุคลิกในครอบครัวทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ<sup>14,16</sup>

ในขณะที่ชนิดของมะเร็งและระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดมากกว่า 1 ครั้ง มีความกลัวและกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดมากกว่า<sup>1,2</sup> และผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุซึ่งมีบุคคลในครอบครัวมาดูแลดังนั้นระดับการศึกษาจึงไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต<sup>7</sup>

ดังนั้นในการพัฒนารูปแบบบริการ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ควรคำนึงถึงปัจจัยที่กล่าวมาเพื่อส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งมีคุณภาพชีวิตที่ดี

#### ข้อเสนอแนะ

##### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดอย่างองค์รวม ตลอดช่วงเวลาที่ได้รับการรักษา โดยให้ความสำคัญ

#### เอกสารอ้างอิง

1. ชลธิรา เจริญเวช, ศิริอร สินธุ, และเอมพร รตินทร. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มต้นหลังได้รับการรักษา. ว. พยาบาลทหารบก 2560;19(S1):232–238.
2. Cherian K, Acharya NR, Bhargavan RV, Augustin P, Krishnan JKM. BhargavanPaul AugustineJagathnath K.M. Krishnan. Quality of Life Post Breast Cancer Surgery: Comparison of Breast Conservation Surgery versus Modified Radical Mastectomy in a Developing Country. South Asian Journal of Cancer 2022;11(3):183–189.
3. Marinkovic M, Djordjevic N, Djordjevic L, Ignjatovic N, Djordjevic M, Karanikolic V. Assessment of the quality of life in breast cancer depending on the surgical treatment. Supportive Care in Cancer 2021;29(6):3257–3266.
4. ขนิษฐา รัตนกัลยา, ภารดี นานาสีลป, และนันทมน วุฒานนท์. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

กับการให้ข้อมูล การดูแลตามมาตรฐานที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยคำนึงถึง เพศ อายุ ชนิดของการรักษา จำนวนครั้งของการกลับมาเป็นมะเร็งซ้ำ จำนวนครั้งของการได้รับการรักษา ที่ส่งผลให้คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งเพิ่มขึ้น ในขณะที่ชนิดของมะเร็งและระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด จึงควรมีการปรับหรือขยายรูปแบบการให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งชนิดต่าง ๆ เพิ่มขึ้น

2. จากผลงานวิจัย คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด อยู่ในระดับปานกลาง พยาบาลจึงควรมีการติดตามประเมินระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อหาแนวทางในการส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น เช่น ผู้ดูแล รายได้ ต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด
2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลผู้ป่วย

#### กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัย ขอขอบคุณผู้ป่วยมะเร็งที่ให้การสนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ช่วยเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ให้คำแนะนำ ตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่อง และขอขอบคุณผู้บริหารและบุคลากรโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี สำหรับความร่วมมืองานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วง

- ภายหลังการผ่าตัดทำทางเดินปัสสาวะใหม่: Quality of life of bladder cancer patients undergoing urinary diversion. ว. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2021;18(2):34–50.
5. โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาลปี 2564 (Hospital – Based Cancer Registry 2022) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://udch.go.th/uploads/doc/Hosbased/HOS64.pdf>
  6. วารุณี มีเจริญ, วิฑิตกานต์ กาลเทศ, และกัลยา นุตรระ. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด และญาติผู้ดูแล. ว. การพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2561;36(4):52–61.
  7. Rathod S, Livergant J, Klein J, Witterick I, Ringash J. A systematic review of quality of life in head and neck cancer treated with surgery with or without adjuvant treatment. *Oral oncology* 2015;51(10):888–900.
  8. Silpakit C, Sirilertrakul S, Jirajarus M, Sirisinha T, Sirachainan E, & Ratanatharathorn V. The European Organization for Research and Treatment of cancer quality of life questionnaire (EORTC QLQ – C30): validation study of the Thai version. *Quality of Life Research* 2006;15(1):167–172.
  9. Bjelic–Radisic V, Jensen PT, Vlastic KK, Waldenstrom AC, Singer S, Chie W, Nordin A, Greimel E. Quality of life characteristics inpatients with cervical cancer. *European Journal of Cancer* 2012;48:(16):3009–3018.
  10. Fayers PM, Machin D. *Quality of Life: The Assessment, Analysis and Interpretation of patient reported Outcome*. 2nd ed. United States: John Wiley & Sons; 2013.
  11. Ye Z, Qiu Y, Sun Y, Fan Y. Baseline functioning scales of EORTC QLQ–C30 predict overall survival in patients with gastrointestinal cancer: a meta–analysis. *Quality of Life Research* 2024;33(6):1455–1468.
  12. Hu Y, Zaydfudim VM. Quality of life after curative resection for gastric cancer: survey metrics and implications of surgical technique. *J Surg Res* 2020;251:168–179.
  13. Singh H, Kaur K, Banipal RPS, Singh S, Bala R. Quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy in a tertiary care center in Malwa Region of Punjab. *Indian journal of palliative care* 2014;20(2):116.
  14. Wang ZX, Yuan CQ, Guan J, Liu SL, Sun CH, Kim SH. Factors associated with psychological characteristic patients with hepatic malignancy before intervention procedures. *Asian Pac J Cancer Prev* 2012;13(1):309–14.
  15. Al Rashid F, Liberman AS, Charlebois P, Stein B, Feldman LS, F Fiore Jr J, et al. The impact of bowel dysfunction on health–related quality of life after rectal cancer surgery: a systematic review. *Techniques in Coloproctology* 2022;26(7):515–527.
  16. Shun SC, Chou YJ, Chen CH, Yang JC. Change of uncertainty in illness and unmet care needs in patients with recurrent hepatocellular carcinoma during active treatment. *Cancer Nurs* 2018;41(4): 279–89.
  17. Freire MEM, Sawada NO, França ISXD, Costa S FGD, & Oliveira CDB. Health–related quality of life among patients with advanced cancer: an integrative review. *Rev Esc Enferm USP* 2014;48(2):357–67.

## ปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุตำบลโนนสูง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

สิริลักษณ์ อุ่ยเจริญ พย.ม\*

เนตรนภา กาบมณี ปร.ด.\*\*

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุตำบลโนนสูง อ.เมือง จ.อุดรธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ จำนวน 285 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับฉบับภาษาไทย (Thai version of the Pittsburgh Sleep. Quality Index: T-PSQI) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Thai geriatric depression scale, TGDS) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลความชุกของปัญหาการนอนหลับ ด้วยค่าความถี่และร้อยละ วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพของการนอนหลับโดยสถิติ Chi-square test และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีโดยสถิติ logistic regression นำเสนอด้วยค่า adjusted OR ( $OR_{adj}$ ) ที่ระดับช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95

ผลการวิจัยพบว่า ความชุกของคุณภาพการนอนหลับไม่ดี (PSQI > 5) ในผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 57.89 มีคุณภาพการนอนหลับดีร้อยละ 42.11 ผู้สูงอายุมีจำนวนชั่วโมงการนอนเฉลี่ยเท่ากับ 7.57 ชั่วโมง ส่วนใหญ่เข้านอนเวลา 20.00 น. ตื่นนอนเวลา 04.00 น. ระยะเวลาที่ใช้จากเริ่มเข้านอนจนนอนหลับเฉลี่ย 33.21 นาที ประสิทธิภาพการนอนหลับเฉลี่ยร้อยละ 88.30 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพของการนอนหลับ ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัวทางกาย สภาพแวดล้อมที่มีสิ่งรบกวน ภาวะซึมเศร้า การดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน ปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีของผู้สูงอายุ คือ การมีโรคประจำตัวทางกาย และภาวะซึมเศร้า ( $p < 0.05$ ) ข้อเสนอแนะ ควรศึกษาวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อให้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากเพียงพอในการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสาเหตุ หรือทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะแตกต่างกัน และพัฒนาแนวทางการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: คุณภาพการนอนหลับ ผู้สูงอายุ

\* อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี

\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี (ผู้รับผิดชอบบทความ)

รับบทความ: 23 มิถุนายน 2567 แก้ไขบทความ: 10 สิงหาคม 2567 รับผิดชอบบทความ: 21 สิงหาคม 2567

## Factors Predicting Sleep Quality in the Elderly at Thamboon Nongsung, Muang, Udon Thani

Siriluck Ouichareon M.N.S\*

Natenapa Kabmanee Ph.D.\*\*

### *Abstract*

The purpose of this research is to study the sleep quality in elderly at Thamboon Nongsung muang, Udon Thani. Two hundred and eighty-five elderly people were selected by simple random sampling. The instruments were demographic questions, Thai version of the Pittsburgh Sleep. Quality Index: T-PSQI, Thai geriatric depression scale, TGDS). The reliability of the instrument was 0.87. The prevalence of sleep problem data were analyzed by frequency and mean. The associated factors of sleep quality were analyzed by Chi-square test. The predictors of sleep quality were analyzed by logistic regression analysis and adjusted OR ( $OR_{adj.}$ ) with 95% confidence interval were presented.

The results showed that the prevalence of poor sleep quality (PSQI > 5) in the elderly was 57.89% and the good sleep quality was 42.11%. The mean sleep duration was 7.57 hours. Most elderly went to bed at 8.00 p.m. and wake up at 4.00 a.m. The mean duration time from bed time to get sleep was 33.21 minutes. The mean sleep efficiency was 88.30%. The associated factors of sleep quality were depression, medical conditions, sufficiency of income, environment with interference and caffeine consumption. The predictors of the poor sleep quality were depression and medical conditions ( $p < 0.05$ ).

This study suggested the research study should be conducted in a larger sample size to get appropriate samples to analyze the causal factors. Otherwise, the comparative study among different groups of elderly and development of nursing care guidelines for promoting sleep quality in the elderly should be studied.

**Keywords:** Sleep quality, Elderly

---

\* Lecturer Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani

\*\* Assistant Professor Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani (corresponding author)

Received: June 23, 2024 / Revised: August 10, 2024 / Accepted: August 21, 2024

## บทนำ

การนอนหลับในผู้สูงอายุอย่างเพียงพอมีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่ร่างกายได้รับการพักผ่อน มีการฟื้นฟูสภาพการทำงานและซ่อมแซมเซลล์ส่วนที่สึกหรอของร่างกาย<sup>1</sup> โดยปกติในวัยผู้ใหญ่ต้องการเวลาในการนอนหลับ 6–8 ชั่วโมง แต่สำหรับผู้สูงอายุ ต้องมีเวลาในการนอนหลับเฉลี่ย 7.5 ชั่วโมงต่อคืน<sup>2</sup> จากผลการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับชั่วโมงการนอนหลับเฉลี่ยของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีชั่วโมงการนอนหลับเฉลี่ยของผู้สูงอายุ เท่ากับ 6.09 ชั่วโมง และพบความชุกของปัญหาการนอนหลับในผู้สูงอายุอยู่ระหว่างร้อยละ 46.4–62.4<sup>3</sup> ในผู้สูงอายุภาวะนอนไม่หลับจะพบได้มากกว่าวัยอื่นๆ เนื่องจากทำงานของระบบประสาทส่วนกลางเสื่อมประสิทธิภาพลง การหลั่งฮอร์โมนและสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจังหวะชีวภาพของการหลับตื่นในวัยสูงอายุ<sup>4</sup> นอกจากนี้ ยังมีรายงานผลการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพของการนอนหลับ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า โรคประจำตัวทางกาย ความเพียงพอของรายได้ การออกกำลังกาย และปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ได้แก่ การมีภาวะซึมเศร้า และการมีโรคประจำตัวทางกาย<sup>5</sup> และปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับที่พบมากที่สุด ได้แก่ การตื่นเพื่อเข้าห้องน้ำ การตื่นตอนดึกหรือเข้ามิดเกินไป การตื่นนอนหรือเข้านอนผิดเวลา สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ ได้แก่ ปัจจัยด้านร่างกาย เช่น โรคประจำตัว อาการปวด ภาวะทุพพลภาพทางกาย จะมีปัญหาการนอนหลับมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรง ปัจจัยด้านจิตใจ เช่นภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ<sup>6</sup> จะเห็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ สังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านพฤติกรรม

ปัญหาการนอนหลับไม่เพียงพอในผู้สูงอายุ มีผลกระทบต่อทั้งระยะสั้นและระยะยาวทั้งต่อด้านร่างกาย จิตใจและสังคม โดยผลกระทบต่อระยะสั้นส่งผลให้การทำหน้าที่ของสมองบกพร่อง ความจำและการรู้คิดบกพร่อง มีภาวะหลงลืมพลังงานในร่างกายลดลง ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานและการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นลดลง ส่วนผลกระทบต่อระยะยาว

อาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพร่างกายเพิ่มขึ้น เช่น ระดับน้ำตาลสูงขึ้น เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคอ้วน รวมถึงปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ความผิดปกติด้านอารมณ์ รวมทั้งรบกวนคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มอื่น<sup>5</sup> ซึ่งผลกระทบต่อทั้งในระยะสั้นและระยะยาวส่งผลถึงความปลอดภัยในผู้สูงอายุ มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม การได้รับบาดเจ็บและการตายจากการทำงานและการใช้ยานพาหนะ ประสิทธิภาพการทำงานลดลง ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีเรื้อรังอาจต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เกิดความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากผลข้างเคียงของยานอนหลับ นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีระยะเวลาการนอนหลับตลอดทั้งคืนไม่เพียงพอ จะมีความสัมพันธ์กับอัตราการตายที่สูงขึ้น<sup>5</sup> ดังนั้น การรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับในผู้สูงอายุ จึงเป็นแนวทางที่สำคัญในการประเมินปัญหาการนอนหลับในผู้สูงอายุ โดยคุณภาพการนอนหลับ คือ การรับรู้ของบุคคลถึงการนอนหลับทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเชิงปริมาณ ประกอบด้วย ระยะเวลาของการนอนหลับตลอดทั้งคืน เวลาที่เริ่มเข้าสู่การนอนหลับ จำนวนครั้งของการตื่นนอนตอนกลางคืน และเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การประเมินความรู้สึกในการนอนหลับและหลังการตื่นนอนในตอนเช้า รวมทั้งปัจจัยที่มีผลต่อการนอนหลับ เช่น สิ่งรบกวนในการนอนหลับ สิ่งแวดล้อม อาการไม่พึงประสงค์ และอาการง่วงนอนในช่วงกลางวัน<sup>4</sup>

จะเห็นว่าปัญหาการนอนหลับเป็นปัญหาสำคัญและพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุในตำบลโนนสูง พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชน มากกว่าร้อยละ 80 มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น ซึ่งเป็นปัจจัยทางด้านร่างกายที่ส่งผลต่อปัญหาการนอนหลับในผู้สูงอายุและจากประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนในตำบลโนนสูง พบว่า ผู้สูงอายุและครอบครัวเป็นจำนวนมากที่มีการสอบถามสาเหตุของปัญหาการนอนหลับไม่เพียงพอในผู้สูงอายุ และระบุถึงปัญหาหรือผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดจากการนอนหลับไม่เพียงพอในผู้สูงอายุ ได้แก่ อาการเหนื่อยอ่อนเพลีย พลังงานในร่างกายลดลง อารมณ์หงุดหงิด ไม่สดชื่น รวมถึงมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นลดลง ไม่อยากเข้าร่วมกิจกรรม เป็นต้น นอกจากนี้จากผล

การศึกษาที่กล่าวมาในข้างต้นพบว่า มีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้เล็งเห็นถึงการศึกษาคูณภาพการนอนหลับ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำนายคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลโนนสูง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี เพื่อนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมและดูแลคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ เพื่อบรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพ มีความสามารถในการทำงานและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

### วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาคูณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุใน ต.โนนสูง อ.เมือง จ.อุดรธานี
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยเกี่ยวข้องที่ทำนายคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ ต.โนนสูง อ.เมือง จ.อุดรธานี

### วิธีการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาคูณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ และปัจจัยเกี่ยวข้องที่ทำนายคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุใน ต.โนนสูง อ.เมือง จ.อุดรธานี ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2566 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2566

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนอุดรธานี เพื่อพิจารณาตรวจสอบตามขั้นตอนการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่โครงการวิจัย IRB.BCNU 04/2566 เลขที่รับรอง BCNU REC No. 07/2566 ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ประสงค์ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ตามแผนที่กำหนด และผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเป็นภาพรวม โดยไม่ระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่างและไม่เปิดเผยข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างรายบุคคล

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่พักอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลโนนสูง อ.เมือง จ.อุดรธานี จำนวน 986 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตารางสำเร็จรูปของ Yamane ณ ระดับความ

เชื่อมั่น 95 % ซึ่งได้ระบุขนาดกลุ่มตัวอย่างไว้จำนวน 285 คน<sup>7</sup> เลือกกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยการกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้ 1) เป็นผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 2) สามารถสื่อสารและตอบคำถามได้ 3) ไม่มีความเจ็บป่วยทางจิตเวช และ 4) มีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการ จากนั้นทำการจับฉลากตามหมายเลขผู้สูงอายุ จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวน 285 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม จำนวน 3 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของค่าใช้จ่าย โรคประจำตัว การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน

**ส่วนที่ 2** แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับฉบับภาษาไทย (Thai version of the Pittsburgh Sleep Quality Index: T-PSQI) ได้รับการพัฒนาโดย ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และวรัญ ดันชัยสวัสดิ์<sup>8</sup> มีข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ข้อคำถามแต่ละข้อมีคะแนน 0-3 คะแนน แปลผลโดย นำคะแนนทั้ง 7 องค์ประกอบ มารวมกัน โดยมีคะแนนรวมระหว่าง 0-21 คะแนน โดยคะแนนรวมที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน หมายถึงคุณภาพการนอนหลับดี และคะแนนรวมมากกว่า 5 คะแนน หมายถึงคุณภาพการนอนหลับไม่ดี

**ส่วนที่ 3** แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Thai geriatric depression scale, TGDS) พัฒนาโดยนิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ<sup>9</sup> ประกอบด้วยคำถามประเมินความรู้สึกในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 30 ข้อ แปลผลเป็นระดับคะแนนดังนี้ 0-12 คะแนน หมายถึงปกติ 13-18 คะแนน หมายถึง ซึมเศร้าเล็กน้อย 19-24 ซึมเศร้าปานกลาง และ 25-30 ซึมเศร้ารุนแรง

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือโดยนำแบบสอบถามมาทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน คำนวณหาค่า Cronbach's alpha ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้งฉบับเท่ากับ 0.87

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุรธานี เพื่อพิจารณาตรวจสอบตามขั้นตอนการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

2. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยอธิบายรายละเอียดของแบบสอบถามและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลเข้าใจอย่างชัดเจน

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ชุมชนใน ต.โนนสูง อ.เมือง จ.อุรธานี โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินหรือแบบคัดกรองให้ครบถ้วน ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาด้านสายตา ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอ่านแบบประเมินหรือแบบคัดกรองให้กลุ่มตัวอย่างฟัง

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของการตอบแบบสอบถามเพื่อเตรียมนำมาวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนต่อไป

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยนำเสนอความชุกของปัญหาการนอนหลับเป็นค่า

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ (n = 285)

ความถี่ และร้อยละ จากนั้นวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพของการนอนหลับโดยใช้สถิติ Chi-square test และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีโดยใช้สถิติ logistic regression ซึ่งกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

#### ผลการวิจัย

##### ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 285 คน เพศหญิง จำนวน 187 คน คิดเป็นร้อยละ 65.61 เพศชาย จำนวน 98 คน คิดเป็นร้อยละ 34.39 อายุอยู่ระหว่าง 61 ถึง 84 ปี อายุเฉลี่ย 68.76 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสหม้าย ระดับการศึกษาที่ตั้งแต่ว่าระดับประถมศึกษาจนถึงระดับปริญญาตรี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพเกษตรกรรม ค้าขาย รับจ้าง และข้าราชการบำนาญ ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีรายได้ 5,000–10,000 บาท ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวทางกาย โรคที่พบมากที่สุดคือ เบาหวาน รองลงมาคือ ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
หญิง	187	65.61
ชาย	98	34.39
<b>อายุ (ปี)</b>		
< 65 ปี	113	39.65
≥ 65 ปี	172	60.35
<b>สถานภาพสมรส</b>		
คู่	134	46.85
หม้าย	151	53.15
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ต่ำกว่าอนุปริญญา	243	85.26
อนุปริญญาขึ้นไป	42	14.74
<b>อาชีพ</b>		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	101	35.44
เกษตรกรรม	83	29.12
ค้าขาย	51	17.90
ข้าราชการบำนาญ	20	7.02
รับจ้าง	30	10.52

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ (n = 285) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท	49	17.20
5,000–10,000 บาท	174	61.05
10,000–20,000 บาท	48	16.84
มากกว่า 20,000 บาท	14	4.91
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	162	56.84
ไม่เพียงพอ	123	43.16
โรคประจำตัว (อาจมีมากกว่า 1 โรค)		
ไม่มี	62	13.28
มี 1 โรค	125	43.01
มีมากกว่า 1 โรค	98	43.71

### คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ

ผลการประเมินคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ พบว่า ความชุกของคุณภาพการนอนหลับไม่ดี (PSQI > 5) คิดเป็นร้อยละ 57.89 มีคุณภาพการนอนหลับดี คิดเป็นร้อยละ 42.11 ผู้สูงอายุมีจำนวนชั่วโมงการนอนเฉลี่ยเท่ากับ 7.57 ชั่วโมง เวลาที่เข้านอนส่วนใหญ่ 20.00 น. ตื่นนอน 04.00 น. ระยะเวลาที่ใช้จากเริ่มเข้านอนจนนอนหลับเฉลี่ย 33.21 นาที ประสิทธิภาพการนอนหลับเฉลี่ยร้อยละ 88.30 ดังแสดงในตารางที่ 2

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพของการนอนหลับ ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ ( $p < 0.05$ ) โรคประจำตัวทางกาย ( $p < 0.05$ ) สภาพแวดล้อมที่มีสิ่งรบกวน ( $p < 0.05$ )

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ (n = 285)

คุณภาพการนอนหลับโดยรวม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี (คะแนน 0–5)	120	42.11
ระดับไม่ดี (คะแนน 6–21)	165	57.89

ภาวะซึมเศร้า ( $p < 0.05$ ) การดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน ( $p < 0.05$ ) ดังแสดงในตารางที่ 3

ปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีของผู้สูงอายุ ตำบลโนนสูง อ.เมือง จ.อุดรธานี ประกอบด้วย การมีโรคประจำตัวทางกาย ( $p < 0.05$ ) และภาวะซึมเศร้า ( $p < 0.05$ ) ตามรายละเอียด ดังนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวทางกาย มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว 2.48 เท่า (95% CI = 1.02–6.87;  $p$ -value < 0.023) และผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า 2.12 เท่า (95% CI = 2.16–3.92;  $p$ -value = 0.031) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพของการนอนหลับในผู้สูงอายุ

ปัจจัย	คุณภาพการนอนหลับ				$\chi^2$	p-value
	ดี (n = 120)		ไม่ดี (n = 165)			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
<b>เพศ</b>						
หญิง	90	31.58	97	34.04	0.334	0.726
ชาย	46	16.14	52	18.24		
<b>อายุ (ปี)</b>						
< 65 ปี	54	18.95	59	20.70	1.274	0.671
≥ 65 ปี	83	29.12	89	31.23		
<b>สถานภาพสมรส</b>						
คู่	62	21.76	72	25.26	2.650	0.587
หม้าย	68	23.86	83	29.12		
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ต่ำกว่าอนุปริญญา	113	39.65	130	45.61	0.370	0.714
อนุปริญญาขึ้นไป	23	8.07	19	6.67		
<b>อาชีพ</b>						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	43	15.09	58	20.35	1.435	0.612
ประกอบอาชีพ	86	30.18	98	34.38		
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>						
เพียงพอ	38	13.33	125	43.86	4.214	0.034*
ไม่เพียงพอ	35	12.28	87	30.53		
<b>โรคประจำตัวทางกาย</b>						
ไม่มี	40	14.04	22	7.71	6.684	0.017*
มี	77	27.02	146	51.23		
<b>สภาพแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับ</b>						
ไม่มี	127	44.56	32	11.23	3.978	0.039*
มี	25	8.77	101	35.44		
<b>การดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน</b>						
ไม่มี	129	45.26	32	11.23	3.644	0.042*
มี	43	15.08	81	28.43		
<b>ภาวะซึมเศร้า</b>						
ไม่มี	128	44.91	47	16.49	5.875	0.021*
มี	8	2.81	102	35.79		

\* p&lt;0.05

ตารางที่ 4 ปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีของผู้สูงอายุ ต.โนนสูง อ.เมือง จ.อุดรธานี (n = 285)

ปัจจัย	Adjusted OR.	95% CI		p-value
		Lower	Upper	
ความเพียงพอของรายได้				
เพียงพอ	0.81	0.41	1.43	0.074
ไม่เพียงพอ				
โรคประจำตัวทางกาย				
ไม่มี	2.48	1.02	6.87	0.023*
มี				
สภาพแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับ				
ไม่มี	0.62	0.32	1.05	0.069
มี				
การดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน				
ไม่มี	0.42	0.44	2.12	0.454
มี				
ภาวะซึมเศร้า				
ไม่มี	2.12	2.16	3.92	0.031*
มี				

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### วิจารณ์และสรุป

จากผลการศึกษา พบว่า ความชุกของคุณภาพการนอนหลับไม่ดีของผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 57.89 ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศพบประมาณร้อยละ 52–67.8 และในต่างประเทศพบปัญหาการนอนหลับหรือคุณภาพการนอนหลับไม่ดีในผู้สูงอายุร้อยละ 41.0–57.1<sup>3,10,11</sup> กลุ่มตัวอย่างมีชั่วโมงการนอนหลับเท่ากับ 7.57 ประสิทธิภาพการนอนหลับร้อยละ 88.30 ซึ่งผู้สูงอายุโดยทั่วไปที่มีสุขภาพดี ควรจะมีระยะเวลาการนอนหลับในช่วงกลางคืน 7–8 ชั่วโมง และมีประสิทธิภาพการนอนหลับไม่ต่ำกว่าร้อยละ 85<sup>3</sup> ทั้งนี้ คุณภาพการนอนหลับที่ลดลงในผู้สูงอายุ จากการศึกษาพบว่า อาจเกิดจากเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาคและสรีรวิทยาทางระบบประสาทที่ควบคุมการนอนหลับในวัยสูงอายุ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของวงจรการนอนหลับในผู้สูงอายุ ดังนี้ คือ 1) ระยะการเข้าสู่การนอนหลับที่ใช้เวลามากขึ้นจะเกิดในระยะการเข้าสู่การนอนหลับ (sleep latency) เกิดการล่าช้าในการเข้าสู่วงจรการนอนหลับ (non-rapid eye movement, NREM) ระยะที่ 1 และ 2) เวลาในวงจรการนอนหลับระยะหลับลึก (non-

rapid eye movement, NREM) ระยะที่ 3 ลดลง และ 3) ระยะที่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็ว (rapid eye movement, REM) ลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีระยะเวลาการนอนหลับที่สั้นลง ตื่นบ่อยกลางดึกและหลับได้ไม่ลึก นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีแนวโน้มที่จะเข้านอนหรือง่วงนอนไวขึ้น แต่ก็ตื่นนอนเร็วเช่นกัน นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนในวัยสูงอายุก็มีความสัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับในผู้สูงอายุ ดังนี้ คือ ในผู้สูงอายุมีระดับเมลาโทนิน (melatonin) ที่ลดลง ร่วมกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุที่มีการสัมผัสแสงลดลง ทำให้ระดับเมลาโทนินลดลง ส่งผลต่อการควบคุมวงจรการนอนหลับ รวมถึงการมีระดับซีโรโทนิน (serotonin) ที่ลดลงในผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกง่วงนอนในระหว่างวันมากกว่าตอนกลางคืน นอนไม่หลับ นอนหลับไม่ต่อเนื่อง ความรู้สึกไม่สดชื่นเมื่อตื่นตอนเช้า<sup>3,6,12</sup> จะเห็นได้ว่าปัญหาการนอนหลับหรือคุณภาพการนอนหลับไม่ดีเกิดขึ้นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เข้าสู่ผู้สูงอายุ ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพจึงควรคำนึงถึงและประเมินการนอนหลับในผู้สูงอายุที่ให้การดูแล เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนการจัดการปัญหาเพื่อส่งเสริมการนอนหลับในผู้สูงอายุ

จากผลการศึกษาพบว่า ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัวทางกาย สภาพแวดล้อมรบกวนการนอนหลับ การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน และภาวะซึมเศร้า เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ และปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีในผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ที่ทำการศึกษา ประกอบด้วย โรคประจำตัวทางกาย และภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ โชติมันต์ ชินวรารักษ์, สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย และนฤศรา ดำรงพิวัฒน์<sup>1</sup> ที่พบว่า ปัจจัยที่ทำนายคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีในผู้สูงอายุ ภาวะซึมเศร้าและโรคประจำตัวทางกาย และสอดคล้องกับการศึกษาของกัมปนาท สุริย์, กุลนิตา สุนันท์ศิริกุล, กิตติยารัตน์ ดันสุวรรณ<sup>11</sup> ที่พบว่า ปัจจัยทางด้านสุขภาพกายที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับไม่ดี คือ การมีโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งในผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคเรื้อรังมีความจำเป็นต้องรับประทานอย่างต่อเนื่อง ในทางการแพทย์ได้อธิบายว่า มียาหลายตัวที่อาจส่งผลกระทบต่อ การนอนหลับของผู้สูงอายุ ได้แก่ ยารักษาโรคซึมเศร้า หอบหืด ความดันโลหิตสูง หรือยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง เช่น ยารักษาอาการคันในโรคพาร์กินสัน เป็นต้น<sup>13</sup> จากผลการศึกษาในครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ สังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านพฤติกรรม โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า และการมีโรคประจำตัวทางกาย ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์จึงควรตระหนักและใส่ใจกับปัญหาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุ ซึ่งอาจจะเป็นอาการ อาการแสดงที่บ่งบอกถึงการมีสุขภาพจิตหรือการมีสุขภาพทางกายที่ไม่ดีในผู้สูงอายุ หรือในทางกลับกัน การนอนหลับที่ไม่ดีนั้น อาจนำไปสู่การเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตหรือปัญหาทางด้านร่างกายตามมาได้เช่นกัน การประเมินและตรวจคัดกรองปัญหาการนอนหลับจึงมีประโยชน์กับผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง

### เอกสารอ้างอิง

1. Feng F, Zhang Y, Hou J, Cai J, Jiang Q, Li X, et al. Can music improve sleep quality in adults with primary insomnia? a systematic review and network meta-analysis. *Int J Nurs Stud* 2018;77:189–96.
2. Williams P. *Basic Geriatric Nursing*. 7th ed. Missouri: Elsevier; 2020.
3. โชติมันต์ ชินวรารักษ์, สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, นฤศรา ดำรงพิวัฒน์. คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุที่หมู่บ้านประชานิเวศน์. *ว. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2561;63(2):199–210.

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้

1. บุคลากรทางสาธารณสุขควรประเมินและคัดกรองปัญหาการนอนหลับในผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสภาพแวดล้อม เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนการให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวเพื่อส่งเสริมการนอนหลับในผู้สูงอายุ
2. แนวทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับในผู้สูงอายุควรประกอบด้วย กิจกรรมที่ส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ การแก้ไขปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงการปรับปรุงสภาพแวดล้อม

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อให้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากเพียงพอในการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสาเหตุ หรือทำการศึกษเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะแตกต่างกัน
2. ศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบ/แนวทาง/โปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสูง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ตลอดจนเจ้าหน้าที่และอสม.ในพื้นที่ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอกราบขอบพระคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ข้อมูลเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี ที่ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ให้ข้อแนะนำเกี่ยวกับการวิเคราะห์ข้อมูล และการเขียนรายงานวิจัย และขอขอบคุณนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี ที่ช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล

4. Rodriguez JC, Dzierzewski JM, & Alessi CA. Sleep problem in elderly. The medical clinics of north America 2015;99(2):431–439.
5. ลดาวัลย์ พันธุ์พาณิชย์. ปัญหาการนอนหลับในผู้สูงอายุและแนวทางการจัดการทางการแพทย์. ว. พยาบาล-ศาสตร์และสุขภาพ 2563;43(1):139–150.
6. สุริรัตน์ ณ วิเชียร. การนอนหลับของผู้สูงอายุในชุมชน. ว. สภาการพยาบาล 2564;36(2):17–31.
7. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ. ยูแอนด์ไออินเตอร์ มีเดีย; 2550.
8. Sitasuwan T, Bussaratid S, Ruttanaumpawan P, Chotinaiwattarakul W. Reliability and validity of the thai version of the pittsburge sleep quality index. J med assoc thai 2014;97(3):57–67.
9. Wongpakaran N, Wongpakaran T. Prevalence of major depressive disorders in long-term care facilities: a report from northern Thailand. Psychogeriatrics 2012;12(1):11–7.
10. สนธยา มณีรัตน์, สัมพันธ์ มณีรัตน์, พรรณภา เรืองกิจ, และณัญญินี ชั่วชมเกต. คุณภาพการนอนหลับปัจจัยรบกวน วิธีการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ และความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยรบกวนของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่งของกรุงเทพมหานคร. ว. จิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต 2564;11:10–24.
11. กัมปนาท สุริย์, กุลนิดา สุนันท์ศิริกุล, กิตติยรัตน์ ต้นสุวรรณณ์. คุณภาพของการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุชุมชนเขตเมือง จังหวัดนครสวรรค์. ว. วิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 2565; 19(1):15–27.
12. Chien My Chen H.C. Poor sleep quality is independently associated with physical disability in older adults. Journal clinical sleep medicine 2015;11(3):225–232.
13. ประเสริฐ อัสสันตชัย. เมื่อผู้สูงอายุนอนไม่หลับ. กรุงเทพฯ: เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.

การพัฒนาารูปแบบสมรรถนะดิจิทัลของนักศึกษาพยาบาล  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

นาฏนภา อารยะศิลป์พร พย.ม.\*

พัชนี สมกำลัง พย.ม.\*\*

เนตรฤทัย ภูนาถลม ปร.ด.\*\*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาารูปแบบสมรรถนะดิจิทัลของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม กลุ่มตัวอย่างเป็นคณะผู้วิจัย ผู้เชี่ยวชาญด้านดิจิทัล ตัวแทนอาจารย์ ตัวแทนเจ้าหน้าที่ และตัวแทนนักศึกษาทุกชั้นปี เข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ รวมทั้งหมด 96 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง การสนทนากลุ่ม การสังเกต การระดมสมอง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติความถี่ และร้อยละ

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบสมรรถนะดิจิทัลของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม ที่พัฒนาขึ้น คือ พีดีโมเดล (PDE's Model) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) นโยบาย (Policy) 2) สมรรถนะดิจิทัลที่จำเป็นสำหรับนักศึกษาพยาบาล (Digital Competencies) และ 3) การประเมินผล (Evaluation) โดยที่สมรรถนะดิจิทัลที่จำเป็นสำหรับนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความรู้และความเข้าใจดิจิทัล (Digital Literacy) 2) ทักษะการใช้สื่อดิจิทัล (Digital Skills) 3) คุณลักษณะ (Attributes) 4) การคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา (Critical Thinking and Problem Solving) 5) การปรับตัวและเรียนรู้ (Adaptive and Learning) 6) คุณธรรมจริยธรรม กฎหมาย และความปลอดภัย (Ethics, Law and Security) 7) การติดต่อสื่อสารและการร่วมมือกัน (Communication & Collaboration) และ 8) การสร้างสรรค์ และนวัตกรรม (Creative and Innovations)

สถาบันจึงควรมีการจัดการสมรรถนะดิจิทัลของนักศึกษาพยาบาลให้เป็นรูปธรรม โดยเฉพาะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา ด้านคุณธรรมจริยธรรม กฎหมาย และความปลอดภัย ด้านการสร้างสรรค์และนวัตกรรม ที่นักศึกษามีสมรรถนะน้อยกว่าด้านอื่นๆ

คำสำคัญ: การพัฒนาารูปแบบ สมรรถนะดิจิทัล นักศึกษาพยาบาล

\* อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม (ผู้รับผิดชอบบทความ)

\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

## **A Model of Development for the Digital Competencies in Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University**

Nadnapa Arayasinlapathon M.N.S.\*

Patchanee Somkumlung M.N.S.\*\*

Nedruetai Punaglom Ph.D.\*\*

### ***Abstract***

This participation action research was conducted to develop a model for the digital competencies in nursing students at Boromarajonani college of nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University. The samples were researchers, digital experts, representative teachers, representative health workers and representative students in each year. Ninety-six samples participated in the research project voluntarily. Data were collected by semi-structured interview, focus group discussion, observation, and brainstorming. The qualitative data were analyzed using content analysis. The quantitative data were analyzed using frequency and percentage.

The results showed that the developed model for the digital competencies in nursing students at Boromarajonani college of nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom university was the PDE's model consisted of 3 elements: 1) Policy 2) Digital competencies and 3) Evaluation. The digital competencies for nursing students consisted of 8 elements: 1) Digital literacy 2) Digital skills 3) Attributes 4) Critical thinking and Problem solving 5) Adaptive and Learning 6) Ethics, Law, and Security 7) Communication & Collaboration and 8) Creative and Innovations.

This research suggested that the institutions should manage the digital competencies of nursing students particularly the aspects in which students had less competency than others such as critical thinking and problem solving, ethics, law, and security, and Creative and Innovations.

**Keywords:** Model of development, Digital competencies, Nursing students

---

\* Lecturer, Boromarajonani college of nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University  
(Corresponding author email: nadnapa\_a@npu.ac.th)

\*\* Assistant Professor, Boromarajonani college of Nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University

## บทนำ

ประเทศไทยกำลังพัฒนาไปในทิศทางเดียวกัน โดยยึดยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561–2580) ด้วยการสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจจากการใช้นวัตกรรม เทคโนโลยีและความคิดสร้างสรรค์ การยกระดับคุณภาพทรัพยากรมนุษย์สู่ศตวรรษที่ 21 การปรับเปลี่ยนทิศทางและบทบาทของอุดมศึกษา (Re-Orientation) โดยมียุทธศาสตร์ที่ 2 เกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพนักศึกษา เสริมสร้างความรู้ และทักษะทางอาชีพให้พร้อมรองรับการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลกในยุคข้อมูลข่าวสารแบบไร้พรมแดนที่กำลังเกิดขึ้นในปัจจุบัน<sup>1</sup>

การจัดการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของสถาบันอุดมศึกษาไทยเป็นยุคของความก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว วิถีชีวิต วัฒนธรรม และค่านิยมเปลี่ยนแปลงไป นักการศึกษาเผชิญกับความท้าทายครั้งใหญ่ กลุ่มภาคีเครือข่ายเพื่อทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 (เครือข่าย P21)<sup>2</sup> ได้กำหนดกรอบความคิดเพื่อการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ซึ่งประกอบด้วยแนวคิด 2 ประการหลัก คือ ความรู้ในวิชาแกน เนื้อหาประเด็นที่สำคัญสำหรับศตวรรษที่ 21 และทักษะที่จำเป็นสำหรับศตวรรษที่ 21 รูปแบบนี้ทำให้วงการศึกษาดันตัวและให้ความสำคัญอย่างมาก กลายเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการพัฒนานักศึกษาเพื่อเสริมสร้างทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 เป็นแนวทางเพื่อเตรียมความพร้อมให้นักศึกษา รู้จักคิด รู้จักเรียนรู้ ทำงาน แก้ปัญหา และการสื่อสาร การเรียนรู้ในศตวรรษนี้ยึดผลลัพธ์ของผู้เรียน (Student outcome) ผู้จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีจะต้องมีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ตามที่สถาบันอุดมศึกษากำหนดครอบคลุมไม่น้อยกว่า 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านความรู้ ด้านทักษะ ด้านจริยธรรม และด้านลักษณะบุคคล ซึ่งด้านทักษะ (Skills) หมายถึง ความสามารถที่เกิดจากการเรียนรู้ ฝึกฝนปฏิบัติให้เกิดความคล่องแคล่ว ว่องไว ชำนาญเพื่อพัฒนางาน พัฒนาวิชาชีพหรือวิชาการพัฒนาตนและพัฒนาสังคม สำหรับการดำรงชีวิตในยุคดิจิทัล โดยโครงสร้างของทักษะระดับปริญญาตรี ประกอบด้วย 1) ทักษะการเรียนรู้ การเรียนรู้ด้วยตนเองในการปฏิบัติงาน และการปรับปรุงพัฒนางานเพื่อการประกอบอาชีพ และ 2) ทักษะด้านดิจิทัล<sup>3</sup> โดยมีทักษะและองค์ความรู้ที่สอดคล้องกับ

ความต้องการของผู้ใช้บัณฑิตเป็นไปตามสาขาวิชาที่ได้รับการศึกษาหรือสามารถสร้างงานและปรับตัวเข้ากับหลากหลายทางวัฒนธรรมในการทำงานและการใช้ชีวิตในสังคมได้เป็นอย่างดี

การจัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตเป็นวิชาชีพที่ต้องปฏิบัติโดยตรงต่อชีวิต สุขภาพอนามัยของประชาชน ที่เน้นการปฏิบัติทั้งในสถานการณ์จำลองและสถานการณ์จริงเพื่อให้ทุกคนที่ใช้บริการปลอดภัย สาขาศาสตร์ได้กำหนดมาตรฐานผลการเรียนรู้ไว้ 6 ด้านที่สอดคล้องกับกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติและคุณลักษณะของบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามประกาศฉบับเดิม ประกอบด้วย ด้านคุณธรรมจริยธรรม ด้านความรู้ ด้านทักษะทางปัญญา ด้านทักษะความสัมพันธ์ ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ด้านทักษะ การวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร การใช้ภาษาอังกฤษ และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ซึ่งมีหนึ่งข้อที่กล่าวถึงความสามารถใช้เทคโนโลยีได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีจริยธรรม และด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ ซึ่งสถาบันแต่ละแห่งจะต้องดำเนินการกำหนดผลการเรียนรู้ระดับหลักสูตรให้มีความสอดคล้องกับปรัชญา วัตถุประสงค์ของหลักสูตร และการกระจายความรับผิดชอบผลการเรียนรู้ระดับหลักสูตรลงไปสู่รายวิชาต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน<sup>4</sup> นอกจากนี้ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตจำเป็นต้องมีสมรรถนะดิจิทัลตามประกาศของคณะกรรมการการอุดมศึกษา เรื่อง แนวทางการปฏิบัติตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติเกี่ยวกับสมรรถนะดิจิทัลสำหรับคุณวุฒิระดับปริญญาตรีเช่นเดียวกัน

สมรรถนะดิจิทัลได้กลายเป็นส่วนหนึ่งที่นักศึกษา ระดับปริญญาตรีพึงมี เพื่อใช้ในการเรียนรู้ พัฒนางาน และประกอบอาชีพในอนาคต<sup>5</sup> หน่วยงานต่าง ๆ ได้กำหนดกรอบสมรรถนะดิจิทัลให้สอดคล้องกับสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษาและสังคมแห่งชาติ อาทิ สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) กำหนดทักษะด้านดิจิทัลของข้าราชการและบุคลากรภาครัฐที่ประกอบด้วย ความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์ และคุณลักษณะอื่น และกำหนดให้ข้าราชการและบุคลากรภาครัฐแต่ละกลุ่มควรได้รับการพัฒนาทักษะด้านดิจิทัล สถาบันการศึกษาหลายแห่ง

ได้กำหนดแผนการดำเนินการส่งเสริมสมรรถนะและทักษะด้านดิจิทัลของนักศึกษา<sup>6,7,8</sup> สถาบันการศึกษาบางแห่ง ได้มีการสอบวัดสมรรถนะดิจิทัลสำหรับนักศึกษาปริญญาตรี ก่อนสำเร็จการศึกษา<sup>8</sup> สถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ<sup>9</sup> ได้กำหนดหลักสูตรพัฒนาทักษะด้านดิจิทัล (Microsoft) จำนวน 6 หลักสูตรที่ให้บริการฟรี และสามารถสอบวัดความรู้แบบการเชื่อมต่อผ่านระบบเครือข่ายทางคอมพิวเตอร์ (ออนไลน์) นอกจากนี้สถาบันพัฒนาบุคลากรภาครัฐด้านดิจิทัลยังได้จัดทำหลักสูตรเกี่ยวกับทักษะดิจิทัลออนไลน์ เพื่อให้ทุกคนสามารถเรียนรู้ได้ตลอดชีวิต

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม เป็นสถาบันการศึกษาที่จัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โดยอัตลักษณ์ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนมนั้นจะต้อง รอบรู้ภาษาเชี่ยวชาญเทคโนโลยีสารสนเทศ ปฏิบัติการพยาบาลบนความหลากหลายทางวัฒนธรรม ซึ่งแผนปฏิบัติการราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ได้กำหนดกิจกรรมโครงการเพื่อพัฒนานักศึกษา โดยร้อยละของนักศึกษาชั้นปีสุดท้ายให้มีสมรรถนะศตวรรษที่ 21 ระดับ 3.51 ขึ้นไป จากคะแนนเต็ม 5 ซึ่งปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 กำหนดค่าเป้าหมายคือ ร้อยละ 90 ค่าเป้าหมายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 คือ ร้อยละ 100<sup>10</sup> ประกอบกับมหาวิทยาลัยยังไม่ได้ดำเนินการเกี่ยวกับการจัดสอบสมรรถนะดิจิทัลในนักศึกษาระดับปริญญาตรี

จากความสำคัญที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนารูปแบบสมรรถนะดิจิทัลของนักศึกษาพยาบาล ทั้งนี้เพื่อให้ได้องค์ประกอบและวิธีการจัดกระบวนการพัฒนาผู้เรียนอย่างเป็นรูปธรรม ให้ผู้เรียนได้สร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง สามารถรู้เท่าทันและพร้อมรับกระแสของสังคมโลกที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างมีคุณภาพ

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบสมรรถนะดิจิทัลของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

### วิธีการวิจัย

**ขอบเขตของการวิจัย** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action

Research: PAR) ตามแนวคิดของโคเฮนและอ็อล์ฟ<sup>11</sup> ซึ่งมี 4 ขั้นตอน คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การปฏิบัติการ การรับผลประโยชน์ และการประเมินผล ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2566 (ระยะเวลา 8 เดือน)

### ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครพนม รหัสโครงการวิจัย คือ 50/66 ลงวันที่ 9 มกราคม พ.ศ. 2566 การคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยคัดเลือกโดยความสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและได้รับการชี้แจงสิทธิและจริยธรรมการวิจัยในคนพร้อมลงลายมือเป็นลายลักษณ์อักษร

**ขอบเขตด้านเนื้อหา** ศึกษาในประเด็นการพัฒนารูปแบบสมรรถนะดิจิทัลของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัย ประกอบด้วยประเด็นการเรียนรู้ การสืบค้นและการทำงาน การสร้างสรรค์และนวัตกรรม เอกลักษณ์และคุณภาพชีวิต การสอนหรือการเรียนรู้ เครื่องมือและเทคโนโลยี การติดต่อสื่อสารและการประสานความร่วมมือ เป็นต้น

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** ประชากรที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ อาจารย์ จำนวน 72 คน เจ้าหน้าที่ จำนวน 44 คนและนักศึกษา จำนวน 692 คน ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม ประจำปีการศึกษา 2566

**กลุ่มตัวอย่าง** ผู้ที่ร่วมในการพัฒนารูปแบบสมรรถนะดิจิทัลของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม มีวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยความสมัครใจ เป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก คือ 1) ยินดีเข้าร่วมในกระบวนการวิจัย 2) เป็นนักศึกษา/บุคลากรของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยทั้งการพูด การเขียน 4) ไม่อยู่ระหว่างการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ 5) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 96 คน เข้าร่วม ประกอบด้วย ผู้วิจัย จำนวน 3 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านดิจิทัล จำนวน 5 คน ตัวแทนอาจารย์ จำนวน 5 คน ตัวแทนเจ้าหน้าที่ จำนวน 3 คน ตัวแทนนักศึกษา จำนวน 80 คน (ชั้นปีละ 20 คน)

**เครื่องมือการวิจัย** ตรวจสอบความน่าเชื่อถือและ

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน และตรวจสอบข้อมูลด้านวิธีการ คือ ใช้วิธีการเก็บข้อมูลที่หลากหลาย ทั้งการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การสังเกต การประชุมระดมสมอง และการตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (Data triangulation) ซึ่งประกอบด้วย

1. แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก (Guideline for in-depth interview) เป็นการตั้งคำถามเพื่อแสวงหาคำตอบที่ช่วยสะท้อนคิด ความรู้สึกที่อยู่ในใจที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในประเด็นที่ต้องการความลึก ความสมบูรณ์ เพื่อนำไปสู่การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่แตกต่างกันเพื่อให้เห็นแง่มุมที่หลากหลาย ซึ่งแนวคำถามที่ใช้ในกิจกรรมการสัมภาษณ์เชิงลึกจะเป็นคำถามปลายเปิดที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการเกี่ยวกับสมรรถนะดิจิทัลของนักศึกษาพยาบาล อาทิ ท่านคิดว่าสมรรถนะดิจิทัลที่จำเป็นของนักศึกษาพยาบาลประกอบด้วยอะไรบ้าง

2. แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Guideline for focus group discussion) เป็นการตั้งคำถามเพื่อนำไปสู่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคคลเกี่ยวกับการดำเนินการเกี่ยวกับสมรรถนะดิจิทัลของนักศึกษาพยาบาล อาทิ การประเมินสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาล ควรมีลักษณะอย่างไร

3. แนวทางสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม (Guideline for participant and non-participant observation) เป็นประเด็นที่ผู้วิจัยใช้เป็นแนวทางในการสังเกตพฤติกรรมการแสดงบทบาทและวิธีการของกลุ่ม เป็นต้น

4. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ ชั้นปีที่ศึกษา เป็นต้น

5. ผู้วิจัยทั้ง 3 คน เป็นเครื่องมือสำคัญเพราะต้องเกี่ยวข้องกับขั้นตอนสำคัญทั้งในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ตีความ ดังนั้นทีมผู้วิจัยจึงเตรียมตัวทั้งด้านความรู้และประสบการณ์ เช่น เข้ารับการอบรมการวิจัยเชิงคุณภาพ การร่วมทีมในการวิจัยในภาคสนามจริงในโครงการวิจัยที่ได้รับทุนจากสถาบันวิจัยแห่งชาติการลงทะเบียนเรียนระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นต้น

6. เครื่องมือในการเก็บบันทึกข้อมูล เครื่องมือเก็บข้อมูลที่ช่วยให้การเก็บข้อมูลมีความชัดเจนและช่วยให้การเก็บข้อมูลสะดวกรวดเร็วขึ้น ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง กล้อง

ถ่ายรูป สมุดบันทึก ปากกา และเครื่องมือช่วยในการประชุม ได้แก่ เครื่องขยายเสียง เครื่องคอมพิวเตอร์ เครื่องฉายภาพ และจอรับภาพ

### ขั้นตอนการวิจัย

**ปัจจัยนำเข้า** สภาพปัญหา วรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้วิจัย อาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษา

**กระบวนการ** กระบวนการการพัฒนาารูปแบบสมรรถนะดิจิทัลของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม ประกอบด้วย

1. ระยะเวลาเตรียมการ เตรียมประชุมทีมวิจัย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ ทำหนังสือเชิญผู้ที่เกี่ยวข้อง จัดเตรียมการประชุมเพื่อระดมสมอง

2. ระยะเวลาพัฒนารูปแบบจากการระดมสมองโดยใช้กระบวนการ PAR ประกอบด้วย ประชุมกลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึก และการสะท้อนคิด วิเคราะห์ข้อมูลอย่างมีส่วนร่วม สังเคราะห์ข้อมูลที่ได้ นำสู่การพัฒนาารูปแบบ ทุกกระบวนการผ่านการตรวจสอบสามเส้า

3. ระยะเวลาทดลองใช้รูปแบบ

4. ระยะเวลาประเมินผลรูปแบบ โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงพัฒนารูปแบบจนกระทั่ง ได้รูปแบบที่เหมาะสม

**ผลลัพธ์** ได้รูปแบบสมรรถนะดิจิทัลของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

นักวิจัยพัฒนาเครื่องมือวิจัย ตรวจสอบความน่าเชื่อถือและความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ประสานงานกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อเตรียมความพร้อมของพื้นที่วิจัย คือ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม ประชุมเตรียมทีมนักวิจัยเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการดำเนินการจริงในพื้นที่ทั้งในด้านตัวนักวิจัย จำนวน 3 คนและเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล นักวิจัยประชุมร่วมกับผู้ร่วมวิจัยเพื่อวางแผนการดำเนินการชี้แจงจริยธรรมการวิจัยในคนแก่ผู้ร่วมวิจัยและลงลายมือชื่อเป็นผู้ร่วมวิจัยก่อนการวิจัยโดยใช้เครื่องมือที่พัฒนามาแล้วทั้งข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามและข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกต ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาค

ส่วนที่เกี่ยวข้อง ประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยการทดลองใช้รูปแบบกับนักศึกษาพยาบาล ประเมินผล ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะการดำเนินการใช้รูปแบบ โดยใช้การประชุมระดมสมองเพื่อร่วมกันสะท้อนคิดการดำเนินการของรูปแบบให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยดำเนินการไปพร้อม ๆ กับการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยนำข้อมูลที่ได้มาแยกประเภทและจัดเป็นหมวดหมู่เพื่อให้ง่ายต่อการวิเคราะห์โดยดำเนินการดังนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมวิจัยการวิเคราะห์โดยใช้ความถี่และร้อยละ
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) โดยพิจารณาเชิงเหตุผล นำข้อมูลที่เก็บมาได้มาแจกแจงตามความเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องและหลักการทางทฤษฎีสรุปประเด็นหลัก (theme) จากการประมวลคำสำคัญที่ได้จากการเก็บข้อมูลนำมาเชื่อมโยงวิเคราะห์และพรรณนาข้อความอย่างละเอียด เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลในประเด็นต่าง ๆ อย่างครอบคลุม เพื่อตอบคำถามการวิจัยที่ตั้งไว้

### ผลการวิจัย

#### ข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมจำนวน 96 คน ได้แก่ ผู้วิจัยจำนวน 3 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านดิจิทัล จำนวน 5 คน ตัวแทนอาจารย์ จำนวน 5 คน ตัวแทนเจ้าหน้าที่ จำนวน 3 คน ตัวแทนนักศึกษา จำนวน 80 คน (ชั้นปีละ 20 คน) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 93 เพศชาย 7 คน คิดเป็นร้อยละ 7 อายุเฉลี่ย 22 ปี การศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 83 ปริญญาตรีขึ้นไป จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 17

รูปแบบสมรรถนะดิจิทัลของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม โดยการมีส่วนร่วมการตัดสินใจ การปฏิบัติการ รับผลประโยชน์ และการประเมินผลประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 นโยบาย (Policy: P) ควรดำเนินการในรูปแบบของการกำหนดนโยบาย บรรจุในหลักสูตรของ

สถาบัน จัดกิจกรรม/โครงการที่ช่วยพัฒนาสมรรถนะดิจิทัลที่สามารถที่จะเรียนรู้ได้ด้วยตนเองแบบผสมผสานทั้งจากทางไกลแบบออนไลน์ (online) และเรียนในชั้นเรียนแบบออนไซต์ (on site)

องค์ประกอบที่ 2 สมรรถนะดิจิทัลที่จำเป็นสำหรับนักศึกษาพยาบาล (Digital Competencies: D) โดยที่สมรรถนะดิจิทัลที่จำเป็นสำหรับนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย

1) ด้านความรู้และความเข้าใจดิจิทัล (Digital Literacy) นักศึกษาจำเป็นต้องมีความเข้าใจสารสนเทศและสื่อในยุคดิจิทัล เพื่อที่สามารถระบุข้อมูลที่ต้องการ สามารถค้นหาข้อมูล ประเมินสื่อสารสนเทศว่ามี ความเกี่ยวข้อง มีความถูกต้อง มีความน่าเชื่อถือ มากน้อยเพียงใด นอกจากนี้ นักศึกษายังสามารถที่จะนำข้อมูลเหล่านั้นมาพัฒนาเป็นความรู้ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ผ่านทาง การนำเสนอได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม พบว่า ทุกคนและทุกการสนทนากลุ่มเห็นพ้องต้องกันในเรื่องของความรู้และความเข้าใจดิจิทัล อาทิ “อย่างแรก คือ การเข้าใจดิจิทัล เนื่องจากสมรรถนะดิจิทัลในปัจจุบันต่างคนต่างตีความหมายไม่เหมือนกัน” (การสัมภาษณ์ (Int) 1) “ความรู้ เช่น การปกป้องข้อมูล ความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย” (การสนทนากลุ่ม (FG) 2.1) “ด้านความรู้สำคัญ เพราะจำเป็นที่จะต้องเรียนรู้และพัฒนาตนเองเพื่อให้เกิดความรอบรู้ด้านดิจิทัล” (FG2.2) “ความรอบรู้เกี่ยวกับข้อมูลสารสนเทศ ประกอบด้วย การสืบค้น กลั่นกรองข้อมูลสารสนเทศและเนื้อหา

2) ด้านทักษะการใช้สื่อดิจิทัล (Digital Skills) เมื่อนักศึกษาเกิดความรู้และความเข้าใจดิจิทัล การลงมือปฏิบัติก็จะช่วยให้เกิดทักษะการใช้สื่อดิจิทัลจึงเป็นทักษะในการนำเครื่องมือ อุปกรณ์ และเทคโนโลยีดิจิทัลที่มีอยู่ในปัจจุบัน อาทิ คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ แท็บเล็ต โปรแกรมคอมพิวเตอร์ และสื่อออนไลน์ มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ในการสื่อสาร การปฏิบัติงาน และการทำงานร่วมกัน หรือใช้เพื่อพัฒนากระบวนการทำงาน หรือการเรียนรู้ให้มีความทันสมัยและมีประสิทธิภาพ ดังคำกล่าวที่ว่า “การใช้สื่อดิจิทัล กล่าวได้ว่านักศึกษาต้องสามารถเข้าถึงโลกดิจิทัล และสามารถใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ ด้านดิจิทัลได้อย่างถูกต้อง ถูกกฎหมาย และถูกจริยธรรม ซึ่งสื่อดิจิทัลมีหลากหลาย

และประยุกต์ใช้ในงานได้มากขึ้น” (Int 1) “ด้านการสืบค้นและการใช้งานคอมพิวเตอร์ และเครื่องมือดิจิทัลต่าง ๆ ด้านการแก้ปัญหาเบื้องต้น” (Int 2) “ทักษะด้านการสืบค้นและการใช้งานคอมพิวเตอร์ และเครื่องมือดิจิทัลต่าง ๆ สามารถใช้สื่อดิจิทัลมาพัฒนาการเรียน ประสบการณ์ และนวัตกรรมทางการพยาบาล” (Int 3) “สามารถใช้เทคโนโลยีที่เป็นพื้นฐานและเทคโนโลยีใหม่ ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ” (Int 4) “สามารถใช้คอมพิวเตอร์ มือถือ และเทคโนโลยีใหม่ในการสืบค้นได้ ใช้คอมพิวเตอร์เป็น สามารถเข้า Application ใหม่ ๆ และใช้งานได้” (Int 5) “ทักษะในการสืบค้นงานวิจัย บทความทางวิชาการ ทักษะการใช้คอมพิวเตอร์และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ใช้ Key Application ได้” (Int 6) “การใช้ดิจิทัล หรือ Digital Skill หรือ ICT Skill ใช้เครื่องมือดิจิทัลพื้นฐานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเป็นต้นทุนต่อยอดในการประยุกต์ใช้งานในการประกอบอาชีพ การดำเนินชีวิตประจำวัน และการพัฒนาตนเอง” (Int 7)

3) ด้านคุณลักษณะ (Attributes) คุณลักษณะของบุคคล ประกอบด้วยอุปนิสัย (Trait) ทักษะคติ (Attitude) และแรงจูงใจ (Motive) ซึ่งลักษณะดังกล่าวจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคลทั้งทางบวกและทางลบ ส่งผลต่อความสำเร็จของงานที่ทำ ดังคำกล่าวที่ว่า “มีเจตคติที่ดีต่อการใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ อย่างเท่าทัน มีความพร้อมและสนใจที่จะเรียนรู้เทคโนโลยีใหม่ๆ” (Int 4) “มีทัศนคติที่ดีต่อการติดต่อสื่อสารด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล” (Int 10) “จะต้องมีคุณลักษณะที่ดีต่อการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล คือ การมีทัศนคติที่ดี การติดต่อสื่อสารและการประสานงาน การเรียนรู้และพัฒนาตนเองให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง การส่งเสริมผู้รับบริการให้เข้าถึงข้อมูล” (FG2.1) “คุณลักษณะเป็นการแสดงออกถึงความเป็นตัวตนในด้านบทบาททางสังคม ลักษณะนิสัย ทักษะคติ ตลอดจนค่านิยม” (FG2.2) “การมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล การสร้างความร่วมมือและการทำงานร่วมกับผู้อื่นผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล” (FG2.2)

4) ด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา (Critical Thinking and Problem Solving) การคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นกระบวนการคิดที่ใช้เหตุผลและผลพิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบคอบ โดยการศึกษาข้อมูล หลักฐาน แยกแยะข้อมูลว่าข้อมูลใดคือ ข้อเท็จจริง ข้อมูล

ใด คือ ความคิดเห็น ตลอดจนพิจารณาความน่าเชื่อถือของข้อมูล แล้วตั้งสมมติฐานเพื่อหาสาเหตุของปัญหา ตลอดจนหาแนวทางแก้ไขปัญหา ดังคำกล่าวที่ว่า “นักศึกษาสามารถใช้ความรู้ หรือหาข้อเท็จจริงหรือข้อมูลมาใช้ในการแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ นักศึกษาสามารถคิด แยกแยะและประเมินผลของปัญหาที่เกิดขึ้น และสุดท้ายนักศึกษาสามารถหาวิธีแก้ปัญหาได้ด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสมที่สุดภายใต้กรอบเวลาที่กำหนด” (Int 1) “สามารถวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของข้อมูลออนไลน์ นำข้อมูลออนไลน์ไปประยุกต์ใช้อย่างเหมาะสม แสร้งข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นประโยชน์แก่บุคคลอื่น” (Int 2) “ใช้ทักษะการคิดวิเคราะห์การคิดอย่างมีวิจารณญาณในการใช้สื่อสังคมออนไลน์” (Int 4) “วิเคราะห์ข้อมูล ลงข้อมูลในระบบฐานข้อมูล ระบบสารสนเทศ ใช้ข้อมูลในการเก็บสถิติอ้างอิง และทำนายแนวโน้มได้” (Int 5)

5) ด้านการปรับตัวและการเรียนรู้ (Adaptive and Learning) ปัจจุบันเกิดการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ไม่ว่าจะเป็นการเรียนหรือการทำงานทุกคนจำเป็นที่จะต้องปรับตัวให้พร้อมรับมือกับทุกสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น หากไม่สามารถปรับตัวได้ ก็จะทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา การปรับตัวและเรียนรู้จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ดังคำกล่าวที่ว่า “นักศึกษาสามารถอยู่ได้ภายใต้สังคมและสิ่งแวดล้อมการทำงานที่กดดันหรือซับซ้อนได้ภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์ รวมถึงนักศึกษาสามารถพัฒนาทักษะชีวิตและการประกอบอาชีพให้เหมาะสม ปรับเปลี่ยนได้ตามบริบทขององค์กรที่นักศึกษาฝึกประสบการณ์วิชาชีพ หรือเมื่อสำเร็จการศึกษาไปแล้วสามารถปรับตัวตามองค์กรของตนได้” (Int 1) “การปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลงดิจิทัล (Adaptive Digital Transformation) มีความสามารถในการเอาตัวรอดในโลกยุคปัจจุบันและอนาคตที่มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วได้อย่างคล่องแคล่ว (Digital Agility) และสามารถใช้เทคโนโลยีเพื่อการเปลี่ยนแปลงชีวิตในทางที่ดีขึ้น หรือเกิดเป็นวัฒนธรรมดิจิทัลได้ (Digital Culture) โดยสามารถสร้างสรรค์นวัตกรรมที่มีความแตกต่างกัน รวมถึงสามารถพัฒนาตนเองได้อย่างยั่งยืน” (Int 7)

6) ด้านคุณธรรมจริยธรรม กฎหมาย และความปลอดภัย (Ethics, Law and Security) คุณธรรมจริยธรรมในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เป็นความตระหนักถึงสิ่งที่

ควรทำ ไม่ควรทำในการใช้สารสนเทศ ซึ่งบางสิ่งเป็นทรัพย์สินทางปัญญาของผู้อื่น ดังนั้นการใช้สารสนเทศอย่างถูกต้อง ผู้ใช้ควรคำนึงถึงสิทธิ์ กฎ กติกา และมารยาททางสังคม และตระหนักถึงผลกระทบทางกฎหมาย เพื่อการอยู่ร่วมกันอย่างสงบสุขในสังคม อาทิ “นักศึกษาต้องสามารถใช้สื่อดิจิทัล ถูกกฎหมายและถูกจริยธรรม” (Int 1) “ไม่ละเมิดสิทธิผู้อื่น มีความรับผิดชอบ มีมารยาท ไม่ละเมิดกฎหมาย” (Int 2) “ไม่คัดลอกข้อมูลของผู้อื่นโดยไม่มีการอ้างอิง” (Int 4) “ความปลอดภัยทางดิจิทัลก็ต้องมี สามารถเข้าถึง วิเคราะห์ และสร้างข้อมูล สารสนเทศและเนื้อหา สื่อได้อย่างเหมาะสม ถูกต้อง ปลอดภัย และไม่ละเมิดกฎหมาย” (Int 7)

7) ด้านการติดต่อสื่อสารและการร่วมมือกัน (Communication & Collaboration) สามารถใช้เครื่องมือที่หลากหลายได้อย่างสะดวกสบายเพื่อการสนทนาและทำงานร่วมกับผู้อื่นแบบออนไลน์ รวมถึงการแบ่งปันเอกสารและหรือข้อคิดเห็น การประชุมทางไกล (video-conferencing) และการเข้าร่วมสัมมนาผ่านเว็บไซต์ การสัมมนาผ่านเครื่องมือและช่องทางที่หลากหลาย ดังคำกล่าวที่ว่า “การทำงานร่วมกันในสังคมและวัฒนธรรมดิจิทัล นักศึกษาสามารถเคารพความแตกต่างทางวัฒนธรรม และสามารถทำงานอย่างมีประสิทธิภาพกับผู้อื่นที่มีความแตกต่างทางสังคมและวัฒนธรรม ยอมรับในความแตกต่างของแนวคิดและคุณค่า ทางสังคมและวัฒนธรรม” (Int 1) “สามารถสร้างสื่อดิจิทัลหรือนวัตกรรมทางการพยาบาล แลกเปลี่ยนความคิดเห็นผ่านโลกออนไลน์ สามารถวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของข้อมูลออนไลน์ นำข้อมูลออนไลน์ไปประยุกต์ใช้อย่างเหมาะสม แชรข้อมูลที่ต้องการและเป็นประโยชน์แก่บุคคลอื่น” (Int 2) “ต้องรอบรู้ในโลกดิจิทัล สามารถประยุกต์ใช้สื่อ สร้างสรรค์นวัตกรรม และการติดตามข่าวสารบนโลกออนไลน์” (Int 3) “สามารถใช้คอมพิวเตอร์ Application Search ข้อมูลผ่านมือถือ Tablet Computer ได้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์ได้ ใช้เทคโนโลยีในการสืบค้น นำเสนองานในรูปแบบต่าง ๆ เช่น กราฟ แผนภูมิ กราฟเส้น ตาราง รูปภาพ และปริมาตร” (Int 5) “การมีส่วนร่วม การร่วมมือกัน การสื่อสาร และการทำงานเป็นทีม” (Int 7) “การติดต่อประสานงานผ่านเทคโนโลยี สื่อสารจัดการข้อมูลทางดิจิทัลได้อย่างมีประสิทธิภาพ” (FG1.1) “การติดต่อสื่อสาร

ผ่านดิจิทัล สร้างความร่วมมือในการทำงานและมีส่วนร่วมในการพัฒนา” (FG1.2) “การสื่อสารและการร่วมมือ การสร้างสรรค์และนวัตกรรม” (FG2.1)

8) ด้านการสร้างสรรค์ และนวัตกรรม (Creative and Innovations) สมรรถนะที่สำคัญอย่างหนึ่งของคนยุคใหม่เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนประเทศไทยไปได้ คือ การสร้างนวัตกรรมเพื่อนำมาสู่การพัฒนาประเทศให้ก้าวทันโลก ต้องมีความปลอดภัยในการใช้สื่อดิจิทัลด้วย ดังคำกล่าวที่ว่า “ผลักดันความแตกต่างทางสังคมและวัฒนธรรมให้เกิดแนวคิดใหม่ และเพิ่มทั้งนวัตกรรมและคุณภาพในการทำงาน” (Int 1) “ด้านการสร้างสรรค์และนวัตกรรมทางการพยาบาลก็สำคัญ ในสภาพสังคมปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว” (Int 2) “สามารถใช้สื่อดิจิทัลมาพัฒนาการเรียน ประสบการณ์ และนวัตกรรมทางการพยาบาล” (Int 3) “ทำนวัตกรรมได้จากการใช้เทคโนโลยี เช่น นวัตกรรมการสอนผ่านออนไลน์” (Int 5) “ใช้เทคโนโลยีในการสร้างสรรค์และพัฒนาวัตกรรม เพื่อการเปลี่ยนแปลงชีวิตในทางที่ดีขึ้น รวมถึงสามารถพัฒนาตนเองได้อย่างยั่งยืน” (Int 7) “นักศึกษานำความรู้เกี่ยวกับเทคโนโลยีไปใช้ในทางการพยาบาลในส่วนของการทำงานวิจัยและนวัตกรรม” (FG2.1) “สามารถสร้างนวัตกรรมเพื่อความแตกต่าง และก่อให้เกิดประโยชน์กับส่วนรวม” (FG2.2)

องค์ประกอบที่ 3 การประเมินผล (Evaluation: E) มีการประเมินสมรรถนะดิจิทัลทั้งในรูปแบบการใช้คอมพิวเตอร์ การสืบค้นข้อมูล การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรม การผลิตชิ้นงาน หรือผลงานจากการนำเสนอ การทำแบบทดสอบซึ่งมีทั้งแบบออนไลน์ และแบบออนไลน์ เพื่อให้สะดวกต่อผู้เรียน ควรดำเนินการประเมินให้แล้วเสร็จก่อนที่จะสำเร็จการศึกษา อาทิ “ควรมีการทดสอบผ่านกิจกรรมการปัจฉิมนิเทศ หรือกิจกรรมพัฒนาทักษะด้านการเป็นผู้ประกอบการยุคดิจิทัล เพื่อเป็นการประเมินในสมรรถนะดิจิทัลของนักศึกษา ผ่านการทำกิจกรรม หรือการผลิตชิ้นงาน” (Int1) “1) ประเมินโดยใช้แบบสอบถาม เพื่อศึกษาสมรรถนะดิจิทัลของนักศึกษาพยาบาลเป็นรายด้าน อาทิ ด้านการสืบค้นและการใช้งานคอมพิวเตอร์ และเครื่องมือดิจิทัลต่าง ๆ ด้านการสร้างสรรค์และนวัตกรรมทางการพยาบาล ด้านการเรียนรู้ และการเข้าใจในการใช้ดิจิทัล การแก้ปัญหาเครื่องมือ และด้านการติดต่อ สื่อสาร และการ

ประสานงาน 2) ประเมินโดยการใช้โปรแกรมวิเคราะห์ (Application) เพื่อให้นักศึกษาแสดงความคิดเห็นจากการชมกรณีตัวอย่างต่าง ๆ เพื่อนำความคิดเห็นของนักศึกษามาวิเคราะห์หรือทำ Focus Group สมรรถนะของนักศึกษาในแต่ละด้าน” (Int2) จึงเป็นที่มาของ PDE Model ที่พัฒนาขึ้น

### วิจารณ์และสรุป

รูปแบบสมรรถนะดิจิทัลของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนมที่พัฒนามาจากการระดมสมองของบุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ คณะผู้วิจัย ตัวแทนอาจารย์ ตัวแทนเจ้าหน้าที่ และตัวแทนนักศึกษาในแต่ละชั้นปี เพื่อร่วมกันสร้างรูปแบบสมรรถนะดิจิทัลของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม ทำให้เกิดการพัฒนารูปแบบสมรรถนะดิจิทัลของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม คือ พีดีโมเดล (PDE's Model) ที่ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) นโยบาย (Policy: P) 2) สมรรถนะดิจิทัลที่จำเป็นสำหรับนักศึกษาพยาบาล (Digital Competencies: D) โดยที่สมรรถนะดิจิทัลที่จำเป็นสำหรับนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย (1) ด้านความรู้และความเข้าใจดิจิทัล (2) ด้านทักษะการใช้สื่อดิจิทัล (3) ด้านคุณลักษณะ (4) ด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา (5) ด้านการปรับตัวและการเรียนรู้ (6) ด้านคุณธรรมจริยธรรม กฎหมาย และความปลอดภัย (7) ด้านการติดต่อสื่อสารและการร่วมมือกัน และ(8) ด้านการสร้างสรรค และนวัตกรรม และ 3) การประเมินผล (Evaluation: E)

ผลของการพัฒนารูปแบบสมรรถนะดิจิทัลของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนมนั้น สอดคล้องกับองค์ประกอบเชิงยืนยันสมรรถนะดิจิทัลของพยาบาลวิชาชีพไทย<sup>12</sup> ที่พบว่าสมรรถนะดิจิทัลของพยาบาลวิชาชีพไทย มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านความรู้ 2) ด้านทักษะ และ 3) ด้านคุณลักษณะ เช่นเดียวกับการศึกษาการวิเคราะห์เอกสารวิชาการสมรรถนะดิจิทัลที่จำเป็นสำหรับนักศึกษาพยาบาล<sup>13</sup> พบว่าสมรรถนะดิจิทัลในด้านพุทธิพิสัยและด้านทักษะพิสัยที่จำเป็นสำหรับนักศึกษาแต่ละด้านประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ประกอบด้วย ความรู้และทักษะเกี่ยวกับพื้นฐาน

คอมพิวเตอร์และดิจิทัล การเข้าถึงดิจิทัล การใช้ดิจิทัล การผลิตและการสร้างสรรค์สื่อดิจิทัล การสื่อสารดิจิทัล การจัดการสื่อดิจิทัล และการประเมินค่าดิจิทัล สอดคล้องกับการศึกษาแนวทางการส่งเสริมสมรรถนะดิจิทัลนักศึกษาศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่<sup>14</sup> ที่พบว่า ควรมีการส่งเสริมสมรรถนะ 5 ด้าน ได้แก่ จัดทำหลักสูตรที่สนับสนุนสมรรถนะดิจิทัล นำความรู้ไปใช้ในการเรียน บูรณาการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการประเมินการเรียนรู้ จัดหาสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ที่ทันสมัยเพื่อการเรียนการสอนอย่างมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้อาจารย์บูรณาการใช้เทคโนโลยีในการจัดการเรียนการสอน นอกจากนี้ ยังพบว่ารูปแบบการพัฒนาทักษะการรู้ดิจิทัลของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่สามารถเพิ่มสมรรถนะดิจิทัลของนักศึกษาส่วนใหญ่ในระดับมาก<sup>15,16</sup> การศึกษาสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ทางดิจิทัล พบว่า สภาพแวดล้อมการเรียนรู้ทางดิจิทัลเพื่อพัฒนาทักษะการรู้ดิจิทัลของนักศึกษา สามารถนำไปสู่การกำหนดแผนกลยุทธ์การจัดสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านโครงสร้างพื้นฐานทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารของมหาวิทยาลัย ด้านการจัดหาและพัฒนาระบบสนับสนุนการเรียนการสอนและการศึกษาวิจัย ด้านการจัดหาและพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการศึกษา และด้านการจัดหาและพัฒนาระบบการให้บริการด้านการศึกษาของมหาวิทยาลัยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-Service)

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาหลักสูตรเสริมเพื่อเสริมสร้างความฉลาดทางดิจิทัลของนักศึกษามหาวิทยาลัยสะหวันนะเขต สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว<sup>17</sup> พบว่า ผลการทดลองใช้หลักสูตร พบว่า 1) นักศึกษาที่เรียนด้วยหลักสูตรเสริมเพื่อเสริมสร้างความฉลาดทางดิจิทัล มีความฉลาดทางดิจิทัลหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 และ 2) นักศึกษาที่เรียนด้วยหลักสูตรเสริมเพื่อเสริมสร้างความฉลาดทางดิจิทัล มีความพึงพอใจต่อการเรียนอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 การศึกษาทักษะดิจิทัลระดับปริญญาตรีของเวียดนามและความถี่ในการใช้เครื่องมือดิจิทัลในบริบทการเรียนภาษาอังกฤษในฐานะเป็นภาษาต่างประเทศ หรือ English as a Foreign Language (EFL)<sup>18</sup> พบว่านักศึกษามีสิ่งอำนวยความสะดวกดิจิทัลเพียงพอและคุ้นเคย

กับการใช้เทคโนโลยีเพื่อการเรียนรู้ภาษา นอกจากนี้ นักศึกษายังได้รับทักษะดิจิทัลในระดับปานกลาง และมีความเชี่ยวชาญมากที่สุดในการใช้บริการเครือข่ายสังคมเมื่อเปรียบเทียบกับแอปพลิเคชันอื่น ๆ เกี่ยวกับความถี่ในการใช้เครื่องมือดิจิทัล นักศึกษาไม่ค่อยใช้แอปพลิเคชันดิจิทัลในการเรียนรู้ภาษา ในบรรดาแอปพลิเคชัน นักศึกษามักใช้โซเชียลมีเดียมากกว่าเครื่องมืออื่น ๆ นอกจากนี้ยังพบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างทักษะดิจิทัล ความถี่ในการใช้เทคโนโลยีและสิ่งอำนวยความสะดวกด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (Information Communication Technology: ICT) และความคุ้นเคยด้าน ICT มีข้อเสนอแนะว่ามีความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงหลักสูตรหรือวิธีการสอนเพื่อสร้างโอกาสสำหรับนักศึกษาในการเพิ่มพูนทักษะดิจิทัลในการเรียนรู้ภาษาโดยเฉพาะอย่างยิ่งและในการศึกษาโดยทั่วไป เนื่องจากพวกเขาเป็น 'เจ้าของภาษาดิจิทัล' ของชุมชน

#### ข้อเสนอแนะ

1. ด้านวิชาการและวิจัย รูปแบบสมรรถนะดิจิทัลของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนมที่ได้รับการยืนยันด้วยกระบวนการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการสร้างเกณฑ์การประเมินหรือ

#### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและแผนการอุดมศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. แผนอุดมศึกษาระยะยาว 20 ปี พ.ศ. 2561– 2580. กรุงเทพฯ: พริกหวานกราฟฟิค; 2559.
2. Partnership for 21st Century Skills. A framework for 21st century learning [Internet]. 2011 [Cited 2012 May 25]. Available from: [https://static.battelleforkids.org/documents/p21/p21\\_framework\\_brief.pdf](https://static.battelleforkids.org/documents/p21/p21_framework_brief.pdf)
3. ประกาศคณะกรรมการมาตรฐานการอุดมศึกษา. รายละเอียดผลลัพท์การเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: [https://reg2.crru.ac.th/reg/files/20220721034051\\_7a79bf97951b8b2d3a2679ca374a0ebe.pdf](https://reg2.crru.ac.th/reg/files/20220721034051_7a79bf97951b8b2d3a2679ca374a0ebe.pdf)
4. ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ. มาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: [https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/Edit\(1\).PDF](https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/Edit(1).PDF)
5. วิชัย วงษ์ใหญ่, และ มารุต พัฒนา. สมรรถนะดิจิทัล. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2564.
6. มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่. แผนการดำเนินการส่งเสริมสมรรถนะและทักษะด้านดิจิทัลของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ ปีการศึกษา 2563 – 2567 (ฉบับปรับปรุง ปีการศึกษา 2564) 2563 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.chefile.cmru.ac.th/cmru/2563/cmru/SAR1/>

เป็นแนวทางในการฝึกอบรมนักศึกษาพยาบาล ซึ่งจะส่งผลไปสู่การพัฒนาคุณภาพของนักศึกษาและนำไปใช้เป็นแนวทางการพัฒนาศึกษาค้นคว้าต่อไป

2. ด้านสาธารณะ ควรเผยแพร่องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบสมรรถนะดิจิทัลของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนมให้เข้าถึงง่ายและมุ่งเน้นวิธีการนำไปใช้ เช่น การจัดทำคู่มือ การอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มสมรรถนะดิจิทัลของนักศึกษาพยาบาล

3. ด้านนโยบาย ควรกำหนดกลยุทธ์ในการพัฒนาสมรรถนะดิจิทัลของนักศึกษาพยาบาล เพื่อนำไปสู่การเป็นพลเมืองดิจิทัลต่อไป

#### กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 และสำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาเป็นอย่างสูงจากผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ช่วยประเมินพร้อมทั้งให้คำแนะนำ รวมถึงข้อเสนอแนะต่าง ๆ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้ร่วมวิจัยที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยจนสำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์

KPI1.7/1.7-2-1.pdf

7. มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี. แผนส่งเสริมสมรรถนะและทักษะด้านดิจิทัลของมหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี ปี การศึกษา 2562– 2564; 2563. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://it.tru.ac.th/wp-content/uploads/2020/07/.pdf>
8. มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์. การสอบวัดระดับสมรรถนะดิจิทัลสำหรับนักศึกษาระดับปริญญาตรี [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www3.srru.ac.th/storage/uploads/news/files/OFuERrS8UNti2NF4fIVRmrCI.pdf>
9. สถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ (องค์การมหาชน). หลักสูตรพัฒนาทักษะด้านดิจิทัล (Microsoft). [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://etraining.tpqi.go.th/category/39>
10. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม. แผนปฏิบัติการราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565. นครพนม: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม; 2564.
11. Cohen JM. and Uphoff NT. Rural Development Participation: Concept and Measures for Project Design Implementation and Evaluation. Rural Development Committee Center for International Studies. Cornell University; 1980.
12. ปราโมทย์ ถ่างกระโทก, อารี ชิวเกษมสุข, และสุกมาส อังสุโชติ. การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันสมรรถนะดิจิทัลของ พยาบาลวิชาชีพไทย. ว. พยาบาลทหารบก 2562;20(3):276–285.
13. ชรรณสันต์ สุวรรณโรจน์, พรรณี ลีกิจวัฒน์, อรวรรณ แซ่อึ้ง, และอภิรักษ์ ศิริพันธ์. สมรรถนะดิจิทัลที่จำเป็นสำหรับนักศึกษาระดับปริญญาตรีในสถาบันอุดมศึกษาของประเทศไทย: การวิเคราะห์เอกสารวิชาการ. ว. นาคบุตรปริทรรศน์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช 2563;12(2):88–106.
14. พิศดา ผาคำ, สมเกียรติ อินทสิงห์, และนันท อัสภากรณ์. แนวทางการส่งเสริมสมรรถนะดิจิทัลของนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในยุคการศึกษา 4.0 ว. บัณฑิตวิจัย 2564;12(2): 119–131.
15. สุทธินันท์ ชื่นชม, กัลยา ใจรักษ์, และอำนาจ โกวรรณ. รูปแบบการพัฒนาทักษะการรู้ดิจิทัลของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่เพื่อพัฒนาคุณภาพการเรียนรู้. ว. สารสนเทศศาสตร์ 2564;39(2):16–33.
16. พิสุทธิ ศรีจันทร์. การศึกษาสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ทางดิจิทัลเพื่อพัฒนาทักษะการรู้ดิจิทัลของนักศึกษา กรณีศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์. ว. วิทยาสารสนเทศและเทคโนโลยี 2565;3(2):1–15.
17. ลัดสะหมี พอนไซ. การศึกษาการพัฒนาหลักสูตรเสริมเพื่อเสริมสร้างความฉลาดทางดิจิทัลของนักศึกษามหาวิทยาลัยสะหวันนะเขต สาธารณรัฐประชาธิปไตย ประชาชนลาว [วิทยานิพนธ์]. สกลนคร: มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร; 2565.
18. Nguyen LAT, & Habok A. A study on Vietnamese undergraduates' level of digital skills and the frequency of using digital tools in the EFL context [Internet]. 2021 [Cited 2022 sep 15]. Available from: <https://dl.acm.org/doi/10.1145/3472410.3472425>

## ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อระดับความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อม ในผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินในชุมชน

อภิัญญา อูระพระ พย.ม.\*

จารุพร ไชยวงศา พย.ม.\*\*

กิงกาญจน์ นามไพโรจน์ พท.ป.\*\*\*

เกศกัญญา ไชยวงศา พย.ม.\*\*\*\*

### บทคัดย่อ

ภาวะข้อเข่าเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ อาการที่พบได้ทั่วไป ได้แก่ อาการปวด ข้อบวม ข้อติด หรือข้อผิดรูป ทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวและสูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพซึ่งประกอบด้วยการบริหารกล้ามเนื้อต้นขา การควบคุมน้ำหนัก และประคบร้อน ต่อระดับความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินในชุมชน จำนวน 34 คน โดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ระยะเวลาดำเนินวิจัย 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ 2) แบบประเมินความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อม และ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมในการควบคุมภาวะข้อเข่าเสื่อม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานคือ repeated measure ANOVA และ paired sample t-tests กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อมหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F(1.47, 48.44) = 4.43, p = 0.03$ ) ระดับคะแนนที่เพิ่มขึ้นหมายถึงความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อมที่ลดลง ค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายและความยาวเส้นรอบเอวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมในการควบคุมภาวะข้อเข่าเสื่อมหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

**คำสำคัญ:** ข้อเข่าเสื่อม ชุมชน น้ำหนักเกิน โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ผู้สูงอายุ

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟู กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสกลนคร

\*\* อาจารย์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี คณะพยาบาลศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก, Corresponding author: E-mail: bcnu23jaruporn@bcnu.ac.th

\*\*\* แพทย์แผนไทย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงพัฒนา อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร

\*\*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

รับบทความ: 13 มิถุนายน 2567 แก้ไขบทความ: 4 สิงหาคม 2567 รับผิดชอบบทความ: 21 สิงหาคม 2567

## Effect of Health Behavior Promotion Program on the Severity of Knee Osteoarthritis in Overweight Older Adults in the Community

Apinya Thurapra M.N.S\*

Jaruporn Chaiwongsa M.N.S\*\*

Kingkarn Namphaisan B.ATM\*\*\*

Kedkanya Chaiwongsa M.N.S\*\*\*\*

### Abstract

Knee osteoarthritis is a common health problem in older adults. Typical symptoms include pain, swelling, stiffness, or joint deformity. This restricts mobility and destroys their ability to do daily activities. This quasi-experimental research study aimed to study the effects of a health behavior promotion program using quadriceps femoris muscle exercise combined with weight control and hot compresses on the severity of knee osteoarthritis for 34 overweight older adults in the community by simple random sampling. The research period was eight weeks. The research instruments were the experimental instrument, the health behavior promotion program and the data collection instruments consisted of 1) a demographic data questionnaire and health data record form 2) an Oxford knee score, and 3) an Osteoarthritis controlling behavior questionnaire. The data were analyzed using the descriptive statistics, repeated measure ANOVA, and paired sample t-tests. The statistical level of 0.05 was considered significance.

The results of the study found that the severity of knee osteoarthritis after the 8<sup>th</sup> week of the experiment was significantly higher than before the experiment ( $F(1.47, 48.44) = 4.43, p = 0.03$ ). Higher scores indicated lower severity of knee osteoarthritis. The mean body mass index (BMI) and waist circumference (WC) were significantly decreased ( $p < 0.05$ ). The mean score of osteoarthritis controlling behavior after the 8<sup>th</sup> week of experiment was significantly higher than before experiment ( $p < 0.05$ ).

**Keywords:** Osteoarthritis, Community, Overweight, Health behavior promotion program, Older adults

---

\* Registered nurse (Professional Level), Health promotion and rehabilitation Department, Sakon Nakhon Hospital

\*\* Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Corresponding author: E-mail: bcnu23jaruporn@bcnu.ac.th

\*\*\* Thai Traditional Medicine (Professional Level), Dong Patana, Sub-District Health Promoting Hospital, Muang District, Sakon Nakhon

\*\*\*\* Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Received: June 13, 2024 / Revised: August 4, 2024 / Accepted: August 21, 2024

## บทนำ

ภาวะข้อเข่าเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ จากการสำรวจความชุกของภาวะข้อเข่าเสื่อม ในปี ค.ศ. 2000 พบว่า ประชากรโลกกำลังเผชิญกับปัญหาภาวะข้อเข่าเสื่อมมากกว่า 595 ล้านคน หรือ คิดเป็นร้อยละ 7.6 ของประชากรโลก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องสัมพันธ์กับจำนวนประชากรผู้สูงอายุ ซึ่งพบมากที่สุดในพื้นที่เอเชียตะวันออก<sup>1</sup> ข้อมูลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อ และข้อ ในประเทศไทย พบอัตราความชุกในภาคตะวันออก เฉียงเหนือมากที่สุด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วย อายุ 60 ปีขึ้นไป<sup>2</sup> จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุจำนวนมากกำลังเผชิญปัญหาสุขภาพที่เป็นผลมาจากภาวะข้อเข่าเสื่อมซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของกระดูกอ่อนที่รองรับข้อต่อและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบข้อเข่าลดลง ส่งผลให้ความทนต่อแรงกระแทกและการเสียดสีลดลง รวมถึงน้ำไขข้อลดลงทำให้เกิดอาการข้ออักเสบและปวดเรื้อรัง<sup>3</sup> หากความรุนแรงมากขึ้นก็มักจะมีอาการปวดรุนแรง ข้อบวม ข้อติดหรือข้อฝืดรูปได้ อาการเหล่านี้ส่งผลต่อการเคลื่อนไหวโดยอิสระและการใช้ชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้สูงอายุต้องการการดูแลและมีภาวะพึ่งพิง อาจเกิดภาวะทุพพลภาพซึ่งลดทอนคุณค่าในตนเอง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและการสูญเสียสุขภาพของผู้สูงอายุ<sup>1</sup>

ภาวะน้ำหนักเกิน (Overweight) หมายถึง ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกาย (Basal Metabolism Index: BMI) มากกว่า 23 Kg/m<sup>2</sup> และโรคอ้วน (Obesity) หมายถึง ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกาย มากกว่า 25 Kg/m<sup>2</sup> เป็นภาวะที่ร่างกายเกิดการสะสมไขมันจากการได้รับพลังงานเกินความต้องการของร่างกาย<sup>4</sup> ส่วนภาวะอ้วนลงพุง (Abdominal obesity) หมายถึง ภาวะที่มีการสะสมไขมันในช่องท้องปริมาณมากจนทำให้เส้นรอบเอวมียขนาดเพิ่มขึ้น โดยเกณฑ์ ในการวินิจฉัยภาวะอ้วนลงพุง คือ ผู้ที่มีรอบเอว มากกว่าหรือเท่ากับ 90 เซนติเมตร ในเพศชาย และมากกว่าหรือเท่ากับ 80 เซนติเมตร ในเพศหญิง<sup>4</sup> โดยผู้สูงอายุมีแนวโน้มเกิดภาวะน้ำหนักเกินมากกว่ากลุ่มวัยอื่น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายร่วมกับการมีกิจกรรมทางกายและเคลื่อนไหวร่างกายน้อย ส่งผลต่อการเผาผลาญพลังงานไม่มีประสิทธิภาพ เกิดการสะสมของน้ำตาลและไขมันได้ง่าย มวลกล้ามเนื้อน้อยจากการการสลายมวลกล้ามเนื้อและแทนที่ด้วยการสะสมไขมันแทรกตามกล้ามเนื้อส่งผลต่อ

ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง รวมถึงความผิดปกติของระบบเผาผลาญทำให้เกิดการสะสมของไขมันบริเวณช่องท้องและอวัยวะภายใน จนทำให้เกิดภาวะอ้วนลงพุงและเพิ่มขนาดของเส้นรอบเอวได้ จากการศึกษาพบว่าภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนลงพุงมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อม<sup>5</sup> กล่าวคือภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนลงพุงนี้ส่งผลให้สมรรถนะทางกายและภาวะสุขภาพแย่ลง ทั้งนี้อาจเพิ่มอาการทางคลินิกและความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อม อันเนื่องมาจากน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อข้อต่อ โดยเฉพาะข้อเข่าซึ่งเพิ่มแรงกดทำให้เกิดการเสียดสีและการสลายของกระดูกอ่อน ในระยะยาวแรงกดนี้จะทำให้กระดูกอ่อนบางลง เกิดการอักเสบและเสื่อมสภาพของเซลล์มากขึ้น มีการหนาตัวของเนื้อกระดูกที่อยู่ใต้ผิวข้อต่อ เมื่อร่างกายเคลื่อนไหวจะเกิดการเสียดสีระหว่างข้อต่อ เป็นสาเหตุสำคัญของอาการปวด<sup>3</sup> นอกจากนี้ยังเพิ่มแรงผลักดันทำให้ข้อโก่งและผิดรูป<sup>1</sup> จะเห็นได้ว่าภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนลงพุงส่งผลต่อการทำงานตามปกติของข้อเข่าผู้สูงอายุ ในขณะที่ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพของข้อเข่าที่เกี่ยวข้องกับอายุ อาจเพิ่มความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อม ส่งผลให้มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวและขาดกิจกรรมทางกายซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังอื่นได้

การรักษาภาวะข้อเข่าเสื่อมมีหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด การรักษาโดยใช่ยา และการรักษาโดยไม่ใช่ยา โดยการผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ แต่เนื่องจากปัญหาข้อเข่าเสื่อมไม่ใช่การเจ็บป่วยวิกฤตที่ต้องรักษาเร่งด่วน รวมถึงข้อจำกัดทางการแพทย์ จึงอาจทำให้ผู้สูงอายุส่วนมากไม่ได้รับการผ่าตัดอย่างทันถ่วงที สำหรับการรักษาโดยใช่ยา โดยเฉพาะการใช้ยาบรรเทาอาการปวดกลุ่มยาต้านอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ (Non-steroidal Anti-inflammatory drugs; NSAIDs) มักเกิดอาการข้างเคียงและส่งผลเสียรุนแรงต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในระยะยาว เช่น ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร และความดันโลหิตสูง เป็นต้น<sup>3</sup> ปัจจุบันการรักษาโดยไม่ใช่ยาถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลาย ไม่ว่าจะเป็น การลดน้ำหนัก การทำกายภาพบำบัด การออกกำลังกายบริหารข้อต่อ และการทำกลุ่มกิจกรรมบำบัด นอกจากนี้ยังมีการรักษาโดยแพทย์ทางเลือก เช่น การฝังเข็ม การรักษาด้วยคลื่นไฟฟ้า การนวด การประคบและการพอกสมุนไพร เป็นต้น การรักษาภาวะข้อเข่าเสื่อมมุ่งเน้น

การทำงานของข้อเข่าและการบรรเทาอาการปวด จากการศึกษพบว่า การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการจัดการภาวะข้อเข่าเสื่อม โดยเฉพาะการรักษาหรือการจัดการโดยไม่ใช้ยาที่หลากหลาย ได้แก่ การออกกำลังกายหรือกายบริหาร การควบคุมน้ำหนัก สามารถส่งเสริมความแข็งแรงของข้อต่อและกล้ามเนื้อ ช่วยให้การทำงานของร่างกายเป็นไปตามปกติ<sup>6</sup> ร่วมกับการประคบร้อนซึ่งเป็นวิธีการรักษาพื้นบ้านที่ทำได้ง่ายในชุมชน โดยความร้อนและสมุนไพรในลูกประคบมีสรรพคุณเพิ่มการไหลเวียนโลหิตและบรรเทาอาการปวดได้เป็นอย่างดี<sup>7</sup> การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพนี้สามารถบรรเทาความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อมเพิ่มคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุได้

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าการบูรณาการการรักษาที่หลากหลายสามารถจัดการกับภาวะข้อเข่าเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพภายใต้การจัดการตนเอง จะทำให้เกิดผลลัพธ์สุขภาพที่ดีในระยะยาวได้<sup>6</sup> โดยใช้สร้างเสริมสุขภาพและการควบคุมดูแลสุขภาพซึ่งในปัจจุบันมีการศึกษาอย่างแพร่หลายเกี่ยวกับการจัดการภาวะข้อเข่าเสื่อม อย่างไรก็ตามการจัดการภาวะข้อเข่าเสื่อมควรมีการปรับปรุงให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุและบริบทพื้นที่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้จัดทำโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย กายบริหารกล้ามเนื้อต้นขา การควบคุมน้ำหนัก ร่วมกับการประคบร้อน ในการจัดการภาวะข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินในชุมชนเพื่อมุ่งเน้นบรรเทาความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อม ช่วยให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ตลอดจนสามารถดูแลตนเองและใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระ

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 ในผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินในชุมชน

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ความยาวเส้นรอบเอว และคะแนนพฤติกรรมในการควบคุมภาวะข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ สัปดาห์ที่ 8 ในผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินในชุมชน

### วิธีการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-

experimental research) ศึกษาแบบหนึ่งกลุ่ม เปรียบเทียบผลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 โดยวัดซ้ำ 3 ครั้ง (One-group time series design) และศึกษาแบบสองกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังทดลองสัปดาห์ที่ 8 (Two-group pre-post test design)

### การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลสกลนคร รับรองจริยธรรม 11 มกราคม พ.ศ. 2567 เลขที่รับรอง COA/1 No. 026/2566 โดยผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่เริ่มต้นเก็บข้อมูลจนกระทั่งนำเสนอผลการวิจัย ซึ่งยึดหลักจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ได้แก่ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัยและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับอย่างครบถ้วน เคารพสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ หากกลุ่มตัวอย่างต้องการถอนตัวสามารถทำได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล รักษาความลับ โดยไม่เปิดเผยชื่อหรือข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงนำเสนอข้อมูลที่ได้เป็นภาพรวมและนำไปใช้เพื่อประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน และมีความเสี่ยงต่อภาวะข้อเข่าเสื่อม

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน และมีความเสี่ยงต่อภาวะข้อเข่าเสื่อม อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงพัฒนา ตำบลธาตุนาเวง อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ – เดือนเมษายน พ.ศ. 2567 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G\*power<sup>8</sup> สำหรับการทดสอบการวิเคราะห์สถิติความแปรปรวนซ้ำ (repeated measure หรือ repeated ANOVA) เป็นการทดสอบซ้ำ 3 ช่วงเวลา โดยเลือก statistical test เป็น ANOVA: repeated measure; within factor กำหนดพารามิเตอร์ประกอบด้วย Effect size ในระดับกลาง = 0.25<sup>9</sup> กำหนดค่ากำลังทดสอบ (power analysis) เท่ากับ 0.80 ค่าระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ

28 ราย ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้จึงเท่ากับ 34 ราย

กลุ่มตัวอย่างถูกเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด

**เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)** มีดังนี้

- 1) เป็นผู้ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่า  $23 \text{ Kg/m}^2$  2) มีความเสี่ยงข้อเข่าเสื่อมโดยการประเมินจากแบบคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมทางคลินิก กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564<sup>10</sup> ตอบ “ใช่” มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ข้อ 3) สามารถสื่อสารเข้าใจด้วยภาษาไทย 4) สามารถปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และ 5) สัมครใจเข้าร่วมการวิจัย

**เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)** มีดังนี้

- 1) ไม่สามารถตอบคำถามหรือสื่อสาร 2) โรคข้อเข่ารุนแรงมากขึ้น และ/หรือต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดขณะเข้าร่วมการวิจัย 3) มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพและแพทย์ไม่แนะนำให้กิจกรรมกายบริหาร และ 4) มีประวัติ/โรคประจำตัวรุนแรงที่จะเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย เช่น โรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ โรคระบบประสาทหรือมีอาการทางจิตหรือโรคติดต่ออื่น ๆ

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินในชุมชน ประกอบด้วย กิจกรรมกายบริหารกล้ามเนื้อต้นขา การควบคุมน้ำหนัก และการประคบร้อนด้วยสมุนไพร

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวต่อเดือน การประกอบอาชีพ และสถานภาพสมรส แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย และความยาวเส้นรอบเอว

2) แบบประเมินความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาขึ้นในปี พ.ศ. 2557<sup>11</sup> มีข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 12 ข้อ แต่ละข้อมีจำนวน 5 คำตอบ มีลำดับคะแนน 0 – 4 คะแนน โดยคะแนน 0 หมายถึง มีอาการนั้นมากที่สุด และคะแนน 4 หมายถึง ไม่มีอาการนั้น

เลยหรือเป็นปกติ คะแนนรวมทั้งหมด 48 คะแนน และแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ เป็นภาวะข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรง (0 – 19 คะแนน) มีอาการภาวะข้อเข่าเสื่อมระดับปานกลาง (20 – 29 คะแนน) เริ่มมีอาการข้อเข่าเสื่อม (30–39 คะแนน) และยังไม่พบอาการผิดปกติ (40 – 48 คะแนน)

3) แบบสอบถามพฤติกรรมในการควบคุมภาวะข้อเข่าเสื่อม จำนวน 20 ข้อ ซึ่งมีข้อคำถามเชิงบวก 12 ข้อ และคำถามเชิงลบ 8 ข้อ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและดัดแปลงจากปัจจัย จักรนาวิก และคณะ<sup>12</sup> ลักษณะคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scales) 4 ระดับ คือ 0–3 คะแนนอยู่ในช่วง 0 – 60 คะแนน มีการแปลผลดังนี้ พฤติกรรมการป้องกันอยู่ในระดับดี (45 – 60 คะแนน) พฤติกรรมการป้องกัน/พอใช้ (30 – 44 คะแนน) และพฤติกรรมการป้องกันไม่ดี/ต้องปรับปรุง (0 – 29 คะแนน)

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ 1) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 2) อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ และ 3) พยาบาลระดับชำนาญการพิเศษที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม โดยคะแนนพฤติกรรมในการควบคุมภาวะข้อเข่าเสื่อมเมื่อนำมาพิจารณาค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหา (Index of item objective congruence :IOC) มีค่าเท่ากับ 0.87 ก่อนนำไปใช้ได้นำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจริง และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์ของคอนบราค มีค่าเท่ากับ 0.80

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

**ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1)** ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อมจากแบบประเมินความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อมและพฤติกรรมในการควบคุมภาวะข้อเข่าเสื่อม วัดดัชนีมวลกายและความยาวเส้นรอบเอว เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง หลังจากนั้นซักถามอาการปวดข้อเข่า สาเหตุ

ของข้อเข่าเสื่อม พร้อมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะข้อเข่าเสื่อม สาเหตุ อาการ ความรุนแรง แนวทางการรักษา การปรับอิริยาบถที่เหมาะสมเพื่อลดอาการปวดข้อเข่าหรืออิริยาบถที่มีแรงกดต่อข้อเข่า การรับประทานอาหารที่เหมาะสมเพื่อควบคุมน้ำหนัก การดูแลตนเองที่ถูกต้องสำหรับผู้ป่วยภาวะข้อเข่าเสื่อมและมีน้ำหนักเกิน โดยการบรรยายประกอบสื่อและอภิปรายกลุ่มย่อย การสาธิตและการสาธิตย้อนกลับการประคบร้อนร่วมกับทำกายบริหารข้อเข่าด้วย 6 ท่าอิทธิพิชิตข้อเข่าเสื่อมโดยใช้ผ้าขาวม้าหรือยางยืดช่วยในการออกกำลังกายใช้เวลาในการดำเนินการทั้งหมดประมาณ 2 ชั่วโมง

**ครั้งที่ 2** (สัปดาห์ที่ 2) การทบทวนความรู้โดยการสะท้อนคิดจากทำการประชุมกลุ่ม (Focus group) และจัดอภิปรายกลุ่มย่อยเพื่อร่วมกันแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการปฏิบัติตัว พร้อมทั้งทบทวนเนื้อหาความรู้ที่ได้รับที่ผ่านมา แลกเปลี่ยนประสบการณ์และพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนัก กระตุ้นให้เกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติตนเองและคาดหวังผลลัพธ์ที่ดีจากการมีพฤติกรรมปฏิบัติตัว ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตัวตามโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

**ครั้งที่ 3** (สัปดาห์ที่ 3) การชี้แนะ (Coaching) โดยการติดตามอย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์ เป็นการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อกระตุ้นให้มีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อลดอาการปวดข้อเข่าบันทึกติดตามความสม่ำเสมอของการปฏิบัติพฤติกรรม ให้คำปรึกษาพร้อมทั้งให้กำลังใจ ถ้ากรณีที่ถูกดูแลแล้วยังไม่เข้าใจจะนัดปรึกษารายบุคคล

**ครั้งที่ 4** (สัปดาห์ที่ 4) การประชุมกลุ่มและจัดอภิปรายกลุ่มย่อยเพื่อทบทวนความรู้โดยการสะท้อนคิดและถ่ายทอดประสบการณ์ปฏิบัติ ค้นหาผู้ที่มีพฤติกรรมที่ดีในการลดอาการปวดเพื่อเป็นต้นแบบในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของการปฏิบัติตัวอย่างสม่ำเสมอรวมทั้งผลดีที่ได้รับจากการดูแลตนเอง การประคบร้อนร่วมกับกายบริหารข้อเข่า ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติประเมินระดับความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อมจากแบบประเมินความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อม เป็นการเก็บข้อมูลความรุนแรงครั้งที่ 2

**ครั้งที่ 5** (สัปดาห์ที่ 5-7) การกระตุ้นพฤติกรรมที่ลดอาการปวดข้อเข่าโดยการชี้แนะ ติดตามอย่างต่อเนื่อง

ทางโทรศัพท์เพื่อให้คำปรึกษารายบุคคลพร้อมทั้งให้กำลังใจบันทึกติดตามความสม่ำเสมอของการปฏิบัติพฤติกรรม ถ้ากรณีที่ดีติดตามพูดคุยแล้วยังไม่เข้าใจจะนัดปรึกษารายบุคคล เพื่อกระตุ้นให้มีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะข้อเข่าเสื่อม

**ครั้งที่ 6** (สัปดาห์ที่ 8) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมและกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรายอื่นเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อลดอาการปวดข้อเข่าต่อไป ให้รางวัลสำหรับผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมที่ดี ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อมจากแบบประเมินความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อม และพฤติกรรมในการควบคุมภาวะข้อเข่าเสื่อม ประเมินดัชนีมวลกายและวัดความยาวเส้นรอบเอว เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลการทดลองครั้งที่ 3

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation, S.D.)
2. วิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อม ก่อน-หลังทดลองสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 ด้วยสถิติ repeated measure ANOVA
3. วิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ความยาวเส้นรอบเอว และคะแนนพฤติกรรมในการควบคุมภาวะข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ paired sample t-test

#### ผลการวิจัย

##### ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.7 อายุเฉลี่ย 65.74 ปี (S.D. = 4.14) ซึ่งอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 60-69 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีรายได้ครอบครัวต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 76.47 และส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 82.35 พร้อมทั้งมีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 91.18 ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย  $26.30 \text{ Kg/m}^2$  (S.D. = 1.61) ความยาวเส้นรอบเอวเฉลี่ย  $87.65 \text{ cm}$  (S.D. = 6.08) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ (n = 34)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
หญิง	22	64.70
ชาย	12	35.30
<b>อายุ (<math>\bar{X}</math> = 65.74 ปี, S.D. = 4.14)</b>		
60 – 69 ปี	28	82.35
70 – 79 ปี	6	17.65
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	26	76.47
มัธยมศึกษา	6	17.65
ประกาศนียบัตร	1	2.94
ปริญญาตรี	1	2.94
<b>รายได้ครอบครัวต่อเดือน</b>		
< 5,000 บาท	26	76.47
5,000 – 10,000 บาท	4	11.77
10,001 – 15,000 บาท	1	2.94
15,001 – 20,000 บาท	3	8.82
<b>การประกอบอาชีพ</b>		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	28	82.35
รับจ้าง	5	14.71
ค้าขาย	1	2.94
<b>สถานภาพสมรส</b>		
อยู่ด้วยกัน	31	91.18
หม้าย	2	5.88
หย่าร้าง	1	2.94
<b>ดัชนีมวลกาย (<math>\bar{X}</math> = 26.30 Kg/m<sup>2</sup>, S.D.= 1.61)</b>		
<b>ความยาวเส้นรอบเอว (<math>\bar{X}</math> = 87.65 cm, S.D.= 6.08)</b>		

ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อม จากการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำพบว่า มีการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องความแปรปรวนของการวัดแต่ละครั้ง (Compound Symmetry) โดยการใช้สถิติ Mauchly's test of sphericity มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ดังนั้นจึง

พิจารณาใช้การทดสอบของ Greenhouse-Geisser Epsilon ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างของคะแนนความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F(1.47, 48.44) = 4.43, p = 0.03$ ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อม ก่อนการทดลอง หลังทดลอง สัปดาห์ที่ 4 และหลังทดลองสัปดาห์ที่ 8 (n = 34)

ตัวแปร	$\bar{X}$ (S.D.)			SS	df	MS	F	p-value
	ก่อนการทดลอง	สัปดาห์ที่ 4	สัปดาห์ที่ 8					
คะแนนความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อม	40.74 (6.26)	41.41 (5.54)	43.18 (4.71)	108.02	1.47	73.60	4.43	0.03*

\* The mean difference is significant at the p-value < 0.05

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อมรายคู่ โดยวิธีการทดสอบ Bonferroni พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อมหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Difference = -2.44; p < 0.001; 95%CI = -3.79 to -1.09) ส่วนค่าเฉลี่ยของคะแนนความรุนแรงของภาวะข้อ

เข่าเสื่อมก่อนการทดลองและหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 กับหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Difference = -0.68; p = 1.00; 95%CI = -3.13 to 1.78, Mean Difference = -1.77; p = 0.22; 95%CI = -4.18 to 0.65 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อม ก่อนการทดลอง หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 โดยวิธีการทดสอบ Bonferroni (n = 34)

(I) (สัปดาห์)	(J) (สัปดาห์)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	p-value	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 4	-0.68	0.97	1.00	-3.13	1.78
	สัปดาห์ที่ 8	-2.44	0.53	0.00*	-3.79	-1.09
สัปดาห์ที่ 4	สัปดาห์ที่ 8	-1.77	0.96	0.22	-4.18	0.65

\* The mean difference is significant at the p-value < 0.05

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ความยาวเส้นรอบเอว และคะแนนพฤติกรรมในการควบคุมภาวะข้อเข่าเสื่อม ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 พบว่า ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและความยาวเส้นรอบเอว

หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) และคะแนนพฤติกรรมในการควบคุมภาวะข้อเข่าเสื่อมเฉลี่ย หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ความยาวเส้นรอบเอว และคะแนนพฤติกรรมในการควบคุมภาวะข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ (n = 34)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ดัชนีมวลกาย	26.30	1.61	25.64	1.55	11.05	0.00*
ความยาวเส้นรอบเอว	87.65	6.08	84.62	5.65	11.42	0.00*
คะแนนพฤติกรรมในการควบคุมภาวะข้อเข่าเสื่อม	18.85	3.54	39.09	5.51	-19.52	0.00*

\* The mean difference is significant at the p-value < 0.05

## วิจารณ์และสรุป

จากการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อระดับความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินในชุมชน พบว่า คะแนนความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อมก่อนการทดลองและหลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 8 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เป็นผลจากโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ มีจุดมุ่งหมายเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อมจากการลดแรงกดของข้อเข่า โดยมีกิจกรรมที่หลากหลายเพื่อสร้างความตระหนักรู้ในการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในการจัดการตัวเองเกี่ยวกับภาวะข้อเข่าเสื่อม และติดตามการปฏิบัติและให้คำแนะนำเป็นระยะตลอดการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะสามารถลดระดับความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>13</sup> สำหรับการบริหารและการควบคุมน้ำหนักในโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ สามารถเสริมสร้างความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อต้นขา โดยเฉพาะกล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้า (Quadriceps) ซึ่งสร้างความสมดุลการทรงตัว เพิ่มความสามารถในการประสานการทำงานของระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ ร่วมกับระบบประสาทและสมอง และสร้างความมั่นใจในการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้สูงอายุ<sup>14</sup> อีกทั้งการประคบร้อนนั้นสามารถบรรเทาอาการปวดบริเวณข้อและเพิ่มความสุขสบายหลังจากทำกายบริหาร<sup>7</sup> โดยสามารถส่งเสริมผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีเมื่อปฏิบัติตามโปรแกรมต่อเนื่องอย่างน้อย 6 สัปดาห์<sup>15</sup> การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ วัชระ แสนโหน่ง และคณะ<sup>16</sup> พบว่า ความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )<sup>16</sup> และยังสอดคล้องกับผลของการใช้นวัตกรรมเก้าอี้ยางยืดเหยียดบริหารข้อเข่าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อมก่อนการทดลองสูงกว่าหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ซึ่งระดับคะแนนที่เพิ่มขึ้นนี้มีผลต่ออาการของโรคข้อเข่าเสื่อมที่ลดลง<sup>17</sup>

ดัชนีมวลกายและความยาวเส้นรอบหลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 8 ต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ( $p < 0.05$ ) ทั้งนี้เป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ที่มีน้ำหนักเกินและส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพด้วยเหตุนี้จึงอาจเป็นสาเหตุให้มีกิจกรรมทางกายน้อยกว่าปกติซึ่งส่งเสริมอาการของภาวะข้อเข่าเสื่อม<sup>18</sup> การเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์ สนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างมีกิจกรรมทางกายจากการทำกายบริหารกล้ามเนื้อต้นขา ร่วมกับการควบคุมน้ำหนัก จึงช่วยลดการสะสมของไขมันและเผาผลาญพลังงานเพิ่มมากขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงและกระชับมากขึ้น ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและความยาวเส้นรอบเอวลดลง สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างระบบ กล่าวถึงโปรแกรมลดน้ำหนักสำหรับผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนพบว่า การออกกำลังกายควบคู่กับการควบคุมน้ำหนัก มีประโยชน์มากกว่าการออกกำลังกายหรือการควบคุมน้ำหนักเพียงวิธีเดียว สามารถป้องกันการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ อันเป็นผลให้บรรเทาความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อม<sup>14,19</sup>

ส่วนพฤติกรรมในการควบคุมภาวะข้อเข่าเสื่อมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) พฤติกรรมในการควบคุมภาวะข้อเข่าเสื่อมประกอบด้วย การควบคุมน้ำหนัก กายบริหารกล้ามเนื้อต้นขา และดูแลอาการปวดด้วยการประคบร้อนผ่านการจัดการกระบวนการเรียนรู้และสร้างความตระหนักรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ สอดคล้องกับวิถีชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย ทำให้ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ วัชระ แสนโหน่ง และคณะ ที่มุ่งเน้นใช้กระบวนการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุด้วยกระบวนการที่หลากหลาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองเกี่ยวกับภาวะข้อเข่าเสื่อมสูงขึ้นหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )<sup>16</sup> นอกจากนี้การศึกษาก่อนยังกล่าวถึงความสำคัญของการให้สุขศึกษาและการจัดการกระบวนการเรียนรู้ในการจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวะข้อเข่าเสื่อม สามารถส่งเสริมพฤติกรรมในการควบคุมภาวะข้อเข่าเสื่อมได้<sup>7,15</sup>

จากการศึกษาจะเห็นได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ มีประสิทธิผลในการจัดการตนเองของผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อมที่มีภาวะน้ำหนักเกินในชุมชน มุ่งเน้นการรักษาที่ไม่ใช้ยาโดยบูรณาการกายบริหารกล้ามเนื้อต้นขา การควบคุมน้ำหนัก และการประคบร้อน ซึ่งสามารถ

ปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน และปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ สามารถช่วยลดดัชนีมวลกายและความยาวเส้นรอบเอวซึ่งเป็นตัวชี้วัดภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนลงพุง อีกทั้งยังเพิ่มพฤติกรรมในการควบคุมภาวะข้อเข่าเสื่อม ช่วยการป้องกันการเกิดอาการทางคลินิกของภาวะข้อเข่าเสื่อม และบรรเทาความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุได้

### ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรมีการติดตามผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น
2. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุในคลินิกเพื่อเป็นการขยายผลการวิจัยในกลุ่มผู้สูงอายุ

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนคร และนายแพทย์พิชิต แร่ถ่าย หัวหน้ากลุ่มงาน

### เอกสารอ้างอิง

1. GBD 2021 Osteoarthritis Collaborators. Global, regional, and national burden of osteoarthritis, 1990–2020 and projections to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Rheumatol* 2023;5(9):e508–e522.
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข 2565 (Public Health Statistics A.D.2022). นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน; 2565.
3. Shumnalieva R, Kotov G, Monov S. Obesity-related knee osteoarthritis—Current concepts. *Life* 2023;13(8):1650.
4. Tham KW, Abdul Ghani R, Cua SC, et al. Obesity in South and Southeast Asia – a new consensus on care and management. *Obes Rev* 2023;24:e13520.
5. Lee R, Kean WF. Obesity and knee osteoarthritis. *Inflammopharmacology* 2012;20(2):53–8.
6. Gay C, Chabaud A, Guilley E, Coudeyre E. Educating patients about the benefits of physical activity and exercise for their hip and knee osteoarthritis. Systematic literature review. *Ann Phys Rehabil Med* 2016;59(3):174–83.
7. ดวงพร สุรินทร์, สัมภู ใสทา. ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการออกกำลังกายกลุ่มเนื้อรอบข้อเข่าร่วมกับการประคบร้อนในผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อมเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลห้างฉัตร จังหวัดลำปาง. ว. กายภาพบำบัด 2566;45(2):97–111.
8. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang, AG. Statistical power analyses using G\*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods* 2009;41(4):1149–60
9. เพชรรัตน์ กิจสนาโยธิน. ผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดสุโขทัย. ว. วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2564;14(2):103–13.

เวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสกลนคร ที่สนับสนุนและเปิดโอกาสให้ดำเนินการวิจัย ขอขอบคุณอาจารย์ปานเพชร สกลกู อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ นายแพทย์ทรงศักดิ์ เทเสนา นายแพทย์ชำนาญการ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสุขเกษม และ นางไมตรี ไปยะพรหม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสกลนคร ที่ได้กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย ขอขอบคุณ ดร.วิราภรณ์ วราอัสวปติ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสกลนคร ที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดีจนงานวิจัยสำเร็จ ลุล่วง ขอขอบคุณบุคลากรงานส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟู โรงพยาบาลสกลนครที่ดูแลช่วยเหลือ ขอขอบคุณบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงพัฒนาที่อำนวยความสะดวก และขอบคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่ยินดีเป็นกลุ่มตัวอย่างและมีส่วนร่วมให้การวิจัยในครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

10. คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ. คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: ฅจันดา ศรีเอชัน; 2564.
11. Dawson J, Fitzpatrick R, Murray D, Carr A. Questionnaire on the perceptions of patients about total knee replacement. *J Bone Joint Surg Br* 1998;80(1):63–9.
12. ปองจิตร ภัทรนาวิก, สุวดี ไกรพันธ์, อวิกา บรรจงสัตย์. พฤติกรรมการป้องกันข้อเข่าเสื่อมของพยาบาล. *ว. พยาบาลศาสตร์* 2549;24(2):71–81.
13. จุฑามาศ อุตระลัก. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะต่อความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อมและน้ำหนักตัวในผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อมที่มีน้ำหนักเกิน โรงพยาบาลลำพูน. *ว. การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา* 2567;14:45–56.
14. สมฤดี อรุณจิตร, พิมพวรรณ เรืองพุทธ. การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ. *ว. โรงพยาบาลสกลนคร* 2562;22(3):96–105.
15. Dantas LO, Salvini TF, McAlindon TE. Knee osteoarthritis: key treatments and implications for physical therapy. *Braz J Phys Ther* 2021;25(2):135–46.
16. วัชรระ แสนโหม่ง, นภาเพ็ญ จันทขัมมา, พรเลิศ ชุมชัย. ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้โรคข้อเข่าเสื่อม พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความรุนแรงของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. *ว. การปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย* 2566;10(2):38–54.
17. อนรรฆอร จิตต์เจริญธรรม, เพ็ญศิริ จันท์แอ, พงษ์ศักดิ์ ราชภัคดี, ชีระ ผิวเงิน, มิ่งมกล หงษา, ภาณิชา พงษ์นราทร. ผลของการใช้นวัตกรรมเก้าอี้ยัดเหยียดบริหารข้อเข่าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. *ว. โรงพยาบาลมหาสารคาม* 2565;19(3),221–33.
18. จารุพร ไชยวงศา, อินทิรา รูปสว่าง, สุภาพ อาลีเอื้อ. ความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับเทคโนโลยี เครื่องช่วยทางสังคม และความเสี่ยงการหกล้ม กับกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติของกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโควิด-19. *ว. สภากาพยาบาล.* 2566;38(1),37–51.
19. อุมภาพร ห่านรุ่งโรทร, อินทิรา ปากันทะ, วรวรรณ ทิพย์วาริรมย์. โปรแกรมลดน้ำหนักสำหรับผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *ว. การพยาบาลและสุขภาพ* 2562;13(1). 71–88.

## ผลของการใช้โปรแกรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน ในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม

ชิน อินลา พย.บ.\*

ปติณัฐ ราชภักดี ประ.ด.\*\*

ลัดดา พิมพ์ศรี พย.บ.\*

รัตนติยา มีชัย พย.บ.\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป 2 โรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 14 คน 2) ผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป 2 จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม 2) แบบเก็บรวบรวมข้อมูลของพยาบาล ได้แก่ แบบทดสอบความรู้และแบบประเมินพฤติกรรมปฏิบัติของพยาบาล และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรม และ 3) แบบเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องได้เท่ากับ 0.85 –1 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติ Wilcoxon sign-rank test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม 1) กลุ่มตัวอย่างพยาบาล มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมในการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันเท่ากับ 16.43 (S.D. = 2.28) และ 68.14 (S.D. = 2.18) ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) ไม่พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยภายหลังการใช้โปรแกรมฯ และ 3) ความพึงพอใจโดยรวมของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.15, S.D. = 0.61) จึงควรมีการนำโปรแกรมนี้ไปปรับใช้ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤตอื่นๆ ที่มีผู้ป่วยลักษณะใกล้เคียงกันต่อไป

**คำสำคัญ:** ภาวะสับสนเฉียบพลัน ผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม การป้องกัน โปรแกรมการปฏิบัติ

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป กลุ่มงานหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลอุดรธานี

\*\* อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี ผู้รับผิดชอบบทความ: อีเมล pitinut@rtu.ac.th  
รับบทความ: 13 มิถุนายน 2567 แก้ไขบทความ: 8 สิงหาคม 2567 รับผิดชอบบทความ: 18 สิงหาคม 2567

## The Effects of Practice Program to Prevent Delirium in Patient with Surgical Critical Care

Chuen Inla B.N.S.\*

Pitinut Ratchapakdee Ph.D.\*\*

Ladda Pimsri B.N.S.\*

Rattiya Meechai B.N.S.\*

### *Abstract*

This quasi-experimental research aimed to study the effects of practice program to prevent delirium in patient with surgical critical care. The samples groups recruited by purposive sampling consisted were 1) 14 registered nurses worked in surgical intensive care unit 2 and 2) 30 patients with surgical critical care admitted in surgical intensive care unit 2. The research instruments included 1) practice program to prevent delirium in patient with surgical critical care 2) registered nurse's data collection form, the evaluation questionnaire for knowledge and practice behavior and satisfaction assessment to the practice program and 3) patient 's data collection form. The content validity of all instruments analyzed by the index of item-objective congruence were 0.85 to 1. Data was analyzed by using the descriptive statistics: percentage, mean and standard deviation. The different comparison was analyzed by the Wilcoxon sign-rank test.

The results of the research found that after participation in the practice program to prevent delirium in patient with surgical critical care 1) the mean scores of knowledge and behavior in practicing to prevent delirium of nurse participants were 16.43 (S.D. = 2.28) and 68.14 (S.D. = 2.18), respectively, which was significantly higher than before receiving the program at the 0.05 level 2) the incidence of delirium in patients with surgical critical care after program implementation was not occurred and 3) the overall nurses' s satisfaction with the practice program was at high level (Mean = 4.15, S.D. = 0.61). Therefore, this program should be further applied in practice to prevent delirium in other critical care wards with similar characteristics of patients.

**Keywords:** Delirium, Surgical critical care, Prevention, Practice program

---

\* Registered Nurse (Professional Level ) Intensive care unit, Udon Thani Hospital

\*\* Nursing Instructors, Faculty of Nursing, Ratchathani University, Udon Thani campus Corresponding author, E-mail: pitinut@rtu.ac.th

## บทนำ

ภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium) คือ ภาวะที่สมองเสียหายที่หรือทำงานบกพร่องกะทันหันทำให้เกิดอาการสับสนกะทันหัน (acute confusion) กระวนกระวาย (agitation) ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ความคิด สติ ปัญญา ความจำสมาธิเสียไปนอนไม่หลับซึมเศร้าหลงผิดซึ่งเกิดขึ้นในระยะ เวลาเป็นชั่วโมง หรือเป็นวัน<sup>1,2</sup> ซึ่งภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยวิกฤตคัดลยกรรมหลังผ่าตัด ในหอผู้ป่วยหนักคัดลยกรรม เป็นภาวะหนึ่งที่ยากจะพบได้ในช่วงหลังผ่าตัดวันแรกถึงวันที่ 4<sup>3,4,5,6</sup> และมีอาการไม่คงที่<sup>7</sup> พบได้มากถึงร้อยละ 80 โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกิดในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ<sup>8,9,10,11</sup> สาเหตุของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยวิกฤตคัดลยกรรม ได้แก่ ประเภทและขั้นตอนการผ่าตัด การผ่าตัดฉุกเฉิน ความรุนแรงของโรค การวางยาสลบ<sup>12</sup> ผลข้างเคียงของยา อายุ สิ่งแวดล้อม และความเจ็บปวดหลังผ่าตัดปานกลางถึงรุนแรง<sup>3,13</sup> ส่งผลให้เกิดผลกระทบต่างๆ ได้แก่ การเกิดอุบัติเหตุการไม่ฟังประสงค์ เช่น การดึงท่อช่วยหายใจ การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำเกิดการติดเชื้อ และระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจนานขึ้น<sup>10</sup> ระยะเวลาการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก และการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น อัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น<sup>10,14</sup> รวมถึงความบกพร่องทางสติปัญญาหลังออกจากโรงพยาบาล เสี่ยงต่อการรู้คิดเสื่อมถอย ภาวะสมองเสื่อม<sup>15</sup> และกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ ซึ่งภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตถือเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญระดับชาติ และต้องใช้ค่าใช้จ่ายขนาดสูงต่อปี ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้<sup>12,16</sup> แต่พบว่าผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และพยาบาลเพียงร้อยละ 28 และ 35 ตามลำดับ<sup>17</sup> สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา<sup>3,4,6,10,14,18,19</sup> พบว่า พยาบาลยังมีความรู้ในการเฝ้าระวัง และการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในระดับปานกลาง พยาบาลมีความรู้ในเรื่องการประเมิน อาการและอาการแสดง การประเมินปัจจัยเสี่ยง การใช้เครื่องมือประเมินไม่เพียงพอ และไม่เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน หรืออบรมเพียงเล็กน้อย แม้ว่าพยาบาลความรู้ในเรื่องภาวะสับสนเฉียบพลันอยู่ในระดับสูง ทักษะคิดเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันอยู่ในระดับปานกลาง แต่การปฏิบัติเพื่อป้องกัน และจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันของพยาบาลยังอยู่เพียง

ระดับต่ำ<sup>20</sup>

จากสถานการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในหอผู้ป่วยหนักคัดลยกรรมทั่วไป 2 สติติ 3 ปีซ้อนหลัง ในปี พ.ศ. 2564 – 2566 พบว่า มีอัตราการเกิดร้อยละ 14.70, 20.29 และ 23.69 ตามลำดับ ซึ่งมีอัตราเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุ การฉีกท่อช่วยหายใจเพิ่มมากขึ้น คือ จากสถิติ ปี พ.ศ. 2564–2566 พบ 15, 9 และ 15 ราย ตามลำดับ<sup>21</sup> รวมถึงระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากมีปัจจัยส่งเสริมการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตคัดลยกรรมหลังผ่าตัดหลายปัจจัย ได้แก่ พยาธิสภาพของโรคทางคัดลยกรรม ผลข้างเคียงของการได้รับยาระงับปวดในกลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) อาการปวดแผลหลังผ่าตัด หรือจากเสียงรบกวนของเจ้าหน้าที่ขณะปฏิบัติงาน หรือเสียงที่เกิดขึ้นจากอุปกรณ์ที่ร้องเตือน จึงทำให้มีแนวโน้มการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันมากขึ้น ทั้งนี้โรงพยาบาลอุดรธานี มีหน่วยงานที่พัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน ได้แก่ หอผู้ป่วยหนักคัดลยกรรมหัวใจ หลอดเลือดและทรวงอก<sup>22</sup> ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่า มีอัตราการเกิดอุบัติเหตุ การฉีกท่อของภาวะสับสนเฉียบพลันลดลง แต่ยังไม่ได้ขยายผล มาใช้กับกลุ่มงานหอผู้ป่วยหนักทั้งหมด อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยมีความแตกต่างกันในการรักษาและพยาธิสภาพของโรค รวมถึงจำนวนผู้ป่วยและสถานที่

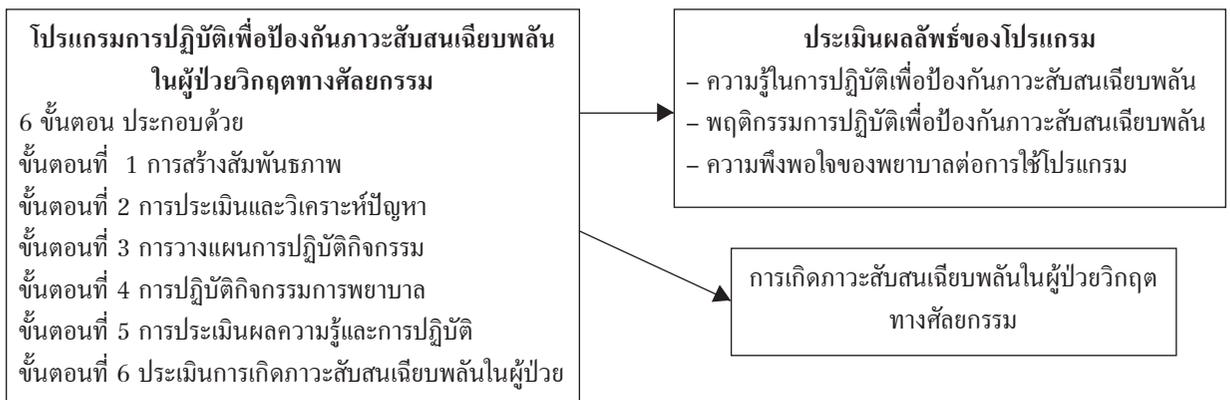
การประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยหนักคัดลยกรรมทั่วไป 2 ใช้เพียงเครื่องมือประเมินอาการ กระวนกระวาย ภาวะง่วงซึม ของริชมอนด์ (The Richmond Agitation Scale: RASS)<sup>23</sup> เพื่อที่จะเฝ้าระวังการเกิดร่วมกับการประเมินความเสี่ยงต่อท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยใช้แบบประเมิน MASS (Motor activity assessment scale)<sup>24</sup> เพื่อใช้การผูกยึดที่เหมาะสม แต่ยังไม่พบอุบัติการณ์การดึงท่อช่วยหายใจและอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่าง ๆ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การจัดการกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันความเสี่ยงของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันและเมื่อเกิดขึ้นแล้วพบการปฏิบัติน้อย นอกเหนือจากประเมินที่ยังไม่ครอบคลุมและการให้การพยาบาลไม่ครอบคลุมแล้ว ยังรวมถึงการที่เจ้าหน้าที่พยาบาลบางคนอาจยังไม่มีความรู้ในการประเมิน การใช้เครื่องมือในการประเมินและการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันที่ถูกต้อง ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมและศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการ

ปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตทาง ศัลยกรรม เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน และนำมาปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลในการป้องกันและจัดการ ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่เข้ารับกษา ในโรงพยาบาล ส่งเสริมและเพิ่มความรู้และการตระหนักรู้ ของพยาบาลเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีกับ ผู้ป่วยและหอผู้ป่วยต่อไป

**กรอบแนวคิดการวิจัย**

ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะ สับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม โดยการ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง<sup>8,10,14,20,22,25,26</sup> โปรแกรม ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การสร้าง สัมพันธภาพกับพยาบาล เพื่อสร้างความคุ้นเคยและความ

**ภาพที่ 1** กรอบแนวคิดการวิจัย



**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการปฏิบัติเพื่อ ป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม โดย

1. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้และพฤติกรรมในการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสน เฉียบพลันก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปฏิบัติเพื่อ ป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม ของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป 2
2. ศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ทั่วไป 2
3. ศึกษาความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมการ ปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตทาง ศัลยกรรมของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป 2

ไว้วางใจ ขั้นตอนที่ 2 การประเมินและวิเคราะห์ปัญหา ผู้วิจัยและพยาบาลร่วมกันประเมินและวิเคราะห์ปัญหาใน การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกัน ภาวะสับสนเฉียบพลัน ผู้วิจัยและพยาบาลร่วมกันการ วางแผนในการปฏิบัติกิจกรรม ขั้นตอนที่ 4 การปฏิบัติ กิจกรรมการพยาบาลตามที่ได้วางแผนไว้ ขั้นตอนที่ 5 การ ประเมินผล ความรู้และการปฏิบัติ และขั้นตอนที่ 6 ประเมิน การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วย ใช้แบบประเมินภาวะ สับสนเฉียบพลันสำหรับหอผู้ป่วยวิกฤต (CAM – ICU)<sup>8</sup> เพื่อ ประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรม โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1

**วิธีการวิจัย**

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลัง (One group pretest-posttest design)

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** การวิจัยครั้งนี้ได้รับความเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการ การวิจัยใน มนุษย์ โรงพยาบาลอุดรธานี เลขที่ UDH REC No. 39/2567 วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2567 กลุ่มตัวอย่างจะด้ รับการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง 3 ด้าน ได้แก่ ความ เสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย ประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูล รวมทั้งสิทธิในการถอนตัว จากการวิจัยตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการ รักษาพยาบาลและการปฏิบัติงาน

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย**  
**ประชากร** ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการ

รักษาด้วยการผ่าตัดศัลยกรรม ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป 2 โรงพยาบาลอุดรธานี ในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษาดังแต่เดือน มีนาคม – พฤษภาคม พ.ศ. 2567

**กลุ่มตัวอย่าง** ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดศัลยกรรม ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป 2 โรงพยาบาลอุดรธานี จำนวนขนาดตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power analysis) ใช้สถิติเปรียบเทียบเพื่อหาความแตกต่างระหว่าง 2 ตัวแปรซึ่งเป็นอิสระต่อกัน (two dependent means) กำหนดการทดสอบสมมติฐานเป็นทางเดียว (one-tailed test) กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน ( $\alpha$ ) 0.05 และอำนาจทดสอบ (Power analysis) 0.80 คำนวณโดยใช้โปรแกรม G\* Power 3.1.9.4<sup>27</sup> ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 27 ราย ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนตัวอย่างผู้ป่วยอีกร้อยละ 10<sup>28</sup> เพื่อป้องกันการสูญหายเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวิกฤต ขนาดตัวอย่างจึงเป็น 30 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มก่อนใช้โปรแกรมฯ และกลุ่มที่ใช้โปรแกรม กลุ่มละ 30 คน เท่ากัน

**เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)** มีดังนี้

1) เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป 2) มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 18 ปี ขึ้นไป 3) รู้สึกตัวดี มีการรับรู้วันเวลา สถานที่และบุคคลปกติ 4) ไม่มี ความผิดปกติในการมองเห็น การได้ยิน และประสาทสัมผัสอื่น ๆ 5) ไม่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) หรือสับสนก่อนได้รับการผ่าตัด 6) ผู้ป่วยที่ใส่ท่อหายใจหลังการผ่าตัด ที่สามารถสื่อสารได้ด้วยการเขียน/สื่อสารเข้าใจทำตามบอกได้ และ 7) ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

**เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)** มีดังนี้

1) มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ภาวะสมองขาดเลือด ภาวะไหลเวียนโลหิตผิดปกติ ไม่คงที่ และ 2) ผู้ป่วยหรือญาติไม่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยจนจบการวิจัย

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่างพยาบาล**

กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 14 คน ซึ่งเป็นพยาบาลทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป 2

**เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)** มีดังนี้

1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาระดับระดับปริญญาตรีหรือโท ซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป 2 และได้รับมอบหมายให้ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่ศึกษา และ 2) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม ประกอบด้วย 1) การจัดกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน เพื่อนำความรู้ไปสู่ปฏิบัติ เพื่อเพิ่มทักษะการปฏิบัติของพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันให้ดียิ่งขึ้น โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้สอน ให้ความรู้โดยทำหน้าที่ในการชี้แนะ ให้ข้อมูลพร้อมทั้งให้ข้อมูลย้อนกลับ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน (รายละเอียดในขั้นตอนการดำเนินการวิจัย) โดยใช้ 2) คู่มือ แผนการสอน และสื่อการสอน การปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม<sup>8,10,14,20,22,25,26</sup>

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1. ข้อมูลผู้ป่วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา และส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันสำหรับหอผู้ป่วยวิกฤต (CAM – ICU)<sup>8</sup> ซึ่งประกอบไปด้วย แบบทดสอบย่อย The Richmond Agitation Scale (RASS)<sup>23</sup> และ The confusion Assessment Method-Intensive Care unit (CAM – ICU)

2.2 ข้อมูลของพยาบาล แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ประกอบด้วย

1) ความหมายของภาวะสับสนเฉียบพลัน 2) พยาธิของการเกิด 3) สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง /ปัจจัยส่งเสริม 4) อาการและอาการแสดง 5) การวินิจฉัย 6) การรักษา และ

7) การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน เป็นข้อคำถามเป็นแบบปรนัย 4 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ตอบถูกผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60 จึงจะถือว่าผ่านการทดสอบความรู้

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติ เพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง<sup>8,10,14,20,22,25,26</sup> เพื่อติดตามการปฏิบัติของพยาบาลแบ่งออกเป็น 12 กิจกรรม คือ 1) การประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน 3 ข้อ 2) การดูแลเพื่อส่งเสริมการรู้คิดและการรับรู้ 3 ข้อ 3) การดูแลเพื่อส่งเสริมการมองเห็น 2 ข้อ 4) การดูแลเพื่อส่งเสริมการได้ยิน 1 ข้อ 5) การดูแลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ 2 ข้อ 6) การดูแลเพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหว 1 ข้อ 7) การดูแลเรื่องการได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ 3 ข้อ 8) การดูแลเพื่อบรรเทาความปวด 2 ข้อ 9) การดูแลเพื่อป้องกันภาวะไม่สมดุลสารน้ำและเกลือแร่ 2 ข้อ 10) การดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ 3 ข้อ 11) การดูแลส่งเสริมการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม 2 ข้อ และ 12) การดูแลการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติ 1 ข้อ (ไม่มีข้อคำถามเชิงลบ) มีคำถามทั้งหมด 25 ข้อ ลักษณะคำถามแบบให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตามการปฏิบัติจริง มีเกณฑ์การให้คะแนนเป็นมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ คือ 1 คะแนน หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ 2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง 3 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติสม่ำเสมอ มีเกณฑ์พิจารณาแบ่งระดับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันตามค่าพิสัย<sup>28</sup> จากคะแนนเต็ม 75 คะแนน คะแนนต่ำสุด 25 คะแนน โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 25–34 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติอยู่ในระดับน้อยที่สุด 35–44 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติอยู่ในระดับน้อย 45–54 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง 55–64 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก 65–75 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดย แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านสื่อ ด้านการดำเนินกิจกรรม ด้านผู้สอน ด้านสิ่งสนับสนุน และด้านการนำไปใช้ประโยชน์

จำนวน 16 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ คะแนน 5 พึงพอใจมากที่สุด คะแนน 4 พึงพอใจมาก คะแนน 3 พึงพอใจปานกลาง คะแนน 2 พึงพอใจน้อย และคะแนน 1 พึงพอใจน้อยที่สุด แปลผลค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเป็น 5 ระดับ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง พึงพอใจระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง พึงพอใจระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง พึงพอใจระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง พึงพอใจระดับน้อยที่สุด

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยได้นำคู่มือการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม แผนการสอนการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน แบบทดสอบความรู้ และแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติของพยาบาล ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์ โดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Indexes of Item-Objective Congruence: IOC) จากการพิจารณาความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือทั้งหมด ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.85 – 1

การตรวจสอบความเที่ยงหรือความเชื่อมั่น ผู้วิจัยได้นำแผนการสอนการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม คู่มือการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมฯ ไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรของสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนนาคได้เท่ากับ 0.80 และ 0.76 ตามลำดับ และนำแบบทดสอบความรู้วิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้วิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) ใช้สูตร KR-20 ได้ค่า 0.95

#### ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

##### ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการ

1. ดำเนินการขออนุมัติการศึกษาจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยและทดลองในมนุษย์ของโรงพยาบาลอุดรธานี ภายหลังจากได้รับอนุมัติแล้ว

1.2 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เข้าพบพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป 2 เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดและวัตถุประสงค์ในการวิจัย รวมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความความยินยอมเข้าร่วมวิจัย จึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้ และเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัว อธิบายให้ผู้ป่วยหรือญาติที่เป็นผู้แทนตามกฎหมาย ทราบถึงรายละเอียดการวิจัย วัตถุประสงค์ในการวิจัย รวมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างหรือญาติให้ความความยินยอมเข้าร่วมวิจัย จึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย

2. การอบรมผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยได้อบรมผู้ช่วยวิจัย 2 ท่าน ที่เป็นพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป 2 ทำหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกับผู้วิจัย และประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม โดยอบรมเกี่ยวกับวิธีการบันทึก เทคนิคการบันทึก เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยมีความคุ้นเคยกับแบบบันทึก ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 2 ท่าน นำเครื่องมือไปทดลองใช้ ซึ่งทุกกิจกรรมทำไปพร้อมๆ กันเพียงครั้งเดียว โดยแยกกันบันทึกข้อมูล หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้อาตรวจสอบความตรงกัน เพื่อทำความเข้าใจในการบันทึกจนได้ข้อมูลที่มีการบันทึกตรงกัน จำนวน 10 ครั้ง

### ระยะที่ 2 ขั้นตอนการ

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโดยการสัมภาษณ์ ใช้เวลาประมาณ 5 นาที โดยเก็บข้อมูลให้ครบใน 30 คนแรก ก่อนการใช้โปรแกรม หลังจากนั้นเก็บข้อมูลส่วนบุคคลอีก 30 คน หลังการใช้โปรแกรม

2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล โดยการสัมภาษณ์ ใช้เวลาประมาณ 3 นาที

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างพยาบาลทำแบบทดสอบความรู้อย่างน้อย 20 ข้อ และแบบประเมินพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม 25 ข้อ ใช้เวลา

ประมาณ 40 นาที

4. เริ่มการใช้โปรแกรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม ซึ่งมีทั้งหมด 6 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับพยาบาล เพื่อสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ (ใช้เวลา 5 นาที)

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินและวิเคราะห์ปัญหา ผู้วิจัยและพยาบาลร่วมกันประเมินและวิเคราะห์ปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน (ใช้เวลา 1 ชั่วโมง)

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน ผู้วิจัยและพยาบาลร่วมกันการวางแผนในการปฏิบัติกิจกรรม ขอบเขตและวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแผนการปฏิบัติเป็นแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติการพยาบาลตามความรู้พื้นฐานและประสบการณ์เดิม โดยผู้วิจัยเป็นผู้สอน ชี้แนะ ให้คำแนะนำ ให้ข้อมูลย้อนกลับ และให้ความรู้ หรือข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตหลังผ่าตัด ได้แก่ ความหมาย พยาธิสรีรวิทยา อาการและอาการแสดงทางคลินิก สาเหตุ และปัจจัยเสี่ยง การวินิจฉัย การประเมินผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันสำหรับหอผู้ป่วยวิกฤต (CAM – ICU) การรักษาทั้งวิธีใช้ยาและไม่ใช้ยา และการพยาบาลเพื่อป้องกันเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตหลังผ่าตัด โดยที่พยาบาลมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น พร้อมทั้งแจกคู่มือการป้องกันเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตหลังผ่าตัดเพื่อให้พยาบาลนำกลับไปทบทวน (ใช้เวลา 2 วัน)

ขั้นตอนที่ 4 การฝึกปฏิบัติ พยาบาลฝึกปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามที่ได้วางแผนไว้ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ติดตามสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมและให้ข้อมูลย้อนกลับ เช่น กล่าวคำชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง ให้คำแนะนำและให้ความรู้เพิ่มเติมเมื่อพบว่ายังปฏิบัติไม่ถูกต้อง (ใช้เวลา 5 วัน) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยติดตามสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยเลือกสังเกตในวันที่พยาบาลดูแลผู้ป่วยที่รับไว้ในหอผู้ป่วยภายใน 1-3 วันแรก และผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลวันละ 2-3 คน โดยเลือกติดตามสังเกตทีละคน ในรายที่ได้เข้าไปให้การพยาบาลผู้ป่วย เลือกเวลาที่ติดตามสังเกตในเวรเช้า (เวลา 08.00-16.00 น.) และ

เวรป่วย (เวลา 16.00–24.00 น.) ส่วนเวรเด็ก (เวลา 24.00–08.00 น.) ผู้วิจัยไม่ได้เลือกตามสังกัด เนื่องจากในช่วงเวลานี้มีกิจกรรมทางการพยาบาลน้อยกว่าเวรเช้าและเวรบ่าย

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล ความรู้และการปฏิบัติ โดยพยาบาลประเมินตนเองถึงผลการปฏิบัติและผลสำเร็จที่เกิดขึ้น ผลกระทบจากการปฏิบัติหรือปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ คืออะไร เพื่อการวางแผนในการเรียนรู้ในขั้นต่อไปและหากพยาบาลยังไม่สามารถทำได้ ผู้วิจัยทำการชี้แนะ และสอนจนสามารถทำได้ (ใช้เวลา 30 นาที)

ขั้นตอนที่ 6 ประเมินการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ โดยพยาบาลเป็นผู้ประเมินผู้ป่วยที่ดูแลรับผิดชอบ ใช้แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันสำหรับหอผู้ป่วยวิกฤต (CAM – ICU) เพื่อประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม (ใช้เวลา 20 นาที)

5. หลังได้รับโปรแกรมครบทั้ง 6 ขั้นตอน ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยให้พยาบาลทำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหลังการใช้โปรแกรม จำนวน 20 ข้อ และประเมินพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน จำนวน 25 ข้อ และประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ จำนวน 16 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 40 นาที

6. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความเรียบร้อยและวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและพยาบาล วิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation: S.D.)

2. คะแนนความรู้และการปฏิบัติก่อนและหลังการใช้โปรแกรม วิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean)

และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation: S.D.) และเปรียบเทียบคะแนนความรู้และการปฏิบัติก่อนและหลังการใช้โปรแกรม เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่เป็นปกติ จึงวิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon sign-rank test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. คะแนนความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมของพยาบาล วิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation: S.D.)

### ผลการวิจัย

#### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ช่วยวิกฤตศัลยกรรม (n = 30) พบว่า ร้อยละ 73.33 เป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 32–86 ปี (Mean = 62.46; S.D. = 15.40) ร้อยละ 53.33 มีสถานภาพสมรส คู่ ด้านความเจ็บป่วยของผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 60.34 เข้ารับการรักษาแบบฉุกเฉิน และร้อยละ 100 เป็นการผ่าตัดใหญ่ (major surgery) และใช้วิธีการดมยาสลบ และมีระยะเวลาในการผ่าตัดส่วนใหญ่ 1–2 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 36.67

กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.85 อายุเฉลี่ย 33.85 ปี ปฏิบัติการพยาบาลในตำแหน่งชำนาญการ ร้อยละ 42.86 ระดับปฏิบัติการ ร้อยละ 57.14 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงาน 1–10 ปี คิดเป็นร้อยละ 71.42 และร้อยละ 100 ไม่เคยผ่านการอบรมเรื่องภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต

2. ความรู้ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ ของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป 2 ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ พยาบาลมีคะแนนความรู้รายบุคคลผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60 ทุกคน (ตารางที่ 1) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังได้รับโปรแกรมฯ (Mean = 16.43, S.D. = 2.88) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ (Mean = 12.93, S.D. = 2.94) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 คะแนนความรู้ของพยาบาลในการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ (n = 14)

ลำดับที่	คะแนนความรู้ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน (เต็ม 20 คะแนน)		
	ก่อนใช้โปรแกรม	หลังใช้โปรแกรม	ร้อยละ (เกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 60)
1	12	18	90
2	10	17	85
3	15	18	90
4	13	15	75
5	11	12	60
6	16	16	80
7	12	14	70
8	16	18	90
9	11	20	100
10	13	17	85
11	10	19	95
12	10	18	90
13	15	19	95
14	10	13	65

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของพยาบาลในการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติ Wilcoxon sign-rank test (n = 14)

ความรู้ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน	Mean	S.D.	Z	Asymp.Sig(2-tailed)*
ก่อนใช้โปรแกรม	12.93	2.94	-2.986	0.003
หลังใช้โปรแกรม	16.43	2.28		

\* กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป 2 ผลการศึกษา พบว่า พยาบาลมีคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติเพิ่มขึ้นและอยู่ในระดับมากที่สุดทุกคน (ตารางที่ 3) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน

พฤติกรรมการปฏิบัติก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมหลังได้รับโปรแกรมฯ (Mean = 68.14, S.D. = 2.18) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (Mean = 51.36, S.D. = 10.12) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 คะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ (n = 14)

ลำดับที่	คะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน (เต็ม 75 คะแนน)			
	ก่อนใช้โปรแกรม	ระดับ	หลังใช้โปรแกรม	ระดับ
1	54	มาก	69	มากที่สุด
2	30	น้อยที่สุด	63	มากที่สุด
3	51	ปานกลาง	66	มากที่สุด
4	48	ปานกลาง	69	มากที่สุด
5	54	ปานกลาง	69	มากที่สุด
6	54	ปานกลาง	66	มากที่สุด
7	66	มากที่สุด	69	มากที่สุด
8	33	น้อยที่สุด	66	มากที่สุด
9	51	ปานกลาง	69	มากที่สุด
10	69	มากที่สุด	72	มากที่สุด
11	57	มาก	69	มากที่สุด
12	48	ปานกลาง	66	มากที่สุด
13	57	มาก	69	มากที่สุด
14	66	มากที่สุด	69	มากที่สุด

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติ Wilcoxon sign-rank test (n = 14)

พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน	Mean	S.D.	Z	Asymp.Sig (2-tailed)*
ก่อนใช้โปรแกรม	51.36	10.12	-3.307	0.001
หลังใช้โปรแกรม	68.14	2.18		

\* กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. อุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม (n = 30) ภายหลังการใช้โปรแกรมไม่พบการเกิดอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน

5. ความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป 2 โดยรวมพบว่าอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.15, S.D. = 0.61) โดยมีระดับ

ความพึงพอใจมากที่สุดอยู่ในด้านผู้สอน (Mean = 4.29, S.D. = 0.47) รองลงมาเป็นด้านประโยชน์ที่ได้รับจากโปรแกรม (Mean = 4.14 S.D. = 0.58) ด้านการดำเนินกิจกรรม/โปรแกรม (Mean = 4.18, S.D. = 0.62) ด้านสื่อโปรแกรม (Mean = 4.14, S.D. = 0.65) และด้านสิ่งสนับสนุน (Mean = 3.90, S.D. = 0.70) ตามลำดับ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม (n = 14)

รายการประเมิน	Mean	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1. ด้านสื่อโปรแกรม	4.14	0.65	มาก
2. ด้านการดำเนินกิจกรรม/โปรแกรม	4.18	0.62	มาก
3. ด้านผู้สอน	4.29	0.47	มาก
4. ด้านสิ่งสนับสนุน	3.90	0.70	มาก
5. ด้านประโยชน์ที่ได้รับจากโปรแกรม	4.14	0.58	มาก
ความพึงพอใจในภาพรวม	4.15	0.61	มาก

### วิจารณ์และสรุป

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป 2 มีความรู้ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการได้รับโปรแกรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมเพิ่มมากขึ้น โดยมีคะแนนความรู้รายบุคคลเพิ่มขึ้นและผ่านเกณฑ์การทดสอบร้อยละ 60 ทุกคน และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของพยาบาลในการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมพบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้จากข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลคือ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่เคยเข้ารับการอบรมการให้ความรู้การปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต ทำให้คะแนนความรู้ก่อนการได้รับโปรแกรมน้อยกว่าหลังได้รับโปรแกรม สอดคล้องกับหลายการศึกษา<sup>3,4,6,10,20</sup> ที่พบว่า ก่อนการให้ความรู้พยาบาลบางส่วนไม่เคยได้รับการอบรม และมีคะแนนความรู้อยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง ซึ่งการให้โปรแกรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมอย่างมีระบบ แบบแผน ช่วยให้พยาบาลมีความรู้เรื่องการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม ผู้วิจัยในบทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วยได้ใช้โปรแกรมที่บูรณาการการส่งเสริมให้ความรู้ การกำกับนิเทศ ทั้งในเวลาและนอกเวลา จึงทำให้เกิดบรรยากาศของการเรียนรู้และทัศนคติของพยาบาลในหอผู้ป่วยเพิ่มขึ้น<sup>3</sup>

พฤติกรรมกรปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมหลังพยาบาลได้รับโปรแกรมฯ เพิ่มขึ้นในทางที่ดีและถูกต้องมากขึ้น เห็นได้จาก

คะแนนพฤติกรรมกรปฏิบัติของพยาบาลทุกคน อยู่ในระดับมากที่สุด และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมกรก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ พบว่า คะแนนพฤติกรรมกรปฏิบัติหลังได้รับโปรแกรมฯ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่งผลทำให้การศึกษาครั้งนี้ไม่พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการใช้โปรแกรมฯ ซึ่งผลที่เกิดขึ้นเนื่องมาจากการมีความรู้ ความเข้าใจ ความมุ่งมั่น และเต็มใจของพยาบาลวิชาชีพที่ยอมรับและนำโปรแกรมมาใช้ในวางแผนการพยาบาล และจัดลำดับความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงปรับพฤติกรรมในการปฏิบัติกรพยาบาลในการป้องกันและจัดการความสับสนเฉียบพลัน สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ศึกษาพฤติกรรมกรป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต<sup>3,6,14,20</sup> ที่พบว่า กลุ่มที่มีการใช้แนวปฏิบัติมีอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน น้อยกว่ากลุ่มก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติ ลดการเกิดอุบัติเหตุหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ ได้

ความพึงพอใจของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป 2 ต่อการใช้โปรแกรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม โดยรวมพบว่าอยู่ในระดับมาก โดยมีระดับความพึงพอใจมากที่สุดในด้านผู้สอน รองลงมาเป็นด้านประโยชน์ที่ได้รับจากโปรแกรม ด้านการดำเนินกิจกรรมหรือโปรแกรม ด้านสื่อโปรแกรม และด้านสิ่งสนับสนุน ตามลำดับ ที่เป็นเช่นนี้เนื่องมาจากพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป 2 ไม่เคยได้รับการอบรมความรู้ในเรื่องภาวะสับสนเฉียบพลัน ไม่มีการใช้เครื่องมือประเมินเฉพาะ มีเพียงการประเมินโดยใช้เครื่องมือประเมินอาการกระวนกระวายภาวะง่วงซึม ของริชมอนด์ (RASS)<sup>23</sup> และการเข้าร่วมโปรแกรม

การปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม ซึ่งไม่เคยมีการปฏิบัติมาก่อนในหอผู้ป่วยประกอบด้วยความรู้ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การวางแผนการพยาบาลร่วมกันและการกำกับเป็นรายบุคคลเมื่อปฏิบัติไม่ถูกต้อง และชี้แนะให้ถูกต้อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างให้มีความพึงพอใจในด้านผู้สอนมากที่สุด เห็นได้จากมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการปฏิบัติในการรับส่งเวรทุกเวร มีการตระหนักถึงปัญหานี้ มีการส่งต่อและนำไปวางแผนการพยาบาลมากขึ้น ทำให้คะแนนพฤติกรรมในการปฏิบัติพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันเพิ่มขึ้นทุกคนสอดคล้องกับการศึกษา<sup>3,4,6,10,14,20</sup> ที่พบว่า การมีแนวทางการปฏิบัติที่เป็นไปทิศทางเดียวกันในหน่วยงาน ทำให้ในการดูแลผู้ป่วยเป็นระบบและส่งผลให้ผู้ใช้แนวปฏิบัติเกิดทัศนคติที่ดี มีความรู้และความมั่นใจเพิ่มขึ้นในการดูแลเพื่อป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

#### ข้อเสนอแนะ

1. นำผลการวิจัยไปขยายผลโดยนำโปรแกรมฯ ไป

#### เอกสารอ้างอิง

1. Cavallazzi R, Saad M, Marik PE. Delirium in the ICU: An overview. Ann of Intens Care 2012;2: 49.
2. Icudelirium.org. Nashville: Critical Illness, Brain dysfunction, and Survivorship (CIBS) Center [Internet]. 2018 [cited 2024 Feb 6]. Available from: <http://www.icudelirium.org>
3. ลีต้า อาษาวิเศษ, มยุรี ลีทองอิน, สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์. ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของพยาบาลต่อภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดอุบลราชธานี. ว. การพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2562;37:235-43.
4. สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์, มยุรี ลีทองอิน, สุภาวดี เทียงธรรม, สาวิตรี สมมงคล, ชารินี เพชรรัตน์, ศจีมาศ แก้วโคตร. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ กับพฤติกรรมพยาบาลของพยาบาลในการดูแลภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุ. ศรีนครินทร์เวชสาร 2562;34(3):281-5.
5. Rood PJT, Zegers M, Ramnarain D, Koopmans M, Klarenbeek T, Ewalds E, et al. The Impact of Nursing Delirium Preventive Interventions in the ICU: A Multicenter Cluster-randomized Controlled Clinical Trial. Am J Respir Crit Care Med 2021;204(6):682-91.
6. พรสุดา งามแสง, มยุลี สำราญญาติ, จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช, กวีศักดิ์ จิตตวัฒนรัตน์. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2566;50(4):56-76.
7. กัญจนา ปุกคำ, กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์, ชารทิพย์ วิเศษธาร. การประเมินความเป็นไปได้และผลลัพธ์ทางคลินิกของการใช้โปรแกรมการประเมินการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม. ว. การปฏิบัติพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2562;6(1):68-86.

ใช้ในหอผู้ป่วยวิกฤตอื่น ๆ เพื่อให้สามารถประเมินการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและเกิดสมรรถนะที่ดีในการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยได้

2. ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาในกลุ่มประชากรในหอผู้ป่วยวิกฤตอื่น เช่น หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม หอผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาท เพื่อเปรียบเทียบผลของการใช้โปรแกรมฯ รวมถึงการศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยที่มีผลในการปฏิบัติพยาบาลป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต เพื่อนำผลการวิจัยมาปรับปรุงการพยาบาลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

#### กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี พร้อมด้วยรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก และพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป 2 ทุกท่านที่สนับสนุนและให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้จนลุล่วงไปด้วยดี

8. สุนันทา ครอบงูทร. การจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยไอ ซี ยู. ว. คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา 2558;23(4):1–13.
9. Salluh JIF, Wang H, Schneider EB, Nagaraja N, Yenokyan G, Damluji A, et al. Outcome of delirium in critically ill patients: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2015;350:h2538.
10. ปรียาวดี เทพมุสิก, ศศิธร ชำนาญผล, นิตยา กรายทอง, สุกัญญา ผลวิสุทธิ, จันทนา นิลาศน์, จริญญาศรี มีหนองหว้า. ความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันการเฝ้าระวังและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยผู้ใหญ่วิกฤตของพยาบาลวิชาชีพงานห้องผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. ว. วิทยาศาสตร์สุขภาพวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ 2560;1(2):70–85.
11. Krewulak KD, Stelfox HT, Leigh JP, Ely EW, Fiest KM. Incidence and Prevalence of Delirium Subtypes in an Adult ICU: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Crit Care Med* 2018; 46(12): 2029–35.
12. Pipanmekaporn T, Chittawatanarat K, Chaiwat O, Thawatsri T, Wacharasint P, Kongsayreepong S, et al. Incidence and risk factors of delirium in multi-center Thai surgical intensive care units a prospective cohort study. *Journal of intensive care* 2015;3:53.
13. Brummel NE, Vasilevskied EE, Han JH, Boehm L, Pun BT, Ely EW. Implementing Delirium Screening in the ICU: Secrets to Success. *CCM* 2013;41(9):2196–208.
14. อรัญญา ศรีหาวงษ์. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลเพิ่มู๋ จังหวัดอุดรธานี. ว. อนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2567;9(2):118–126.
15. Rizk P, Morris W, Oladeji P, Huo M. Review of Postoperative Delirium in Geriatric Patients Undergoing Hip Surgery. *Geriatric orthopaedic surgery & rehabilitation* 2016;7(2):100–5.
16. ณภัทร ธิคม, อรุมา ชัยวัฒน์, กวีศักดิ์ จิตตวัฒน์รัตน์. ภาวะสับสนเฉียบพลันใน ผู้ป่วยหนักทางศัลยกรรม. เวชบัณฑิตศิริราช 2562;12(3):196–201.
17. Gusmao-Flores D, Salluh J, Chalhuh R, Quarantini L. The confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU) and intensive care delirium screening checklist (ICDSC) for the diagnosis of delirium. systematic review and meta-analysis of clinical studies. *Critical Care* 2012;16(4):115.
18. Christensen M. An Exploratory Study of Staff Nurses' Knowledge of Delirium in the Medical ICU: An Asian perspective. *Intensive Crit Care Nurs* 2014;30(1):54–60.
19. Andrews L, Silva SG, Kaplan S, Zimbro K. Delirium Monitoring and Patient Outcomes in a General Intensive Care Unit. *Am J Crit Care* 2015;24(1):48–56.
20. ยิจิง ถี่, อัจฉรา สุนทรธรรม, สุภารัตน์ วังศรีคุณ. ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติของพยาบาลเกี่ยวกับภาวะสับสนในผู้ป่วยไอซียู โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เมืองขอนแก่น มลฑลขอนแก่น ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน. พยาบาลสาร 2564;48(4):41–53.
21. หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป 2 โรงพยาบาลอุดรธานี. รายงานผลการวิเคราะห์ตัวชี้วัดงานหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป 2 โรงพยาบาลอุดรธานี ประจำปี 2564–2566. อุดรธานี: โรงพยาบาลอุดรธานี; 2566.
22. อุ่มพร มาลาศรี, สมถวิล ธุระพระ. การศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติการณ์และพัฒนาแนวทางการดูแลภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. ว. การแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2564;29(3):470–483.

23. อรชума ชัยวัฒน์. การระงับความปวด การกล่อมประสาท และยาคลายกล้ามเนื้อในไอซียู ศัลยกรรม. ใน: กวีศักดิ์ จิตตวัฒน์รัตน์. เวชบำบัดวิกฤตศาสตร์ในเวชปฏิบัติ. เชียงใหม่: ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2560. หน้า 457– 466.
24. Silva PS, Fonseca MC. Unplanned endotracheal extubations in the intensive care unit: systematic review, critical appraisal and evidence-based recommendations. *Anesth Analg* 2012;114(5):1003–1014.
25. พิชญากรณ์ ธรรมจริยกุล. ผลของโปรแกรมการสอนแนะเพื่อป้องกันภาวะสับสนฉับพลันพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลและการเกิดภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลปริญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2553.
26. ดวงรัตน์ กวินันท์ชัย, จุฑารัตน์ อัครวงศ์วิศิษฐ์, และศุภวรรณ ใจบุญ. การป้องกันและการจัดการกับ ภาวะสับสนเฉียบพลัน ในผู้สูงอายุที่รับการรักษาในโรงพยาบาล. *ว.เกื้อการุณย์* 2563;27(1):162–174.
27. สิทธิพร สุนทร. แนวคิดและกระบวนการตัดสินใจในการกำหนดขนาดตัวอย่างด้วย G\*Power. *ว. สหวิทยาการวิจัย* 2562;8(1):29–39.
28. บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: พิมพ์ลักษณ์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.

## ผลของโปรแกรมสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าและการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยยาเสพติด โรงพยาบาลธัญญารักษ์ อุตรธานี

ธิดารัตน์ ห้วยทราย พย.ม.\*

เมตตา ไชยเชษฐ์ พย.ม.\*\*

กิจวัฒน์ นาถวิล วท.ม.\*\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยยาเสพติด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดแบบกลุ่ม สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที ต่อเนื่องกัน 6 ครั้ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2) แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง และ 3) โปรแกรมสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ paired t-test และ independent t-test

### ผลการวิจัยพบว่า

1. ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดลดลงต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยในระยะก่อนการทดลองภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 60 หลังการทดลองเสร็จสิ้นไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 50 และอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 30

2. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง (Mean = 29.70, S.D. = 2.32) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (Mean = 12.35, S.D. = 1.87) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง (Mean = 29.70, S.D. = 2.32) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean = 16.85, S.D. = 1.57) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุป โปรแกรมสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด มีผลต่อภาวะซึมเศร้าและการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยยาเสพติดอย่างไรก็ตามควรมีการติดตามผลระยะยาวเกี่ยวกับความคงทนของประสิทธิผลที่เกิดขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้ป่วยยาเสพติด

\* อาจารย์พยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี

\*\* อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี

\*\*\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ อุตรธานี

## Effects of Therapeutic Relationship Program on Depression and Self Esteem among Drug Addicts, Thanyarak Udon Thani Hospital

Thidarat Huaisai M.N.S.\*

Metta Chaiyachet M.N.S.\*\*

Kichawat Natawin M.Sc\*\*\*

### **Abstract**

This quasi-experimental research used two groups pre-post-test design was to study the outcomes of therapeutic relationship program on depression and self-esteem in drug addict patients. The samples were 40 drug addict patients who admitted at the rehabilitation ward. The samples were assigned into an experimental group and control group (20 participants in each group). The experimental group attended the researcher's group counselling based on therapeutic relationship program twice a week, 60-90 minutes each time, totally 6 sessions. The tools used for data collection were 1) Depression Assessment Question 9 Thai version (Patient Health Questionnaire-9: PHQ-9) 2) Rosenberg Self-esteem Scale (RSES) and 3) Therapeutic relationship program. Data were analyzed with the descriptive statistics, and inferential statistics; paired t-test and independent t-test.

The results revealed that 1) the experimental groups showed lower level of depression after participating therapeutic relationship program 2) the average self-esteem score of experimental groups after participating therapeutic relationship program (Mean = 29.70, S.D. = 2.32) was significantly higher than that before participating (Mean = 12.35, S.D. = 1.87) ( $p < 0.05$ ). and 3) The average self-esteem score in experimental group (Mean = 29.70, S.D. = 2.32) was significantly higher than that of control group (Mean = 16.85, S.D. = 1.57) ( $p < 0.05$ ).

Conclusion: The therapeutic relationship program positively impacted depression and self-esteem among drug addicts. However, long term monitoring for the effectiveness stability should be done in the future.

**Keywords:** Therapeutic relationship program, Depression, Self-esteem, Drug addicts

---

\* Nursing Instructor, Advanced Practice Nurse, Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani

\*\* Nursing Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani

\*\*\* Registered Nurse (Professional level), Thanyarak Udon Thani Hospital

## บทนำ

ยาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญระดับประเทศส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านบุคคล ครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม ชุมชน และประเทศชาติ แม้ยาเสพติดจะก่อให้เกิดผลเสียต่างๆ แต่ยังพบผู้ใช้สารเสพติดจนมีปัญหายาเข้ามารับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าจำนวนผู้เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี พ.ศ. 2559 จำนวนมากที่สุด คือ แอมเฟตามีน (Amphetamine) รองลงมาคือ สุรา (Alcohol) และกัญชา (Marijuana) คิดเป็นร้อยละ 49.47, 22.87 และ 8.49 ตามลำดับ<sup>1</sup> เมื่อจำแนกตามการวินิจฉัยโรคกับพฤติกรรมการใช้สารเสพติดแบบเสี่ยงสูง พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภท (Schizophrenia) โรควิถีโพลาร์ (Bipolar) โรควิตกกังวล (Anxiety Disorders) และโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) มีพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดแบบเสี่ยงสูง ร้อยละ 13.7, 6.0, 4.5 และ 1.9 ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ อุดรธานี มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 26.2 และความคิดอัตโนมัติด้านลบมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยยาเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีลักษณะเนื้อหาความคิดด้านลบต่อตนเองแบบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (Low self-esteem)<sup>2</sup>

โดยยาบ้าออกฤทธิ์โดยตรงต่อสารสื่อประสาทชนิดโมโนเอมีนในสมอง ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าเทียม (pseudo-depressive state) เช่น มีอารมณ์หดหู่ กระสับกระส่าย ไม่มีสมาธิ ขาดแรงจูงใจ การรับประทานอาหาร และการนอนหลับผิดปกติ เป็นต้น ผู้ใช้สารเสพติดที่มีอาการซึมเศร้าหากไม่ได้รับการบำบัดรักษา อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด<sup>3</sup> บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า (Depression) มักจะคิดว่าตนเองไม่ดี ขาดความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขพฤติกรรมนั้น<sup>4</sup> ความคิดนี้สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อาจส่งผลให้บุคคลเกิดความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ในผู้ป่วยยาเสพติด<sup>5</sup> นอกจากนี้ ธรรมชาติของผู้ป่วยยาเสพติด ส่วนใหญ่จะมีลักษณะคิดวนเวียน ไม่กล้าแสดงออกเวลามีปัญหา คิดว่าสังคมไม่ยอมรับ สังคมรังเกียจต่อต้านสังคม ไม่ค่อยจัดการกับความรู้สึกของตนเอง หุนหันพลันแล่น รู้สึกด้อยและไม่มีความค่าสภาพจิตใจไร้พลัง หย่อนความรับผิดชอบ หย่อนระเบียบวินัย ชอบให้อภัยในความผิดพลาดของตน ไม่ยอมรับความ

จริง มักโทษผู้อื่น ขาดทักษะทางสังคม จิตใจอ่อนไหว ฟุ้งฟาดติดเพื่อน ไม่มั่นใจในตนเอง ขี้อาย มีปมด้อย สภาวะจิตใจและพลังอยู่ในระดับต่ำ ไม่มีจุดมุ่งหมายในชีวิต ชอบแยกตัวอยู่ตามลำพัง ประชดชีวิต ขาดพลังใจ ไม่นับถือตน และอ่อนแอเกินกว่าจะควบคุมได้<sup>6</sup>

ผู้ป่วยยาเสพติดนั้น นอกจากมีภาวะซึมเศร้าแล้ว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำด้วย และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำนี้เป็นหนึ่งในลักษณะทางคลินิกที่อยู่ในเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่า ผู้ป่วยยาเสพติดควรได้รับการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพื่อลดผลกระทบทางด้านจิตใจ อารมณ์ บุคลิกภาพ และการดำรงชีวิตของบุคคล<sup>7</sup> และภาวะซึมเศร้าเป็นเหตุทำให้เกิดการฆ่าตัวตายได้ เนื่องจากช่วงเสพยาเสพติดจะมีอารมณ์ตื่นตัว ร่าเริง แต่เมื่อขาดยาจะเกิดอารมณ์ซึมเศร้า เหงา หดหู่ จนถึงขั้นฆ่าตัวตายได้ บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะเฉยเมยหรือเฉื่อยชาต่อสิ่งแวดล้อม แยกตัวออกจากสังคมจนกระทั่งไม่มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น อาจจะมีวิตกกังวลและหวาดระแวงมากจนมีอาการทางจิตและฆ่าตัวตาย ซึ่งผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตจะมีโอกาสฆ่าตัวตายมากขึ้น<sup>5</sup>

การบำบัดภาวะซึมเศร้ามี 2 แนวทาง คือ การรักษาด้านชีวภาพด้วยการใช้ยาและจิตสังคมบำบัด ซึ่งการรักษาด้านชีวภาพจะช่วยหรือปรับระดับสมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง ช่วยให้อารมณ์ซึมเศร้ามลดลง ในขณะที่จิตสังคมบำบัดจะช่วยเพิ่มทักษะการคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล นำไปสู่การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสมและสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้าได้ วิธีการบำบัดโดยใช้จิตสังคมบำบัดสามารถทำได้ทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม ได้แก่ การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy: CBT) การให้คำปรึกษา (Counseling) จิตบำบัดชนิดการรักษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal therapy: IPT) และจิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive therapy : ST)<sup>8</sup> ส่วนวิธีการส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองมีหลายวิธี ได้แก่ กิจกรรมบำบัด การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ศิลปะบำบัด และสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด<sup>6</sup> เป็นต้น ตามแนวคิดของยาโลม ปัจจัยบำบัด (Therapeutic factors) เป็นกลไกที่ทำให้สมาชิกภายในกลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม

ที่เหมาะสม เป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นจากกระบวนการภายในกลุ่ม จากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกด้วยกัน เป็นองค์ประกอบที่ช่วยให้การทากิจกรรมกลุ่มบรรลุวัตถุประสงค์ของการบำบัด ปัจจัยทั้งหมดจะค่อยๆ พัฒนาและเกิดขึ้นพร้อมๆ กันไป แต่ละปัจจัยช่วยสนับสนุนซึ่งกันและกัน และหนึ่งในปัจจัยบำบัด คือ การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Altruism)<sup>9</sup>

ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปเปลว (Peplau's interpersonal relations theory) พัฒนาขึ้นโดย ฮิลด์การ์ด์ เพปเปลว จากทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของซัลลิแวน<sup>1</sup> โดยเน้นสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับบริการ และบทบาทของผู้บำบัดในสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความเข้าใจในความรู้สึกและปัญหาของตน เข้าใจถึงความยุ่งยากในชีวิตของเขาผ่านกระบวนการของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ในกระบวนการนี้ผู้บำบัดและผู้รับบริการจะเคารพซึ่งกันและกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน โดยผู้บำบัดเป็นผู้เอื้ออำนวยให้ผู้รับบริการได้ค้นหาและทำความเข้าใจปัญหา รวมถึงหาแนวทางในการจัดการกับปัญหาของตนได้ ทำให้เกิดการพัฒนาและเติบโตไปด้วยกัน<sup>10</sup>

จากข้อมูลการให้บริการของโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี มีผู้ป่วยยาเสพติดทั้งหมดที่เข้ารับบริการ ในปี พ.ศ. 2561-2563 จำนวน 1,723 1,573 และ 1,424 ราย ตามลำดับ มีรูปแบบการใช้เทคนิคการบำบัดหลากหลายร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย เช่น การให้ความรู้ (Psycho Education) การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (CBT) เน้นที่ผลลัพธ์ด้านการลด ละ เลิกการใช้สารเสพติด<sup>11</sup> ในปัจจุบัน มีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยทุกราย แต่ยังไม่มีการเก็บสถิติผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าเพื่อนำมาวิเคราะห์ ส่วนรูปแบบการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเฉพาะในผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มดังกล่าวยังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ใช้การดูแลตามปกติที่มีในหน่วยบริการ ซึ่งเดิมรูปแบบการบำบัดดูแลใช้การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลและแบบกลุ่ม หากผู้บำบัดมีการนำแนวคิดการสื่อสารเพื่อการบำบัดที่เป็นการสนทนาที่มีเป้าหมายเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองมาใช้ในการดูแล จะส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ดังนั้น ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญใน

การช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ด้วยการนำแนวคิดทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปเปลว ซึ่งผู้บำบัดจะใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัดรักษาโดยการใช้กระบวนการของสัมพันธภาพที่อบอุ่น จริงใจ สนับสนุนให้ผู้ป่วยยาเสพติดรู้สึกว่าคุณค่าตนประสบความสำเร็จในการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ผู้บำบัดจะสร้างความไว้วางใจ (Trust) ความเข้าใจความรู้สึก (Empathy) เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) และพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสมให้เกิดขึ้น ซึ่งเป็นวิธีการรักษาแบบการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยยาเสพติดมีภาวะซึมเศร้าลดลงและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับภาวะซึมเศร้าและค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับภาวะซึมเศร้าและค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หลังการได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

### สมมติฐานวิจัย

1. ภายหลังการได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนทดลอง
2. ภายหลังการได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง
3. ภายหลังการได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม
4. ภายหลังการได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

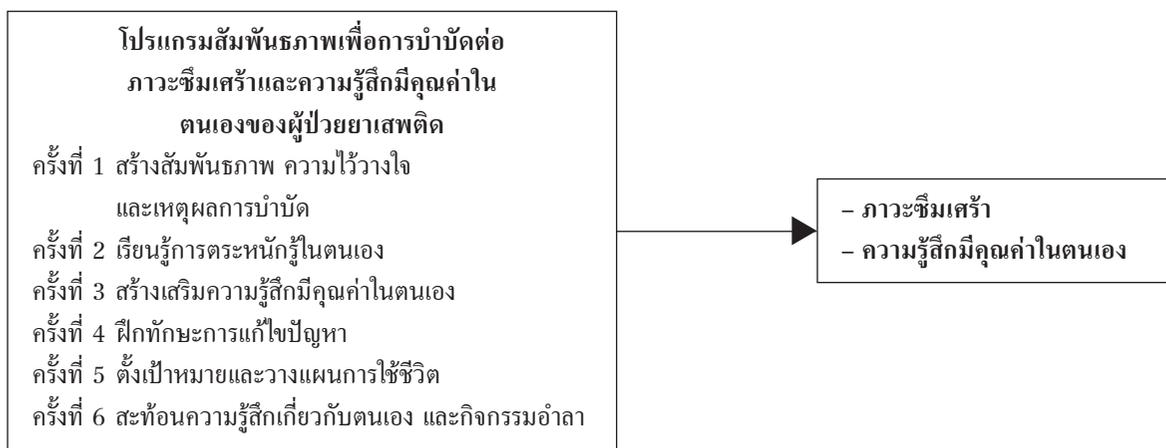
### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปเปลว (Peplau's

Interpersonal Relations Theory) ของ Peplau<sup>12</sup> โดยกล่าวไว้ว่า การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับบริการจะช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความเข้าใจในความรู้สึกและปัญหาของตน รวมถึงการหาแนวทางในการจัดการปัญหาของตนเอง กระบวนการของสัมพันธภาพนี้ จะทำให้ผู้รับบริการได้รับการพัฒนาและเติบโตขึ้น กระบวนการนี้ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะสร้างสัมพันธภาพ (Orientation phase) ระยะดำเนินการ (Working phase) และระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพ (Terminating phase) โดยระยะสร้างสัมพันธภาพมีวัตถุประสงค์

เพื่อสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย กล่าวเปิดเผยความเป็นตัวตน เกิดมีสัมพันธภาพที่ดี เมื่อสัมพันธภาพก้าวหน้าเข้าสู่ระยะดำเนินการ คือ เป็นการร่วมมือกันในการการสำรวจปัญหา ทำความเข้าใจและยอมรับปัญหา ตั้งเป้าหมายพร้อมทั้งหาแนวทางจัดการปัญหา เพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหา เมื่อถึงระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ปัญหาเริ่มคลี่คลายลง ผู้ป่วยจะเห็นความสำคัญยอมรับ และตระหนักถึงคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น สามารถตั้งเป้าหมายและวางแผนการใช้ชีวิต และดูแลตนเองได้โดยไม่ต้องพึ่งยาเสพติด ดังแสดงไว้ในภาพที่ 1

### ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



### วิธีการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบ non-randomized control group, pre-post-test design ดำเนินการศึกษาในช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563 – มีนาคม พ.ศ. 2564

#### ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุดรธานี รหัสโครงการ IRB-BCNU 0411/029/2563 ลงวันที่ 5 มิถุนายน พ.ศ. 2563

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยยาเสพติดเพศชาย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ ณ สถานบำบัดยาเสพติดในระหว่างที่ทำการศึกษา ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโดยใช้หลัก ICD-10 ว่าเป็นผู้ป่วยยาเสพติด จำนวน 65 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยยาเสพติดเพศชายซึ่งได้รับการวินิจฉัยโดยใช้หลัก ICD-10 ไม่มีการวินิจฉัยโรคร่วม

ว่ามีภาวะซึมเศร้า เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างต้องมีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป และมีค่าคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์กเข้าตามเกณฑ์ ทั้ง 2 อย่าง ตามเกณฑ์คัดเข้าเพื่อเข้าร่วมการวิจัย โดยกำหนดคุณสมบัติเพิ่มเติม ดังนี้

- 1) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้
- 2) ไม่มีอาการทางจิต และไม่มีปัญหาด้านพุทธิปัญญา (Cognitive problem)
- 3) สมัยครใจและยินดีให้ความร่วมมือและสามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดจนสิ้นสุดโครงการวิจัย
- 4) เกณฑ์คัดออก ได้แก่ มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชหรือความผิดปกติทางสมอง ไม่สามารถเรียนรู้ได้
- 5) เกณฑ์ในการยุติการศึกษาวิจัย ได้แก่ แสดงความจำนงขอออกจากวิจัย ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมวิจัยได้ทุกครั้ง ย้ายออกจากหอผู้ป่วย หรือจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ กำหนดที่ร้อยละ 90 ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ค่าขนาด effect size อ้างอิงจากงานวิจัยเรื่องผลของกลุ่มจิตบำบัด

สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า<sup>13</sup> กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างโดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด หมายถึง กระบวนการที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพลบลาว (Peplau) เพื่อให้การปรึกษากับผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าและมีปัญหาความรู้สึกคุณค่าในตนเอง เพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมความรู้สึกคุณค่าในตนเอง โดยจัดให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเอื้ออำนวยบรรยากาศเน้นให้ผู้ป่วยยาเสพติดได้มีโอกาสระบายความรู้สึก แสดงออกและพัฒนาขีดความสามารถของตนเอง โดยมีกิจกรรม ดังนี้ ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธ์ภาพ ความไว้วางใจ และเหตุผลการบำบัด ครั้งที่ 2 เรียนรู้การตระหนักรู้ในตนเอง ครั้งที่ 3 สร้างเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ครั้งที่ 4 ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา ครั้งที่ 5 ตั้งเป้าหมายและวางแผนการใช้ชีวิต และครั้งที่ 6 สะท้อนความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง กิจกรรมอำลา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับอายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพ ประเภทของยาเสพติดที่ใช้ และระยะเวลาการใช้ยาเสพติด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับภาษาไทย (Patient Health Questionnaire-9: PHQ-9) เป็นแบบประเมินความรุนแรงอาการซึมเศร้า ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยกรมสุขภาพจิต แต่ละข้อคำถามจะมี 4 คำตอบให้เลือกดังนี้ “ไม่มีเลย = 0 คะแนน”, “เป็นบางวัน 1-7 วัน = 1 คะแนน”, “เป็นบ่อยมากกว่า 7 วัน = 2 คะแนน”, “เป็นทุกวัน = 3 คะแนน” โดยจุดตัดที่ 7 คะแนนขึ้นไป แบ่งความรุนแรงเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ต่ำกว่า 7 คะแนน ถือว่าไม่มี ระดับน้อย 7-12 คะแนน ระดับปานกลาง 13-18 คะแนน ระดับรุนแรงมากกว่า 19 คะแนน มีค่าความไว

ร้อยละ 75.68 ความจำเพาะร้อยละ 93.37

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg's self-esteem scale: RSES) โดยแบบวัดชุดนี้<sup>14</sup> ได้ศึกษาคุณสมบัติทางจิตมิติของแบบวัดนี้ว่ามีความตรงในกลุ่มตัวอย่างที่ครอบคลุมวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และเยาวชนในสถานพินิจ สามารถนำไปประยุกต์ประเมินผลลัพธ์กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเสริมความภาคภูมิใจในตนเอง ใช้เทคนิคการแปลย้อนกลับ (back-translation) มีจำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามทางบวก จำนวน 5 ข้อ และทางลบ จำนวน 5 ข้อ โดยลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 4 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อความทางบวกให้คะแนน 1, 2, 3, 4 ข้อความทางลบให้คะแนน 4, 3, 2, 1 ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 10 ถึง 40 คะแนน คะแนนยิ่งสูงแสดงว่ามีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมาก

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. โปรแกรมสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด โดยมีขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรม ดังนี้ 1) ศึกษาค้นคว้าหาความรู้จากตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) จัดทำโปรแกรมการให้การปรึกษา 3) นำเสนอโปรแกรมให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ และ 4) ปรับปรุง พัฒนาโปรแกรมตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และส่งกลับเพื่อรับการตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม จนกระทั่งผู้เชี่ยวชาญลงความเห็นว่าเป็นสามารถนำไปใช้ได้ ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ประกอบด้วย 1) จิตแพทย์ จำนวน 1 คน 2) อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จำนวน 2 คน 3) พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านยาเสพติด จำนวน 1 คน และ 4) พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 คน มีค่าความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item objective congruence: IOC) เท่ากับ 1.00

2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ประกอบด้วย 1) จิตแพทย์ จำนวน 1 คน 2) อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จำนวน 2 คน 3) พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านยาเสพติด จำนวน 1 คน และ 4) พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 คน มีค่า IOC เท่ากับ 1.00

3. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถามฉบับภาษาไทย Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) เป็นแบบประเมินความรุนแรงอาการซึมเศร้า เมื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยยาเสพติดที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยวิธีสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.84

4. แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg Self-esteem Scale: RSES) เมื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยยาเสพติดที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยวิธีสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.89

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ เริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพและแนะนำตัวชี้แจงรายละเอียดและพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อความร่วมมือในการวิจัย แจ้งให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการร่วมวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวมตามวัตถุประสงค์การวิจัย และระหว่างการตอบแบบสอบถามหรือเข้าร่วมกิจกรรมถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกหรือรู้สึกถูกรบกวน สามารถแจ้งขอออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องบอกเหตุผลหรืออธิบายใดๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาในการตอบไม่เกิน 30 นาทีโดยไม่เร่งรัด หากมีข้อสงสัยในการตอบแบบสอบถามสามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้ทันที

2. การวิจัยครั้งนี้ มีการควบคุมกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม โดยการสุ่มตัวอย่างสลับเดือนในการเข้ารับโปรแกรมสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เพื่อป้องกันการพบปะพูดคุยกันในผู้ป่วยที่อยู่หอผู้ป่วยเดียวกัน อาจมีผลแทรกซ้อน (Confounding variable) ต่อผลลัพธ์การบำบัดได้

3. ภายหลังจากคัดกรองระดับภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย นำผู้ป่วยกลุ่มทดลอง

จำนวน 20 คน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 6-7 คน ซึ่งเป็นขนาดของกลุ่มที่มีความเหมาะสม เนื่องจากเป็นกลุ่มแบบการให้การปรึกษาที่ต้องการให้สมาชิกในกลุ่มได้มีโอกาสและเวลาในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันในเวลาที่เหมาะสม จากนั้นนำผู้ป่วยแต่ละกลุ่มเข้ารับการให้การปรึกษาแบบกลุ่มโดยโปรแกรมสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดอย่างต่อเนื่อง 6 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ต่อเนื่องกันโดยใช้เวลา 3 สัปดาห์ และประเมินผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม โดยมีกิจกรรม ดังนี้

ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ความไว้วางใจ และเหตุผลการบำบัด โดยการแนะนำตัวเองผ่านภาพวาดสะท้อนความเป็นตัวเอง เรียนรู้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้า เหตุผลและประโยชน์ของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

ครั้งที่ 2 เรียนรู้การตระหนักรู้ในตนเอง โดยสะท้อนความเป็นตัวตนผ่านภาพวาด บุคลิกภาพ ข้อดี ข้อที่อยากปรับปรุง ระบายความรู้สึกภายในใจ สำรวจความทุกข์ที่เป็นปัญหา เพื่อทำความเข้าใจปัญหาให้ตรงกัน จัดลำดับความสำคัญของปัญหา

ครั้งที่ 3 สร้างเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยการนำประสบการณ์ที่ภาคภูมิใจมาร่วมแลกเปลี่ยนในกลุ่ม เรียนรู้ตนเองในอุดมคติและตนเองตามความเป็นจริง การยอมรับตนเอง ฝึกทักษะการรับรู้ต่อตนเองจากบุคคลอื่นในเชิงบวก และปรับเปลี่ยนการรับรู้ตนเองเพื่อเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ครั้งที่ 4 ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา เสริมสร้างความสามารถในการแก้ปัญหา โดยการทำความเข้าใจกับปัญหา แนวคิดและวิธีการแก้ปัญหาโดยการปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหา ตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาที่ตรงกับความ เป็นจริง สร้างและพิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหา ตัดสินใจและฝึกแก้ปัญหา

ครั้งที่ 5 ตั้งเป้าหมายและวางแผนการใช้ชีวิต สิ่งที่ยากทำ สิ่งที่ยากเป็น เพื่อเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง เกิดความภาคภูมิใจในศักยภาพของตนเอง อันจะนำไปสู่การรับรู้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผ่านการออกแบบต้นไม้แห่งชีวิต

ครั้งที่ 6 สะท้อนความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง จากการทบทวนเหตุการณ์ในชีวิตที่ผ่านมาว่า ตนเองมีความคิด

อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมอย่างไร ได้เรียนรู้อะไรบ้าง และหากเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นอีกจะจัดการอย่างไร จากนั้น สมาชิกทุกคนได้ให้กำลังใจซึ่งกันและกันผ่านกิจกรรมอำลา

หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ผู้วิจัยได้ประเมินผลโดยให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าและแบบวัดความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอีกครั้ง

4. กลุ่มควบคุม ผู้ป่วยยาเสพติดทั้ง 20 คน ได้รับการดูแลแบบปกติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด เมื่อสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้ป่วยยาเสพติดทุกคนที่เข้ากลุ่มจะถูกสัมภาษณ์โดยผู้เก็บข้อมูลวิจัยตามแบบประเมินภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และรายงานผลการดำเนินการวิจัย

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและระดับภาวะซึมเศร้า ด้วยจำนวน ร้อยละ

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน (Mean) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของกลุ่มทดลองด้วยสถิติ

Paired t-test โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของการแจกแจงข้อมูลเป็นโค้งปกติ (Test of Normality) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test พบว่า กลุ่มทดลองมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติทั้งก่อนและหลังการทดลอง ( $p = 0.136, p = 0.181$ )

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หลังการได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ independent t-test โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (assumption) ของการแจกแจงข้อมูลเป็นโค้งปกติ (test of normality) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ( $p = 0.181, p = 0.608$ )

#### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (n = 40)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	40	100
<b>อายุ (ปี)</b>		
15-20 ปี	4	10.0
21-30 ปี	18	45.0
31-40 ปี	10	25.0
41-50 ปี	8	20.0
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	14	35.0
สมรส	12	30.0
หย่า/แยกกันอยู่	14	35.0
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	7	17.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	10.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย	22	55.0
อนุปริญญา/ปวส.	6	15.0
ปริญญาตรี	1	2.5

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (n = 40) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>รายได้</b>		
ไม่มีรายได้	15	37.5
1,001–5,000 บาท	18	45.0
5,001–10,000 บาท	5	12.5
10,000 บาท ขึ้นไป	2	5.0
<b>ประเภทยาเสพติดที่เคยใช้</b>		
ยาบ้า	13	32.5
ยาบ้าร่วมกับชนิดอื่น เช่น ยาไอซ์ กัญชาสุรา บุหรี สารระเหย	27	67.5
<b>ระยะเวลาที่ใช้ยาเสพติด</b>		
น้อยกว่า 1 ปี	2	12.5
1–5 ปี	20	50.0
6–10 ปี	14	35.0
11–15 ปี	4	10.0

จากตารางที่ 1 พบว่า เป็นเพศชายทั้งหมด อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 21–30 ปี จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 45 ส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดมัธยมศึกษาตอนต้น รายได้อยู่ระหว่าง 1,001–5,000 บาท ใช้แอมเฟตามีนร่วมกับสารเสพติดชนิดอื่น ร้อยละ 67.5 และมีระยะเวลาการใช้สารเสพติดระหว่าง 1–5 ปี เป็นส่วนใหญ่

2. การเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าก่อนและหลัง

การได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง (n = 20) และกลุ่มควบคุม (n = 20)

ระดับภาวะซึมเศร้า	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>กลุ่มทดลอง (n = 20 คน)</b>				
ไม่มี	–	–	10	50
น้อย	–	–	6	30
ปานกลาง	8	40	4	20
มาก	12	60	–	–
<b>กลุ่มควบคุม (n = 20 คน)</b>				
ไม่มี	–	–	–	–
น้อย	–	–	2	10
ปานกลาง	7	35	10	50
มาก	13	65	8	40

จากตารางที่ 2 พบว่าส่วนใหญ่ระดับภาวะซึมเศร้า ของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลองอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 60 หลังการทดลองเสร็จสิ้นไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 50 อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 30 ในกลุ่มควบคุมพบว่า ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีระดับภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 65 หลังการทดลองเสร็จสิ้นอยู่ในระดับมาก ร้อยละ

40 และอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของกลุ่มทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของกลุ่มทดลอง (n = 20)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	Mean	S.D.	t	p-value (1-tailed)
ก่อนการทดลอง	12.35	1.87	35.54*	0.000
หลังการทดลอง	29.70	2.32		

\* กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองภายหลังการทดลอง (Mean = 29.70, S.D. = 2.32) สูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean = 12.35, S.D. = 1.87) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองหลังการได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หลังการได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 20) และกลุ่มควบคุม (n = 20)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	Mean	S.D.	t	p-value (1-tailed) *
ก่อน				
กลุ่มทดลอง	12.35	1.87	-0.369	0.357
กลุ่มควบคุม	12.55	1.54		
หลัง				
กลุ่มทดลอง	29.70	2.32	20.53*	0.000
กลุ่มควบคุม	16.85	1.57		

\* กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน ส่วนภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Mean = 29.70, S.D. = 2.32) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean = 16.85, S.D. = 1.57) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### วิจารณ์และสรุป

การศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยยาเสพติด ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าเมื่อกลุ่ม

ทดลองได้เข้ารับโปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดแบบกลุ่ม จำนวน 6 ครั้ง ต่อเนื่อง เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้ามลดลง และค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้นกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 1 และ 2 และภายหลังการได้รับโปรแกรมฯ พบว่า ระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 3 และ 4 เนื่องจากกระบวนการกลุ่มของโปรแกรมสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดดำเนินไปได้ด้วยดี ใน

แต่ละครั้งบรรลุตามวัตถุประสงค์ รูปแบบของโปรแกรมฯ ประกอบด้วย ระยะในการบำบัด 3 ระยะ คือ 1) ระยะสร้างสัมพันธภาพ เกิดในครั้งแรกที่เน้นเรื่องการสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ มีความเห็นอกเห็นใจกัน เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นอกจากนั้นยังได้สร้างวัฒนธรรมกลุ่ม โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยร่วมกันเสนอหรือกำหนดข้อตกลงร่วมกัน ด้วยบรรยากาศที่ผ่อนคลาย เป็นกันเอง กล้าเปิดเผยตนเอง รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ยอมรับความแตกต่างของบุคคล ให้เกียรติ ทำให้เกิดบรรยากาศที่อบอุ่น เป็นมิตร 2) ระยะดำเนินการ เกิดในครั้งที่ 2-5 ซึ่งในระยะนี้ผู้ป่วยได้ร่วมแสดงความรู้สึก ความคิดเห็น การให้ข้อมูล เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจในปัญหาของตนเองมากขึ้น ค้นหาสาเหตุของปัญหา มั่นใจในการเลือกแนวทางที่เหมาะสมกับการแก้ไข ปัญหา ระบุว่าตนเองมีศักยภาพที่จะจัดการกับปัญหาด้วยจิตใจที่เข้มแข็งมั่นคง กล้าที่จะตั้งเป้าหมายและวางแผนในการดำเนินชีวิตของตนเอง ทำให้เกิดความหวังและกำลังใจ และเมื่อสัมพันธภาพดำเนินมาถึงครั้งสุดท้ายคือ 3) ระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพ เกิดในครั้งที่ 6 ผู้ป่วยได้สะท้อนความรู้สึกเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก อารมณ์และพฤติกรรมของตนเอง ร่วมกันสรุปและทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการเข้าร่วมกิจกรรมที่ผ่านมา ซึ่งผู้ป่วยประเมินว่าตนเองได้รับความรู้และคุณค่าจากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ชอบบรรยากาศที่ทุกคนร่วมมือกันทำกิจกรรมทำให้ความกล้าแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ได้ฝึกทักษะต่างๆ เช่น การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ฝึกการปรับเปลี่ยนทัศนคติเรียนรู้ทักษะการจัดการกับปัญหาและจะนำทักษะเหล่านี้ไปปรับใช้เมื่อพบกับปัญหาในอนาคต เห็นสัจจะธรรมของชีวิต ทำให้เกิดความหวังในการใช้ชีวิตต่อไป

จากการอภิปรายผลที่กล่าวมาข้างต้นจึงสรุปได้ว่า โปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดมีผลทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลงและรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมฯ นี้สามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองได้ เพราะก่อนการเข้ารับโปรแกรมฯ ผู้ป่วยยาเสพติดมีความรู้สึกในทางลบต่อตนเอง ต่อสังคมรอบตัว รู้สึกว่าไม่เป็นที่ยอมรับของครอบครัวหรือสังคม เกิดความรู้สึกผิด ไม่แน่ใจ สับสน ไม่เข้าใจหรือยอมรับตนเอง ส่งผลให้มองภาพลักษณ์ตนเองในทางลบ นำมาซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ลดลง<sup>15</sup> ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ

โรเซนเบิร์ก อธิบายว่า การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นการเคารพตนเอง มองเห็นตนเองเป็นคนมีค่า ไม่จำเป็นต้องเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น แต่ควรตระหนักในข้อดีและข้อจำกัดของตนเอง และมีความหวังที่จะสามารถปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้นได้อย่างไร<sup>16</sup>

การดำเนินการโปรแกรมสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในครั้งนี้เป็นไปได้ด้วยดี ภายใต้อารมณ์ของสัมพันธภาพที่ดี มีความไว้วางใจเกิดขึ้น เพราะในขณะที่ผู้ป่วยแต่ละคนได้ระบายความคับข้องใจ อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรม ณ ปัจจุบันออกมา ผู้บำบัดได้ตั้งใจฟังอย่างตั้งใจ การทวนความและมีการสะท้อนความรู้สึกอย่างเข้าใจผู้ป่วย มีการสรุปความและทบทวนเรื่องราวที่เกิดขึ้น เพื่อประเมินความสนใจและเข้าใจของผู้ป่วยที่มีต่อการให้การศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของเพลบลาว<sup>12</sup> โดยผู้บำบัดใช้บทบาทที่ได้รับการฝึกฝน และมีความเชี่ยวชาญ มีการใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีการระบายอารมณ์ความรู้สึกที่คับข้องใจ เกิดความเข้าใจในอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง และผู้อื่น รับรู้และเข้าใจในปัญหา สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น<sup>7</sup> ซึ่งสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของเพลบลาวช่วยให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตใจและอารมณ์สามารถลดภาวะเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า อีกทั้งยังช่วยเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น ช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลจิตเวชที่สามารถนำแนวคิดการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดไปใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าในโรงพยาบาลได้ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดอาการซึมเศร้า<sup>17</sup>

นอกจากนี้ การให้การปรึกษาแบบกลุ่มทำให้ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน กระบวนการกลุ่มที่เกิดขึ้นต่อเนื่องใน 6 ครั้ง ใช้เวลา 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ต่อเนื่องกัน 3 สัปดาห์ มีผลต่อการเกิดปัจจัยบำบัดที่สำคัญ ได้แก่ ได้รับความรู้สึก มีความรู้สึกคล้ายคลึงกัน เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน สัมพันธภาพที่ดีกับคนอื่น ระบุว่าตนเองมีประโยชน์ และจากการที่ผู้ป่วยได้ตระหนักว่าตนเองมิได้มีปัญหากับคนเดียว ทุกคนมีปัญหาเช่นเดียวกัน และเกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เกิดความรู้สึกผูกพัน ความรู้สึกโดดเดี่ยวอย่างว่างหมดไป ซึ่ง Yalom<sup>9</sup> ได้กล่าวถึงว่า

ปัจจัยบำบัดเป็นกลไกที่ช่วยให้สมาชิกกลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เหมาะสมจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม อย่างไรก็ตามการวิจัยนี้มีข้อจำกัด คือ ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองยังคงได้รับการรักษาตามแผนการรักษาและการบำบัดทางจิตสังคมอื่น ๆ เช่นเดียวกัน ไม่สามารถควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนบางอย่างได้ตามแนวปฏิบัติทางการแพทย์ผู้ป่วยยาเสพติด และเนื่องจากวิธีการบำบัดด้วยโปรแกรมฯ นี้ ไม่เคยใช้ในผู้ป่วยยาเสพติดมาก่อน จึงเทียบกับการวิจัยในอดีตไม่ได้ ทำให้เห็นภาพไม่ชัดเจนนักว่าวิธีการบำบัดแบบนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยยาเสพติดนำไปใช้ในการเลิกใช้สารเสพติดอย่างไร

### ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาต่อเนื่อง

#### ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. บุคลากรทางด้านสุขภาพ ผู้ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาในงานสุขภาพจิตและยาเสพติด ควรนำการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดไปใช้ในกระบวนการให้คำปรึกษาผู้ป่วย เนื่องจากเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้ในตนเอง เข้าใจปัญหาและมีทักษะในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ซึ่งจะมีส่วนสนับสนุนให้ผู้ป่วยนำความรู้และทักษะไปใช้ในการจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตของตนเองได้อย่าง

เหมาะสม

2. ผู้ให้คำปรึกษาจำเป็นต้องมีความรู้ ความชำนาญในการสื่อสารเพื่อการบำบัด ดังนั้นผู้ที่นำโปรแกรมสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดไปใช้ ควรได้รับการฝึกฝน เพื่อให้เกิดความรู้และทักษะที่ดีที่จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการนำโปรแกรมสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดไปใช้กับกลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพอื่น เช่น กลุ่มเรื้อรัง ด้อยโอกาส มีปัญหาซึมเศร้า พฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นต้น และควรทำการติดตามผลหลังการทดลอง เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าผู้ป่วยยาเสพติดยังคงมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง และสามารถนำความรู้และทักษะที่ได้รับจากโปรแกรมสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดไปใช้ได้เมื่อเวลาผ่านไป

#### กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี ที่สนับสนุนงบประมาณทุนวิจัยภายในของวิทยาลัยฯ ในการศึกษาครั้งนี้ และ ดร.สุกัญญา กาญจนันต์ รองผู้อำนวยการกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลธัญญารักษ์ อุดรธานี ที่ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการทำวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดียิ่งจนงานวิจัยสำเร็จลุล่วง

### เอกสารอ้างอิง

1. เอกอุมา อิมคำ. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช: การประยุกต์ใช้กรณีเลือกสรร. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2564.
2. ชิดาร์ตัน ห้วยทราย และวิจิตร แผ่นทอง. การศึกษาความคิดอัตโนมัติด้านลบและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยยาเสพติด. ว. วิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพ 2563;13(3):297-304.
3. กุฬฟ้า เอ็นเตอร์ไพรส์. โรคแทรกซ้อนที่เกิดจากการติดยาเสพติด มีอะไรบ้าง ป้องกันอย่างไร? [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 20 สิงหาคม 2567] เข้าถึงได้จาก: <https://www.phufaresthome.com/blog/drugs-addict-complications/>
4. Beck AT. Depression Clinic experimental and theoretical aspects. In: Aaron Beck, editors. Depression: Causes and. New York: Hebert Medical; 1970. p. 44-59.
5. Beck AT. Structure of the therapeutic interview. In: Aron T. Beck A. Rush J, Brain F. Shaw, and Emery G, editors. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press; 1979. p. 61-86.
6. ธนาธิป หอมหวาน, มรรยาท รุจิวิชญ์, และชมชื่น สมประเสริฐ. การเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่นยาเสพติดแอมเฟตามีน. ว. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2557;28(1):81-91.
7. อัจรา วิฑูฒนกุล, สารรัตน์ วุฒิอาภา, และชมชื่น สมประเสริฐ. ผลของโปรแกรมสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดต่อ

- ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของเด็กหญิงที่ถูกกระทำรุนแรง ในสถานแรกรับเด็กหญิง เขตภาคกลาง. ว. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2560;31(2):47-63.
8. คุณณีย์ ชาญปรีชา, นันทา ชัยพิชิตพันธ์, สุกุมมา แสงเดือนฉาย และสำเนา นิลบรรพ. ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน. ว. กรมการแพทย์ 2560;42(2):90-101.
  9. Yalom I. The Theory and Practice of Group Psychotherapy. In: The Therapeutic Factors, editors. An Integration. 2nd ed. New York: Basic Books; 1975. p. 103-152.
  10. Sitthimongkol Y, Kaesornsamut, P, Vongsirimas N, & Pornchaikate Au Yeong A. Psychiatric Nursing. Bangkok: Scanart; 2018.
  11. กรมสุขภาพจิต. คู่มือโปรแกรมบูรณาการการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด ที่มีโรคร่วมทางจิตเวช (ICOD-R) ฉบับปรับปรุง. กรุงเทพฯ. นาคู มีเดีย พลัส; 2564.
  12. Peplau HE. Phases and Roles in Nursing. In: Hildegard E. International relations in nursing, editors. A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing. New York: Springer; 1952. p. 17-72.
  13. ศิริลักษณ์ ปัญญา, เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, และพีรพันธ์ ลีอนุชวัชชัย. ผลของกลุ่มจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. ว. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2558;60(2):99-110.
  14. ปรีทรศ ศิลปกิจ, และอรวรรณ ศิลปกิจ. คุณสมบัตินทางจิตมิติของแบบวัดความภาคภูมิใจในตนเองของ Rosenberg ในเยาวชนไทย. ว. สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2559;24(1):15-28.
  15. Finkelhor D. A sourcebook on childhood sexual abuse. Thousand Oak: Sage;1986.
  16. Rosenberg M. Society and the Adolescent Self-Image. Middletown, USA: Princeton University Press; 1965.
  17. ปรียานันท์ สละสวัสดิ์, และอัจฉราพร สีหิรัญวงศ์. การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดอาการซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท. ว. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2563;34(1):13-42.

## ผลของการใช้นวัตกรรม Casing sat สำหรับลือคสายวัดค่าความอึดตัวของออกซิเจน ในทารกแรกเกิดที่ได้รับการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

มารศรี ศิริสวัสดิ์ ปร.ด.\*  
อภิสิทธิ์ จกรรงค์ศิลป์ วท.ม.\*\*  
พรพนิต มัชฌิมโผ พย.บ\*\*\*  
นันทิกา ฤทธิพันธ์ พย.บ\*\*\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองเพื่อ 1) เปรียบเทียบระยะเวลาในการวัดความอึดตัวของออกซิเจนในทารกแรกเกิดระหว่างกลุ่มที่ใช้การวัดแบบเดิมและกลุ่มที่วัดโดยใช้นวัตกรรม Casing sat และ 2) ศึกษาระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังใช้นวัตกรรม Casing sat กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็ก 2 โรงพยาบาลนครพนม จำนวน 11 คน และทารกแรกเกิดที่ได้รับการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการวัดค่าความอึดตัวของออกซิเจนในทารกที่ได้รับการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดแบบเดิม และกลุ่มที่ได้รับการวัดค่าความอึดตัวของออกซิเจนในทารกที่ได้รับการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดด้วยนวัตกรรม Casing sat ที่พัฒนาขึ้น กลุ่มละ 15 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ นวัตกรรม Casing sat ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดย 1) เปรียบเทียบระยะเวลาในการวัดความอึดตัวของออกซิเจนในทารกแรกเกิด โดยใช้สถิติ Independent t-test และ 2) วิเคราะห์ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้นวัตกรรม casing sat โดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ใช้ในการวัดค่าความอึดตัวของออกซิเจนในทารกแรกเกิดที่ได้รับการคัดกรองโดยใช้นวัตกรรม Casing sat (mean = 8.72, S.D. = 2.73) ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดแบบเดิม (mean = 11.82, S.D. = 6.46) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 2) หลังการใช้นวัตกรรม Casing sat ที่พัฒนาขึ้น พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดถึงมากที่สุด (mean = 4.85, S.D. = 0.37)

**คำสำคัญ:** โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในทารก สายวัดค่าความอึดตัวของ Oxygen การคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม: ผู้รับผิดชอบบทความ

\*\* อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

\*\*\* พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ

\*\*\*\* พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

## Effects of Casing Sat Innovation for Locking Oxygen Saturation in Neonates Screened for Congenital Heart Disease

Marasri Sirisawat Ph.D.\*

Apisit Sakunsin M.Sc.\*\*

Ponpinit Mutchino B.N.S.\*\*\*

Nantika Ritan B.N.S.\*\*\*\*

### *Abstract*

This quasi-experimental research aimed to 1) compare the time to measure oxygen saturation in newborns between the old traditional measurement group and the group measuring using Casing Sat innovation and 2) study the satisfaction level of professional nurses after using the Casing Sat innovation. The sample group were 11 professional nurses working in the pediatric ward 2 of Nakhon Phanom Hospital, and 30 newborns who had been screened for congenital heart disease. They were divided into 2 groups that had their oxygen saturation measured undergoing conventional congenital heart disease screening and the group that received oxygen saturation measurements toward infants who were screened for congenital heart disease with the Casing Sat innovation developed, a group of 15 people per group. The research experimental measurements were an innovative Casing Sat that was developed by researchers. Data were analyzed by 1) comparing the time to measure oxygen saturation in newborns using independent t-test statistics and 2) analyzing the satisfaction of professional nurses after using the Casing Sat innovation using the percentage, mean and standard deviation (S.D.).

The results were as follow: 1) the mean period of time to measure oxygen saturation in newborns using Casing sat (mean = 8.72, S.D. = 2.73) was lower compared to that of the old traditional measurement (mean = 11.82, S.D. = 6.46) with statistically significant level of 0.05 and 2) after using this Casing Sat innovation, the satisfaction scores of professional nurses were from high level to the highest level (mean = 4.85, S.D. = 0.37).

**Keywords:** Congenital heart disease in infants, Oxygen saturation probe, Screening for congenital heart disease

---

\* Assist.prof, Borommarajonani Collage of Nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University: Corresponding Author.

\*\* Lecturer, Borommarajonani Collage of Nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University

\*\*\* Registered Nurse, Buengkan Hospital, Buengkan Province

\*\*\*\* Registered Nurse, Kalasin Hospital, Kalasin Province

## บทนำ

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Congenital Heart Disease: CHD) เป็นโรคที่มีความผิดปกติของหัวใจ สามารถตรวจพบได้ตั้งแต่ทารกแรกเกิดจนถึงทารก 6 เดือน ซึ่งจากการรายงานอุบัติการณ์ของประเทศไทยพบได้ประมาณ 6–8 รายต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน<sup>1,2</sup> โดยพบวาประมาณ ร้อยละ 10 ถึงร้อยละ 15 ของทารกที่มีภาวะหัวใจพิการแต่กำเนิดมีความผิดปกติขั้นวิกฤต<sup>2</sup> ซึ่งหากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันที่ อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหรือเสียชีวิตได้ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ ชนิดที่มีอาการเขียวและชนิดที่ไม่มีอาการเขียว การตรวจวินิจฉัยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในทารกแรกเกิดในช่วงเวลาวิกฤตที่มีอาการรุนแรงนั้นเป็นไปได้ยาก เนื่องจากทารกตัวเล็ก หัวใจเต้นเร็ว เมื่อมีการตรวจร่างกายทำให้ไม่สามารถให้การวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็วได้ จึงเป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้ทารกจำนวนมากเสียชีวิตโดยไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง และยังคงเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือปัญหาที่พบในผู้ป่วยได้ เช่น เลี้ยงไม่โต อาการเหนื่อยง่าย หัวใจวาย มีอาการทางสมอง เนื่องจากโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีภาวะเขียวทำให้การสร้างเม็ดเลือดแดงมากขึ้นเกิดภาวะเลือดข้นและเกิดการอุดตันในสมองได้ ปัจจุบันการวินิจฉัยเบื้องต้นอาศัยจากประวัติและการตรวจร่างกายโดยเฉพาะถ้ามีเสียงหัวใจที่ผิดปกติแต่ พบว่า มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเพียงร้อยละ 50 เท่านั้นที่ฟังเสียงหัวใจได้ผิดปกติในช่วงแรกเกิด และการตรวจโดยใช้เครื่องอัลตราซาวด์หัวใจ (echocardiogram) ซึ่งมีราคาสูงและต้องตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ<sup>2,3,4</sup> โดยหากได้รับการวินิจฉัยล่าช้าจะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจวายร่วมกับทางเดินหายใจล้มเหลว ก่อให้เกิดความยากลำบากต่อการรักษา ทั้งยังมีปัญหาความจำกัดในเรื่อง อัตราครองเตียงในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลตติยภูมิ ทำให้การส่งตัวผู้ป่วยเพื่อไปรับการรักษาต่อยังล่าช้าออกไป เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าวในประเทศไทย สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โดยศูนย์โรคหัวใจได้รณรงค์ให้มีการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรงในทารกแรกเกิดด้วยเครื่อง Pulse Oximeter ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 และในปี พ.ศ. 2558 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป็นนโยบายหลักในแนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพทารกแรกเกิด<sup>1,5</sup>

การคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดด้วยการวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดทางผิวหนัง (pulse oximeter screening) โดยใช้เครื่องวัดความอิ่มตัวของออกซิเจน (Pulse Oximeter: SpO<sub>2</sub>) ซึ่งเป็นวิธีการตรวจที่ไม่รุกราน (non-invasive) เข้าในร่างกายทารกสามารถตรวจได้ในสถานพยาบาลทุกแห่ง สะดวกสามารถอ่านค่าได้เร็วและราคาไม่แพงเมื่อเทียบกับการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนเป็นภาพหัวใจ โดยพบว่ามีความไว (sensitivity) ประมาณร้อยละ 76.3 และความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 99.9<sup>1,4,5</sup> ปัจจุบันได้นำมาใช้ในการคัดกรองโรคในกลุ่มทารกแรกเกิดร่วมกับการตรวจร่างกายจะช่วยให้มีโอกาสตรวจพบผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเพิ่มขึ้น<sup>5</sup> ควรทำการตรวจคัดกรองในทารกที่มีอายุมากกว่า 24 ชั่วโมง หลังคลอด หรือก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ตำแหน่งการวัด คือ บริเวณมือขวา (pre-ductal) และเท้าข้างใดข้างหนึ่ง (post ductal) พร้อมกันหรือตามลำดับภายในเวลาไม่เกิน 3 นาที โดยวางออกซิมิเตอร์โพพร (oximeter probe) ซึ่งเป็นตัวจับสัญญาณติดที่ผิวหนังบริเวณฝ่ามือขวาและฝ่าเท้าซึ่งเป็นตำแหน่งที่บางที่สุด โดยให้ส่วนที่ปล่อยแสงและตัวรับแสงอยู่ตรงข้ามกัน แล้วทำการอ่านผลเมื่อสัญญาณคงที่และมีคุณภาพดี (good perfusion index) การแปลผลการตรวจคัดกรองภาวะโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เป็นดังนี้<sup>6</sup> ได้แก่ ผลบวก (positive screening) คือ ค่าอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดน้อยกว่า 90% หรือ 90–94% โดยวัด 3 ครั้ง ห่างกัน 1 ชั่วโมง หรือค่าที่ต่างกันระหว่างมือขวากับเท้ามากกว่า 3% โดยวัด 3 ครั้ง ห่างกัน 1 ชั่วโมง ค่า Perfusion Index (PI) น้อยกว่า 0.7 % ผลลบ (negative screening) คือ ค่าอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 และค่าที่ต่างกันระหว่างมือขวากับเท้าน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 3 ค่า PI มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 0.7 ดังนั้นในการวัดออกซิเจนจาก pulse oximeter เพื่อตรวจคัดกรองภาวะโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เครื่อง pulse oximeter ที่จะใช้วัดต้องสามารถจับค่า PI ได้<sup>1,7,8,9,10</sup> โดยในขณะที่ตรวจต้องวางตำแหน่งของ oximeter probe เหมาะสมไม่แน่นหรือหลวมเกินไป ควรทำการวัดขณะที่ทารกสงบและอุณหภูมิร่างกายปกติ เพราะการร้องไห้หรือดิ้นมากอาจเกิดสัญญาณรบกวน และภาวะอุณหภูมิกายต่ำอาจส่งผลต่อค่า PI อย่างไรก็ดีตามการวัดค่าความอิ่มตัว

ของออกซิเจนในทารกแรกเกิดมักประสบปัญหาในทางปฏิบัติ เนื่องจากทารกมักจะดิ้นหรือเคลื่อนไหวขณะทำการวัด ทำให้ oximeter probe หลุดหรือเคลื่อนที่ ส่งผลให้การวัดใช้เวลานานและอาจได้ค่าที่คลาดเคลื่อน<sup>11</sup> นอกจากนี้ ยังพบว่าพยาบาลผู้ปฏิบัติงานมักเกิดความเครียดและความไม่พึงพอใจในการทำงานเนื่องจากต้องใช้เวลาในการวัดซ้ำหลายครั้ง<sup>12</sup>

โรงพยาบาลนครพนม เป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่รับรักษาทารกแรกเกิดป่วยทั้งที่คลอดที่โรงพยาบาลเองและรับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครพนม พบว่า มีการรับทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาบนหอทารกแรกเกิดป่วยที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในแต่ละปีมีมากกว่า ร้อยละ 45 และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นในทุก ๆ ปี จากสถิติ ในปี พ.ศ. 2563 – 2565 มีทารกที่ได้รับการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจำนวน ร้อยละ 48, 50 และ 51<sup>13</sup> ซึ่งทารกที่ได้รับการคัดกรองคือทารกคลอดก่อนกำหนดระยะปลาย (Late preterm) อายุครรภ์ 34–36 สัปดาห์ และทารกแรกเกิดที่ครบกำหนด ที่มีอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ขึ้นไป จากการพาดูนักศึกษาชั้นฝึกปฏิบัติงานที่หอทารกแรกเกิดป่วยเด็ก 2 พบว่า มีเครื่อง pulse oximeter ที่จะใช้วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนและสามารถจับค่า PI จำนวน 2 เครื่องซึ่งใช้มาเป็นระยะเวลานานแล้วทำให้ตัวยึด oximeter probe ชำรุด พยาบาลที่ปฏิบัติงานแก้ปัญหาโดยการนำเทปยึดหุ่่น (Coban) พันรอบตัว oximeter probe เพื่อวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ซึ่งปัญหาที่พบคือการยึดติดไม่กระชับทำให้ตัวจับสัญญาณส่วน

ที่ปล่อยแสงและตัวรับแสงของ oximeter probe ไม่ตรงกัน เครื่องไม่สามารถอ่านค่าได้ อีกทั้งบางครั้งทารกมีอุณหภูมิร่างกายต่ำมือเท้าเย็น จึงทำให้ค่า PI ไม่ดี พยาบาลต้องจับ oximeter probe ด้วยตนเองจนกว่าเครื่องจะอ่านค่าอิ่มตัวของออกซิเจน ซึ่งมักใช้เวลาอย่างมากกว่า 10 นาที ทำให้พยาบาลมีเวลาในการให้การพยาบาลอย่างอื่นกับทารกน้อยลง นอกจากนี้การใช้ Coban พันรอบ oximeter probe ยังมีต้นทุนที่สูง ใช้แล้วไม่สามารถนำกลับมาใช้ซ้ำได้ ทำให้เกิดการสิ้นเปลือง ดังนั้นทางกลุ่มผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนานวัตกรรม Casing sat สำหรับยึดตรึงสายวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ที่คาดว่าจะสามารถยึดตัวจับสัญญาณส่วนที่ปล่อยแสงและตัวรับแสงของ oximeter probe ให้ตรงกันวัสดุที่ใช้ช่วยเพิ่มความอบอุ่นทำให้การวัดค่าการไหลเวียนเลือดได้ดีขึ้นซึ่งจะช่วยลดระยะเวลาใช้ระยะเวลาในการตรวจคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในทารกลง นอกจากนี้ยังสามารถนำไปซักและนำกลับมาใช้ซ้ำได้ ลดการสิ้นเปลืองและน่าจะก่อให้เกิดความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้ นวัตกรรม Casing sat

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดระหว่างกลุ่มที่ใช้การวัดแบบเดิมและกลุ่มที่ใช้ นวัตกรรม Casing sat สำหรับถือสายวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน
2. ศึกษาความพึงพอใจของพยาบาล วิชาชีพหลังการใช้ นวัตกรรม Casing sat

**กรอบแนวคิดการวิจัย**

**กลุ่มควบคุม คัดกรองโรคหัวใจพิการตั้งแต่กำเนิดโดยการคัดกรองแบบเดิม**

1. วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดที่มือข้างขวา (Pre ductal) โดยการใช้เครื่อง Pulse oximeter ยี่ห้อ Ohmeda TuffSat โดยการวาง oximeter probe ให้อยู่ในตำแหน่งที่ตรงกัน พันยึดด้วย Coban จากนั้นจับระยะเวลาในการวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดของทารก
2. วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดที่เท้าของทารกข้างใดข้างหนึ่ง (Post ductal) โดยการใช้เครื่อง Pulse oximeter ยี่ห้อ Ohmeda TuffSat โดยการวาง oximeter probe ให้อยู่ในตำแหน่งที่ตรงกัน พันยึดด้วย Coban จากนั้นจับระยะเวลาในการวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดของทารก
3. บันทึกค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดที่ได้

→

- ระยะเวลาที่ใช้ในการวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในทารกแรกเกิด

**กลุ่มทดลอง คัดกรองโรคหัวใจพิการตั้งแต่กำเนิดโดยการใช้นวัตกรรม Casing sat**

1. วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดที่มือข้างขวา (Pre ductal) โดยการใช้เครื่อง Pulse oximeter ยี่ห้อ Ohmeda TuffSat โดยการวาง oximeter probe ให้อยู่ในตำแหน่งที่ตรงกัน พันยึดด้วยนวัตกรรม Casing sat จากนั้นจับระยะเวลาในการวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดของทารก
2. วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดที่เท้าของทารกข้างใดข้างหนึ่ง (Post ductal) โดยการใช้เครื่อง Pulse oximeter ยี่ห้อ Ohmeda TuffSat โดยการวาง oximeter probe ให้อยู่ในตำแหน่งที่ตรงกัน พันยึดด้วยนวัตกรรม Casing sat จากนั้นจับระยะเวลาในการวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดของทารก
3. บันทึกค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดที่ได้
4. ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ

→

- ระยะเวลาที่ใช้ในการวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในทารกแรกเกิด
- ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการใช้งาน

**สมมุติฐานการวิจัย**

1. ทารกกลุ่มที่ได้รับการคัดกรองโรคหัวใจพิการตั้งแต่กำเนิดโดยการใช้นวัตกรรม Casing sat ใช้ระยะเวลาในการวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนน้อยกว่ากลุ่มทารกที่ได้รับการพยาบาลรูปแบบเดิม

2. หลังการใช้นวัตกรรม Casing sat คัดกรองโรคหัวใจพิการตั้งแต่กำเนิดที่พัฒนาขึ้น พยาบาลวิชาชีพที่ใช้ใช้นวัตกรรม Casing sat มีความพึงพอใจในระดับมากขึ้นไปร้อยละ 80

**วิธีการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบมีกลุ่มควบคุมวัดหลังการทดลอง (Post-test only control group design) เพื่อศึกษาผลของการใช้นวัตกรรม Casing sat สำหรับถือคาสายวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในผู้ป่วยทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดเด็ก 2 โรงพยาบาลนครพนม

ระหว่างเดือนพฤษภาคม – กันยายน 2566

**ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม**

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ โรงพยาบาลนครพนม เลขที่อ้างอิง NP-EC11- 11/2566 ลงวันที่ 18 พฤษภาคม 2566 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยและได้ปฏิบัติตามหลักการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นทารกแรกเกิด ผู้วิจัยพบบิดามารดาของทารกแรกเกิดเพื่อขออนุญาตในการศึกษาวิจัย โดยอธิบายวัตถุประสงค์ และวิธีการดำเนินการวิจัย ซึ่งเป็นการศึกษาตามสภาพที่เป็นไปตามปกติของการดูแลทารกแรกเกิดต้องได้รับการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ผู้วิจัยไม่กระทำการใด ๆ ที่เป็นอันตรายต่อทารก แต่มีการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยใช้วิธีการคัดกรองรูปแบบเดิมที่ทางหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดเด็ก 2 ใช้ออยู่ ส่วนในกลุ่มทดลองทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดโดยใช้นวัตกรรม Casing sat ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

สำหรับลือคสายวัดค่าความอึดตัวของออกซิเจน ที่คาดว่า จะสามารถยึด oximeter probe ให้ตรงกัน วัสดุที่ใช้ช่วย เพิ่มความอบอุ่นทำให้การวัดค่าการไหลเวียนเลือดได้ดีขึ้น ซึ่งจะช่วยลดระยะเวลาในการตรวจคัดกรองโรคหัวใจพิการ แต่กำเนิดในทารก และไม่ให้เกิดอันตรายต่อทารก ในการวิจัยครั้งนี้ได้สอบถามความสมัครใจของบิดาหรือมารดา หรือผู้ปกครอง และชี้แจงถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ ในการเข้าร่วมงานวิจัย เมื่อบิดาหรือมารดาหรือผู้ปกครอง ยินยอม จึงมีการเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัย แจ้งให้บิดา หรือมารดา หรือผู้ปกครองทราบว่า สามารถยุติ การเข้าร่วมวิจัยเมื่อไรก็ได้ โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล ทารก ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม ไม่มีข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เป็น พยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลาในการทำวิจัย และชี้แจงถึงสิทธิในการตอบ รับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมงานวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับ ทราบ และระหว่างการเข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถถอนตัว ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ผลการ วิจัยนำเสนอในภาพรวม ไม่มีข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผย ตัวของกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ผู้วิจัยได้กำหนด ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

**กลุ่มที่ 1** ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ในหอผู้ป่วยเด็ก 2 โรงพยาบาลนครพนม จำนวน 11 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ในหอผู้ป่วยเด็ก 2 โรงพยาบาลนครพนม 2) มี ประสบการณ์ในการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดใน ทารกแรกเกิดมาไม่น้อยกว่า 1 ปี และ 3) ยินยอมเข้าร่วม วิจัยและใช้ที่สร้างขึ้นและยินยอมใช้นวัตกรรม Casing sat สำหรับลือคสายวัดค่าความอึดตัวของออกซิเจนในการคัด กรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในทารกแรกเกิด ขนาดของ กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพในการวิจัยครั้งนี้ใช้ประชากรที่ ปฏิบัติงานในหน่วยงานหมดทุกคน จำนวน 11 คน

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมโครงการ (Discontinuation criteria) คือ พยาบาลปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยต่อหลังจาก เข้าร่วมโครงการมาระยะหนึ่ง

**กลุ่มที่ 2** ประชากรคือ ทารกแรกเกิดที่ต้องได้รับการ คัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่หอผู้ป่วยเด็ก 2 โรงพยาบาลนครพนมระหว่างเดือน พฤษภาคม – กันยายน พ.ศ. 2566 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นทารกแรกเกิดที่เข้ารับ การรักษาที่หอผู้ป่วยเด็ก 2 โรงพยาบาลนครพนม ระหว่าง เดือน พฤษภาคม – กันยายน พ.ศ. 2566 2) มีอายุครรภ์ ตั้งแต่ 34 สัปดาห์ขึ้นไป 3) ไม่มีความผิดปกติของหัวใจและ ระบบทางเดินหายใจ ไม่มีภาวะหายใจลำบาก ขณะตรวจคัด กรองไม่มีการให้ออกซิเจน 4) มีอายุมากกว่า 24 ชั่วโมง อายุไม่เกิน 1 เดือน และ 5) บิดามารดายินยอมและอนุญาต ให้อนุตรเข้าร่วมการวิจัย

เนื่องจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ไม่ทราบจำนวนกลุ่ม ประชากร ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทารกแรกเกิดจึงคำนวณ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ G\*Power<sup>14</sup> กำหนดอำนาจ ในการทดสอบ (power of test) ที่ระดับ 0.95 กำหนด ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และจากการทบทวน วรรณกรรมการหาค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ที่คล้าย กับงานวิจัยในครั้งนี้<sup>15</sup> ในการศึกษาประสิทธิผลของ นวัตกรรมปลอกหุ้มสายวัดค่าความอึดตัวของออกซิเจนใน ทารก ได้ค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 1.26 ได้ขนาดกลุ่ม ตัวอย่างจำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 15 ราย (ได้ รับการตรวจคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดแบบเดิมคือ ใช้ Coban พันรอบ Probe sensor เป็นตัวยึด) และกลุ่ม ทดลอง 15 ราย (ได้รับการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยใช้โดยใช้นวัตกรรม Casing sat สำหรับลือคสายวัดค่า ความอึดตัวของออกซิเจนที่พัฒนาขึ้น)

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยการสุ่มสลากหมายเลข 1 เข้ากลุ่มควบคุม สลาก หมายเลข 2 เข้ากลุ่มทดลอง จับสลากขึ้นมา ถ้ากลุ่มตัวอย่าง ได้สลากกลุ่มใดก็จะได้รับการทดลองด้วยวิธีการทดลองของ กลุ่มนั้นจนครบกลุ่มละ 15 ราย

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมโครงการ (Discontinuation criteria) คือ อายุเกิน 1 เดือน มีภาวะหายใจลำบากต้อง กลับมาให้ออกซิเจน ผู้ป่วยย้ายตึก และบิดาหรือมารดาไม่ ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของ พยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ ในการตรวจคัดกรองทารกแรกเกิด และประสบการณ์ การทำงานในหอผู้ป่วย 2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของทารกแรกเกิด ประกอบด้วย เพศ อายุครรภ์ อายุขณะคัดกรอง และ 3) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ ต่อการใช้นวัตกรรม Casing sat ในการตรวจคัดกรองโรค หัวใจในทารกแรกเกิด ประกอบด้วย คำถามเรื่อง (1) ด้าน การใช้ประโยชน์ได้จริง (2) ด้านความปลอดภัย (3) ด้าน ความสะดวก (4) ด้านความสบาย (5) ด้านความสวยงาม และ (6) ด้านความคุ้มค่าคุ้มทุน เป็นแบบประเมินชนิดมาตร ปริมาณ ค่า 5 ระดับ (Rating scale) ตั้งแต่พึงพอใจระดับ น้อยที่สุด (1 คะแนน) จนถึงพึงพอใจมากที่สุด (5 คะแนน) โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00–1.49 หมายถึง พึงพอใจระดับน้อยที่สุด 1.50–2.49 หมายถึง พึงพอใจระดับน้อย 2.50–3.49 หมายถึง พึงพอใจ ระดับปานกลาง 3.50–4.49 หมายถึง พึงพอใจระดับมาก และระดับคะแนน 4.50–5.00 หมายถึง พึงพอใจระดับมากที่สุด<sup>16</sup>

ภาพที่ 1 นวัตกรรม Casing sat



ฟอโฟม (PE FOAM)



ผ้าไมโครไฟเบอร์ด้านนอกและด้านใน



นวัตกรรม Casing Sat

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยเครื่องวัด ออกซิเจนในเลือด (Pulse oximeter screening) เป็น เครื่องที่ใช้ในตึกเด็ก 2 โรงพยาบาลนครพนม ได้รับการตรวจสอบคุณภาพโดยการสอบเทียบ (calibrate) จากช่างบริษัท ทุก 6 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผ่านการตรวจสอบ ความตรงของเนื้อหา (Content

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ 1) เครื่องวัด ออกซิเจนในเลือด (Pulse oximeter screening) ยี่ห้อ Ohmeda TuffSat ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้เครื่องชนิดเดียวกันนี้กับ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม 2) นวัตกรรม Casing sat สำหรับ ล็อกสายวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนที่ใช้ยี่ห้อ oximeter probe ให้ตรงกัน ซึ่งมีลักษณะเป็นรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้า มี ทั้งหมด 3 ชั้น โดยชั้นที่ 1 คือด้านในที่จะสัมผัสกับผิวของ ทารกโดยตรงประกอบด้วยผ้าไมโครไฟเบอร์ซึ่งคุณสมบัติที่ ต้องการคือ เป็นผ้าที่มีเส้นใยเล็กและละเอียดมาก มีความ นุ่มและไม่ทำลายพื้นผิว ไม่สร้างริ้วรอย การระบายอากาศ ได้ดีและแห้งอย่างรวดเร็วทำให้ไม่เกิดกลิ่นอับสามารถใช้กับ ทารกได้อย่างปลอดภัยไม่ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อผิวของ ทารก กับยางยึดที่ใช้รัด oximeter probe ให้ตำแหน่งตรง กัน ชั้นที่ 2 ใช้เป็นฉนวนกันความร้อนฟอโฟม (PE FOAM) เพื่อช่วยให้เกิดความอบอุ่นแก่ผิวทารกทำให้อ่านค่าทำให้ ได้ค่า PI ที่ดี อ่านค่า O<sub>2</sub> sat ได้เร็วขึ้น และชั้นที่ 3 คือ ด้าน นอกประกอบด้วยผ้าไมโครไฟเบอร์กับตีนตุ๊กแกหรือแถบ เวลโครที่ใช้ยึดติดไม่ให้เลื่อนหลุดโดยทำเป็น 3 ขนาด คือ ใหญ่ กลาง เล็ก และเลือกใช้ให้เหมาะสมกับทารก และ 3) เทปพันยึดหยุ่นได้ชนิดมีกาวในตัว (Coban) ที่ใช้พันเพื่อ ยึด oximeter probe ในกลุ่มควบคุม

Validity) โดยผู้ทรง คุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์ พยาบาลผู้มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในการดูแล ทารกแรกเกิด ป่วย 1 ท่าน พยาบาลผู้ชำนาญการผู้ดูแล ทารกแรกเกิด ป่วย 2 ท่าน ภายหลังจากผ่านการตรวจสอบ จากผู้ทรง คุณวุฒิแล้ว นำมาคำนวณหาค่าดัชนีความ สอดคล้อง (IOC: Index of consistency) มีค่าเท่ากับ 0.80 โดยผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้ทรง คุณวุฒิแนะนำ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำนวัตกรรมนวัตกรรม Casing sat ไป

ให้พยาบาลวิชาชีพที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วยโรงพยาบาลนครพนม ทดลองใช้กับทารกแรกเกิดที่ต้องมีการตรวจคัดกรองโรคหัวใจที่จำนวน 10 ราย และนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้ KR-20 (Kuder-Richardson) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.92 ส่วนแบบประเมินความพึงพอใจ นำมาคำนวณหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.88

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับความเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย คณะผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลในวันที่ 24 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 โดยก่อนเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองผู้วิจัยประชุมชี้แจงแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นแก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดเด็ก 2 โรงพยาบาลนครพนมทุกคน อธิบายเกี่ยวกับการใช้แนวนวัตกรรม Casing sat รวมทั้งการสาคิตและสาคิตย้อนกลับ เทคนิควิธีการใช้แก่พยาบาลในหน่วยงานทุกคน คณะผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายการดำเนินการเก็บข้อมูล การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยอนุญาตและ ผู้วิจัยได้ดำเนินการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมคือกลุ่มที่ได้รับการคัดกรองโรคหัวใจพิการตั้งแต่กำเนิดโดยการใช้การคัดกรองแบบเดิม ส่วนกลุ่มทดลองคือกลุ่มที่การคัดกรองโรคหัวใจพิการตั้งแต่กำเนิดโดยการใช้โดยการใช้ นวัตกรรม Casing sat โดยการสุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มด้วยการจับสลากโดยการสุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มด้วยการจับสลาก ถ้าจับได้สลากหมายเลข 1 จัดเข้าสู่กลุ่มควบคุม และถ้าจับสลากได้หมายเลข 2 จัดเข้าสู่กลุ่มทดลอง ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังใช้นวัตกรรม Casing sat

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนาโดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มของทารก ได้แก่ เพศ อายุครรภ์ อายุทารกขณะคัดกรอง โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test)
2. เปรียบเทียบระยะเวลาในการวัดความอิมตัวออกซิเจนในทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหัวใจพิการ แต่กำเนิดระหว่างกลุ่มที่วัดความอิมตัวของออกซิเจนแบบเดิมและกลุ่มที่ใช้ นวัตกรรม Casing sat สำหรับลือคสายวัดค่าความอิมตัวของออกซิเจนโดยใช้สถิติ Independent t-test
3. วิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้นวัตกรรม Casing sat สำหรับลือคสายวัดค่าความอิมตัวของออกซิเจนโดยใช้ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด เป็นเพศหญิง และจบการศึกษาระดับปริญญาตรี ส่วนมากอายุ 20-30 ปี (ร้อยละ 62.5) มีประสบการณ์ในการทำงานในหอผู้ป่วยเด็ก 2 มากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 62.5) ตามประสบการณ์ในการคัดกรองโรคหัวใจพิการ มากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 62.5)
2. ข้อมูลส่วนบุคคลของทารกของกลุ่มควบคุมส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53.33) อายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์ (ร้อยละ 66.66) อายุขณะคัดกรอง 1 วัน (ร้อยละ 53.33) ส่วนกลุ่มทดลองส่วนมากเป็นเพศชาย (ร้อยละ 60.00) อายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์ (ร้อยละ 60.00) อายุขณะคัดกรอง 1 วัน (ร้อยละ 80.00) เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มโดยการทดสอบไคสแควร์ พบว่า ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุม (n = 15) และกลุ่มทดลอง (n = 15)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		$\chi^2$	p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>เพศ</b>					0.133	0.715
ชาย	7	46.67	9	60.00		
หญิง	8	53.33	6	40.00		
<b>อายุครรภ์(สัปดาห์)</b>					0.384	0.836
34-36	10	66.66	9	60.00		
37- 40	4	26.67	4	26.67		
> 40	1	6.67	2	13.33		
<b>อายุขณะคลอด (วัน)</b>					0.686	0.423
1	8	53.33	12	80.00		
2-3	4	26.67	2	13.33		
4-5	0	0	0	0		
> 5	3	20.00	1	6.67		

\* กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระยะเวลา (นาที) ในการวัดความอึดตัวของออกซิเจนในทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาในการวัด (Mean = 11.82, S.D. = 6.46) นานกว่ากลุ่มทดลอง (Mean = 8.72, S.D. = 2.73) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.012) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระยะเวลาในวัดค่าความอึดตัวของออกซิเจนระหว่างกลุ่มควบคุม (n = 15) และกลุ่มทดลอง (n = 15)

ระยะเวลาในวัดค่าความอึดตัวของออกซิเจน (นาที)	Mean	S.D.	t	p-value*
กลุ่มควบคุม (วัดความอึดตัวของออกซิเจนแบบเดิม)	11.82	6.46	1.71	0.012
กลุ่มทดลอง (วัดความอึดตัวของออกซิเจนโดยใช้วัตกรรม Casing sat)	8.72	2.73		

\* กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. ผลการศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลพยาบาลพบว่า พยาบาลวิชาชีพมากกว่าร้อยละ 80 มีความพึงพอใจวิชาชีพหลังใช้วัตกรรม Casing sat สำหรับถือสายวัดค่าความอึดตัวของออกซิเจนในทารกแรกเกิดพัฒนาขึ้นในระดับมากถึงมากที่สุดทุกด้าน โดยมีคะแนนความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ดังตาราง 3

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังใช้นวัตกรรม Casing sat สำหรับลือคสายวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในทารกแรกเกิด (n = 11)

รายการประเมิน	จำนวนพยาบาล (n = 11)					คะแนนความพึงพอใจ			ระดับความพึงพอใจ
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	Mean	S.D.	ร้อยละ	
ด้านการใช้ประโยชน์ได้จริง	-	-	-	1	10	4.90	0.31	90.90	มากที่สุด
ด้านความปลอดภัย	-	-	-	2	9	4.81	0.41	81.80	มาก
ด้านความสะดวก	-	-	-	2	9	4.81	0.41	81.80	มาก
ด้านความสบาย	-	-	-	2	9	4.81	0.41	81.80	มาก
ด้านความสวยงาม	-	-	-	2	9	4.81	0.41	81.80	มากที่สุด
ด้านความคุ้มค่า คุ่มทุน	-	-	-	1	10	4.90	0.31	90.90	มากที่สุด
รวม						4.85	0.37	86.39	มากที่สุด

### วิจารณ์และสรุป

จากผลการศึกษาที่พบว่า 1) ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาในการวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดระหว่างกลุ่มที่วัดความอิ่มตัวของออกซิเจนแบบเดิมและกลุ่มที่ใช้นวัตกรรม Casing sat สำหรับลือคสายวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน พบว่าหลังการทดลองกลุ่มที่ใช้นวัตกรรม Casing sat ใช้ระยะเวลาในการวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนความอิ่มตัวของออกซิเจนต่ำกว่ากลุ่มที่วัดแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 2) หลังการใช้นวัตกรรม casing sat ที่พัฒนาขึ้นพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุดโดยมีคะแนนรวมอยู่ในระดับมากที่สุด สามารถอธิบายได้ว่านวัตกรรม Casing sat สำหรับลือคสายวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีลักษณะเป็นรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้า มีทั้งหมด 3 ชั้น โดยชั้นที่หนึ่ง คือ ด้านในที่สัมผัสกับผิวของทารกโดยตรงประกอบด้วยผ้าไมโครไฟเบอร์กับยางยืดที่รัด oximeter probe ให้ตำแหน่งตรงกัน เมื่อตำแหน่งตรงกันจึงสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการอ่านค่าของเครื่องให้มากขึ้น ทำให้ระยะเวลาการอ่านค่าลดลงและพยาบาลไม่ต้องเสียเวลาในการมาขึ้นจับ ชั้นที่สองใช้ฟิวโฟม (PEFOAM) ใช้เป็นฉนวนกันความร้อน และชั้นที่สาม ด้านนอกประกอบด้วยผ้าไมโครไฟเบอร์ซึ่งเพื่อให้ผิวหนังทารกอบอุ่นจะช่วยให้การไหลเวียนเลือด (Perfusion index: PI) ดีขึ้น ด้านนอกสุดเป็นตีนตุ๊กแกหรือแถบเวลโครที่ใช้ยึดติดไม่ให้เลื่อนหลุด ทำให้ oximeter probe ที่จะใช้วัดกระชับมากขึ้นไม่มีการคลายตัวระหว่างวัด ทำให้ระยะเวลาการอ่านค่า

ลดลงและพยาบาลไม่ต้องเสียเวลาในการมาขึ้นจับ ทำให้มีเวลาทำกิจกรรมในการให้การพยาบาลอย่างอื่นได้ พยาบาลวิชาชีพที่ใช้นวัตกรรมจึงมีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด โดยเฉพาะด้านการใช้ประโยชน์ได้จริง ด้านความสวยงามและด้านการคุ่มค่าคุ่มทุน เนื่องจากนวัตกรรมนี้สามารถนำมาใช้วัดความอิ่มตัวของออกซิเจนได้จริง ถ้าสกปรกสามารถเอาไปซักและนำกลับมาใช้ซ้ำได้ แทนการใช้เทปพันยึดหุ่ยน (Coban) ซึ่งถ้าหากว่าพันไม่กระชับหรือต้องมีการเปลี่ยนตำแหน่งใหม่จะต้องมีการตัดเทปพันยึดหุ่ยนชั้นใหม่มาใช้ทำให้เกิดการสิ้นเปลือง นอกจากนั้นการใช้นวัตกรรม Casing Sat สามารถพันแทนเทปพันยึดหุ่ยนได้ โดยไม่ต้องพันให้แน่นมากเกินไป เนื่องจากมีชิ้นส่วน เช่น ตีนตุ๊กแก ช่วยยึด เพื่อที่จะเกิดประโยชน์กับเนื้อเยื่อบริเวณนั้น เช่น นิ้วเท้า ไม่เกิดการรัดแน่นจนอาจจะเกิดการขาดเลือดมาเลี้ยง หรือเกิดการบาดเจ็บจากความร้อนเนื่องจาก oximeter probe มีแสงสีแดงที่มือนูภาคของแสงที่สามารถเกิดความร้อนได้ นวัตกรรมใช้ผ้าไมโครไฟเบอร์ที่ระบายอากาศความร้อนได้ดีซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของรรชนี ชัยประเดิมศักดิ์<sup>15</sup> ที่ได้ศึกษาถึงประสิทธิผลของนวัตกรรม Sandwich sat ซึ่งเป็นปลอกหุ้มสายวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในทารกที่ทำจากผ้าที่มีความนิ่มแทนเทปพันยึดหุ่ยน (Coban) โดยพันใช้สายรัดที่ยึดตีนตุ๊กแกพร้อมยางยืดด้านนอกรัดเพื่อให้ตัวจับค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนแนบกับผิวหนังพอดีโดยไม่ต้องใช้แรงกดที่อาจทำให้เกิดแผลที่ผิวหนัง พร้อมทั้งสามารถให้ความอบอุ่นกับผิวหนัง พบว่า ประสิทธิภาพตามการรับรู้ของพยาบาล

ทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ด้านการใช้งาน 2) ด้านความปลอดภัย 3) ด้านรูปแบบนวัตกรรม และ 4) ด้านความคุ้มค่า เศรษฐกิจ อยู่ในระดับมาก และยังคงสอดคล้องกับงานวิจัยของมารศรี ศิริสวัสดิ์<sup>17</sup> ที่ได้พัฒนานวัตกรรมการใช้ผ้าห่อชนิดๆ พืชตัวเหลืองในทารกคลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการรักษาโดยการส่องไฟพบว่า ทารกที่ใช้นวัตกรรมผ้าชนิดๆ พืชตัวเหลืองมีระดับบิลิรูบินลดลงเร็วและสามารถหยุดการส่องไฟได้เร็วกว่ากลุ่มที่ใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูปทั่วไป

#### ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรสนับสนุนให้มีการนำนวัตกรรมไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในการวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในผู้ป่วยทารก โดยทำให้มี

หลายขนาดเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

2. ด้านวิจัย ควรมีการพัฒนานวัตกรรมให้สามารถนำมาใช้ในการ monitor saturation ผู้ป่วยทารกที่ต้องมีการ monitor saturation ตลอดเวลา โดยป้องกันไม่ให้ผิวหนังถูกทำลายหรือเกิดแผลกดทับในระยะยาว

#### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รวมทั้งให้คำแนะนำในการแก้ไขข้อบกพร่อง เพื่อพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยอย่างมีประสิทธิภาพ และขอขอบคุณ กลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือจนการวิจัยครั้งนี้สำเร็จ ลุล่วงด้วยดี

#### เอกสารอ้างอิง

1. เกตน์นิภา สินสุพรรณ. ความแม่นยำในการใช้เครื่องวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด เพื่อคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรงในทารกแรกเกิด ที่จังหวัดบุรีรัมย์ระหว่างปี พ.ศ. 2561–2564. ศรีนครินทร์เวชสาร 2565; 37(6):576–587.
2. จริยา ยงค์ประดิษฐ์. การคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดวิกฤตในทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม. ว. แพทย์เขต 4–5 2559;35(4):249–258.
3. Bakker MK, Bergman JE, Krikov S, Amar E, Cocchi G, Cragan J, et al. Prenatal diagnosis and prevalence of critical congenital heart defects: an international retrospective cohort study. *BMJ Open* 2019;9(7):e028139.
4. Plana MN, Zamora J, Suresh G, Fernandez-Pineda L, Thangaratinam S, Ewer AK. Pulse oximetry screening for critical congenital heart defects [Internet]. 2018 [cited 2024 Apr 25]. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011912.pub2/full>
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ การจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายของการตรวจคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรงในทารกแรกเกิดด้วยเครื่อง Pulse oximeter ให้เป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 21 สิงหาคม 2567] เข้าถึงได้จาก: [https://www.hitap.net/wpcontent/uploads/2023/03/Finalreport\\_UCBP65\\_rapidreview\\_Pulse-oximeter.pdf](https://www.hitap.net/wpcontent/uploads/2023/03/Finalreport_UCBP65_rapidreview_Pulse-oximeter.pdf).
6. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP). เพิ่มสิทธิคัดกรอง ‘โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรง’ ในทารกด้วยเครื่อง ‘pulse oximeter’ พร้อมรักษาชีวิตเด็กแรกเกิดทั่วประเทศ. Policy Brief 2566;11(151):1–4.
7. ญัฐธนิชา ศรีบุญวัฒน์. การพยาบาลเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด. พยาบาลสาร 2562;46(พิเศษ): 128–138.
8. เกวลี ธรรมจรัสศรี, และวาสนา ปรางวัฒนากุล. การคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรงในทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลพระปกเกล้าโดยใช้เครื่องวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดทางผิวหนัง. ว. ศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2562;2(36):134–141.

9. Amsbaugh S, Scott SD, Foss K. Pulse oximeter screening for critical congenital heart disease: Bringing evidence into practice. *Journal pediatric nursing* 2015;30(4):591–597.
10. Martin GR, Ewer AK, Gaviglio A, Hom LA, Saarinen A, Sontag M, et al. Updated strategies for pulse oximetry screening for critical congenital heart disease. *Pediatrics* 2020;146(1): e2019165.
11. Thangaratinam S, Brown K, Zamora J, Khan KS and Ewer AK. Pulse oximetry screening for critical congenital heart defects in asymptomatic newborn babies: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2012; 374(9835):2459–2464.
12. Narayen IC, Narayen IC, Blom NA, Bourgonje MS, Haak MC, Bruijn M et al. Pulse Oximetry Screening for Critical Congenital Heart Disease after Home Birth and Early Discharge. *Journal Pediatric* 2016;188:192.e1
13. โรงพยาบาลนครพนม. หอผู้ป่วยเด็ก 2 สถิติทารกแรกเกิดที่ต้องคัดกรองโรคหัวใจปี พ.ศ. 2563–2565. นครพนม: โรงพยาบาลนครพนม; 2565.
14. นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ, วัชรินทร์ สาตร์เพ็ชร, และญาดา นภาอารักษ์. การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G\*POWER. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 21 สิงหาคม 2567] เข้าถึงได้จาก: <https://bri.mcu.ac.th/wp-content>
15. รัชณี ชัยประเดิมศักดิ์ และนันทพร พรธีระภัทร ระบุผลของนวัตกรรมปลูกหุ้มสายวัดค่าความอืดตัวของออกซิเจนในทารก. *พยาบาลสาร* 2560;2(44):94–102.
16. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2560.
17. มารศรี ศิริสวัสดิ์ อภิลิทธิ์ ฉกรรจศิลป์ และสายพิรุณ ช่วยคุณ. ผลของการใช้ผ้าห่อนิดๆพิชิตตัวเหลืองและการใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ต่อระดับบิลิรูบินในทารกคลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการรักษาโดยการส่องไฟ. *ว. โรงพยาบาลสกลนคร* 2561;21(3):43–53.

## การพัฒนาเครือข่ายพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จังหวัดสกลนคร

วชิรา จันทามิ พย.บ.\*

ทัศนีย์ แดขุนทด พย.ม.\*\*

อุไรวรรณ ศรีดามา ส.ม.\*\*

สายทิพย์ ไชยรา พย.ม.\*\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครือข่ายพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จังหวัดสกลนคร และศึกษาผลลัพธ์ภายหลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง จากโรงพยาบาลสกลนครและโรงพยาบาลเครือข่าย 18 แห่ง ประกอบด้วย 1) กลุ่มพัฒนาเครือข่าย ได้แก่ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง รวมจำนวน 37 คน 2) พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 20 คน และ 3) กลุ่มผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 200 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 100 คน ได้รับการพยาบาลโดยใช้รูปแบบพยาบาลผู้จัดการรายกรณี และกลุ่มควบคุม 100 คน ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดำเนินการวิจัย 6 ขั้นตอน ระหว่างเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2566 – พฤษภาคม พ.ศ. 2567 เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบประเมินการปฏิบัติตามการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลผู้จัดการรายกรณี แนวทางการนิเทศเครือข่าย เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสนทนากลุ่ม แบบเก็บรวบรวมข้อมูล แบบประเมินสมรรถนะ แบบนิเทศทางคลินิก และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน independent t-test และ paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า 1) เครือข่ายพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จังหวัดสกลนคร มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ สมรรถนะพยาบาลผู้จัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน รูปแบบพยาบาลผู้จัดการรายกรณี และการนิเทศทางคลินิกในระดับเครือข่าย ทำให้มีการปฏิบัติตามแนวทางเดียวกัน และ 2) หลังการพัฒนาเครือข่ายฯ พบว่า ผู้ป่วยได้รับการการรักษาตามมาตรฐานเพิ่มขึ้น เข้าถึงบริการในเวลาที่ยรวดเร็ว และได้รับการเปิดขยายหลอดเลือด อุดกัตการณเหตุการณไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนา ( $p < 0.05$ )

**คำสำคัญ:** เครือข่ายพยาบาล พยาบาลผู้จัดการรายกรณี สมรรถนะพยาบาล ภาวะ STEMI

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสกลนคร

\*\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสกลนคร

\*\*\* พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสกลนคร

## The Development of Network of Case Manager Nurse for Patients with ST Elevation Myocardial Infarction in Sakon Nakhon Province

Wachira chantamee B.N.S.\*

Tasanee Daekhunthod M.N.S.\*\*

Uraivan Sridama M.P.H.\*\*

Saithip chaiyara M.N.S.\*\*\*

### *Abstract*

This research and development aimed to develop a network of case manager nurses taking care of patients with acute myocardial infarction, and to study outcomes after development. The sample groups were selected by purposive sampling according to the specified qualifications from Sakon Nakhon hospital and 18 network hospitals consisted of 1) network development group, 37 nursing executives and advanced practice nurses, 2) 20 registered nurse assigned for caring patients with acute myocardial infarction and 3) 200 patients with acute myocardial infarction divided into experimental groups (100 patients received nursing care using the nurse case manager model) and control group (100 patients received standard nursing care). The research was performed in 6 steps from August 2023 to May 2024. The research tools included the practice assessment form for developing care model for patients with acute myocardial infarction, developing the competencies of case manager nurses and network supervision. Data collection tools included focus groups, data collection form, competency assessment form, clinical supervision plan, and satisfaction assessment form. Data were analyzed by using the frequency, percentage, mean, standard deviation, independent t-test, and paired t-test.

The results of the study found that 1) the Sakon Nakhon province's network of nurse case manager for taking care of patients with acute myocardial infarction consisted of 3 components including the nurse case manager competency, case manager nurse model and network clinical supervision, resulting in the same guideline following and 2) after model development, most patients received standard treatment, got access to services in a timely manner and received angioplasty. The incidence of patient adverse event statistically significant decreased compared to that before model development ( $p < 0.05$ ).

**Keywords:** Nursing network, Case management nurse, Nursing competency, ST-elevation myocardial infarction

---

\* Registered Nurse (Professional Level), Department of Nursing, Sakon Nakhon Hospital

\*\* Registered Nurse (Senior Professional Level), Department of Nursing, Sakon Nakhon Hospital

\*\*\* Registered Nurse (Expert Level), Department of Nursing, Sakon Nakhon Hospital

## บทนำ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ST Elevation Myocardial Infarction; STEMI) เป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่คุกคามชีวิต ต้องได้รับการจัดการที่รวดเร็ว ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ซึ่งการรักษาที่ทันท่วงทีจะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้ และสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น<sup>1</sup> จากข้อมูลพบว่าทั่วโลกผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 12–15 ในช่วง 30 วันแรกหลังการวินิจฉัย<sup>2</sup> ในประเทศไทยพบว่า อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอยู่ที่ประมาณร้อยละ 10<sup>3</sup> ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในโรงพยาบาลสกลนครที่พบว่า ในปี พ.ศ. 2563 – 2565 มีผู้ป่วยจำนวน 179, 200 และ 206 ราย ตามลำดับ อัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 10.61, 10.50 และ 9.22 ตามลำดับ<sup>4</sup> ผู้วิจัยจึงได้มีการทบทวนพบว่า เกิดจากผู้ป่วยเข้าถึงบริการล่าช้าร้อยละ 45.50 บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินล่าช้าร้อยละ 40.45 และระบบการส่งต่อล่าช้าร้อยละ 48.65<sup>4</sup> และยังพบว่า เครื่องมือบางแห่งไม่มีผู้รับผิดชอบโดยตรง ขาดผู้ประสานงานในการเชื่อมโยงระหว่างสหสาขาวิชาชีพ แนวทางการดูแลผู้ป่วยมีความหลากหลายและไม่เป็นแนวทางเดียวกัน

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเนื่องจากมีความเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยในทุกๆ ระยะ ตั้งแต่ระยะก่อนมาโรงพยาบาล การให้ความรู้ผู้ป่วยเรื่องโรค ความรุนแรง อาการและการจัดการกับอาการ การนำส่งโรงพยาบาล จนถึงระยะรับไว้ในโรงพยาบาล จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าการนำรูปแบบการจัดการรายกรณี (Case management) มาใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI<sup>5,6</sup> ผลการพัฒนาทำให้ได้แนวปฏิบัติของทีมในการดูแลผู้ป่วย และทีมมีความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีของอยู่ในระดับมาก จึงเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ได้แก่ ค่าเฉลี่ยวันนอนโรงพยาบาลลดลง ค่าเฉลี่ยระยะเวลาจากผู้ป่วยมาโรงพยาบาลจนได้รับยาลดลง<sup>5,6</sup> การศึกษาการพัฒนาเครือข่ายพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาลหลังการพัฒนา

เครือข่าย<sup>7,8</sup> พบว่า หลังการพัฒนาเครือข่ายเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยเช่นกัน แต่การศึกษาการพัฒนาเครือข่ายดังกล่าว ยังไม่ได้นำรูปแบบการจัดการรายกรณีมาช่วยในการพัฒนา จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีและเครือข่ายช่วยทำให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทีมดูแลผู้ป่วยร่วมกันแก้ไขปัญหา ประเมินและติดตามผลลัพธ์ทางด้านผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาการพัฒนาเครือข่ายพยาบาลผู้จัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันให้ครอบคลุมทั้งเครือข่าย

โรงพยาบาลสกลนคร มีการพัฒนาพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการรายกรณีของ Powel<sup>9</sup> มาเป็นแนวทางในการจัดการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น อัตราการเสียชีวิตลดลง แต่ยังไม่ได้มีการพัฒนาไปยังเครือข่ายจังหวัดสกลนคร ผู้วิจัยมองเห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีประสิทธิภาพ เชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยในแต่ละระยะ และกับหน่วยบริการทุกระดับในเครือข่าย<sup>10</sup> จึงศึกษาการพัฒนาเครือข่ายพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจังหวัดสกลนคร โดยคาดหวังว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ดี

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาเครือข่ายพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จังหวัดสกลนคร
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ภายหลังการพัฒนาเครือข่ายพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จังหวัดสกลนคร

## วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development)<sup>11</sup> ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาการพัฒนาเครือข่ายการพยาบาล 2) ออกแบบการพัฒนาเครือข่าย 3) ทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาเครือข่าย 4) ปรับปรุงแนวทางการพัฒนาเครือข่าย

5) ดำเนินการพัฒนาเครือข่าย และ 6) ประเมินผลสัมฤทธิ์การพัฒนาเครือข่าย สถานที่ศึกษา คือ โรงพยาบาลสกลนคร และโรงพยาบาลเครือข่าย 18 แห่ง ในจังหวัดสกลนคร ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน สิงหาคม พ.ศ.2566– พฤษภาคม พ.ศ.2567

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มเป้าหมาย

การวิจัยนี้ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสกลนคร เลขที่เอกสารรับรอง COA/1 No.007/2566 ลงวันที่ 11 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 การนำเสนอข้อมูลและการรายงานผลการวิจัยทำในภาพรวมเท่านั้น ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกรายได้รับการชี้แจงและขอความยินยอมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร พร้อมทั้งชี้แจงถึงสิทธิในการปฏิเสธหรือบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลและไม่เกิดผลกระทบใดๆ รวมถึงไม่กระทบต่อการรักษาพยาบาลที่พึงได้รับ

### ประชากร ประกอบด้วย

1. ผู้บริหารทางการแพทย์ โรงพยาบาลสกลนคร และโรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัดสกลนคร 18 แห่ง ในระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 – พฤษภาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 37 คน

2. พยาบาลผู้จัดการรายกรณี โรงพยาบาลสกลนคร และโรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัดสกลนคร 18 แห่ง ในระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 – พฤษภาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 20 คน

3. ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสกลนคร และรับส่งต่อจากโรงพยาบาลเครือข่าย 18 แห่ง ในจังหวัดสกลนคร ได้แก่ โรงพยาบาลสว่างแดนดิน โรงพยาบาลวานรนิวาส โรงพยาบาลโคกศรีสุพรรณ โรงพยาบาลอากาศอำนวย โรงพยาบาลพังโคน โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร โรงพยาบาลพระอาจารย์มั่น ภูริทัตโต โรงพยาบาลวาริชภูมิ โรงพยาบาลคำตากล้า โรงพยาบาลส่องดาว โรงพยาบาลเจริญศิลป์ โรงพยาบาลนิคมน้ำอุ่น โรงพยาบาลเต่างอย โรงพยาบาลกุสุมาลย์ โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร โรงพยาบาลกุดบาก โรงพยาบาลโพนนาแก้ว และโรงพยาบาลค่ายกษัตริย์สระรา ในระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 – พฤษภาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 520 คน

### กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการการพัฒนา และการประเมินผลสัมฤทธิ์คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

1.1 ผู้บริหารทางการแพทย์ ได้แก่ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ทั้งในโรงพยาบาลสกลนครและโรงพยาบาลเครือข่ายสกลนคร 18 แห่ง จำนวนรวม 37 คน มีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านบริหารการพยาบาล คือ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้างานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน และเป็นพยาบาลวิชาชีพที่จบเฉพาะทางสาขาการพยาบาลโรคหัวใจและหลอดเลือดปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสกลนคร และโรงพยาบาล 18 แห่งในเครือข่ายจังหวัดสกลนคร ในช่วงเวลาศึกษาวิจัย และ 2) ยินดีเข้าร่วมการศึกษาค้นคว้าวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ ป่วยร้ายแรง ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมวิจัย และเกณฑ์การยุติจากการศึกษา (Discontinuation Criteria) คือ ย้ายหรือปรับเปลี่ยนงานที่ได้รับมอบหมาย เกษียณอายุราชการในช่วงเวลาที่ศึกษาวิจัย ปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมต่อหรือเสียชีวิต

1.2 พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ทั้งในโรงพยาบาลสกลนครและโรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัดสกลนคร 18 แห่ง จำนวนรวม 20 คน มีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่จบเฉพาะทางสาขาการพยาบาลโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลสกลนครและโรงพยาบาลเครือข่าย 18 แห่ง ในช่วงเวลาที่ศึกษาวิจัย และ 2) ยินดีเข้าร่วมการศึกษาค้นคว้าวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ ป่วยร้ายแรงไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมวิจัยต่อ และเกณฑ์การยุติจากการศึกษา คือ ย้ายหรือปรับเปลี่ยนงานที่ได้รับมอบหมายหรือเกษียณอายุราชการในช่วงเวลาที่ศึกษาวิจัย

2. กลุ่มผู้ป่วยในการประเมินผลสัมฤทธิ์ คือ ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสกลนครและโรงพยาบาล 18 แห่ง ในเครือข่ายจังหวัดสกลนคร จำนวน 200 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากค่าขนาดอิทธิพลของการวิจัยแบบสองกลุ่ม จากการทบทวนวรรณกรรมของภัทรานิษฐ์ เหมาะทอง และคณะ โดยใช้สูตร Taro Yamane<sup>12,13</sup> การสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มใช้

วิธีจับสลากแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (ได้รับการพยาบาลรูปแบบพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน) จำนวน 100 คน และกลุ่มควบคุม (ได้รับการพยาบาลปกติตามมาตรฐานของโรงพยาบาล) จำนวน 100 คน

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย จากสูตรของ Taro Yamane<sup>12, 13</sup>

$$n = \frac{N}{1+N*(e)^2}$$

n – the sample size (ขนาดกลุ่มตัวอย่าง)

N – the population size (N = 520)

e – the acceptable sampling error (ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับ e = 0.5)

ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 250 คน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำนวน 200 คน ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์คัดเข้าทั้งหมดในช่วงเวลาที่ศึกษาวิจัย

เกณฑ์การคัดเข้ามีดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 2) มีอายุระหว่าง 18–75 ปี 3) สามารถสื่อสารได้เข้าใจ 4) สามารถเดินได้ ไม่เป็นผู้ป่วยที่ต้องทำการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ และ 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก ดังนี้ 1) ผู้ป่วยเจ็บป่วยร้ายแรง ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมวิจัย 2) ผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน ไม่รู้สึกตัว 3) ผู้ป่วยอายุ < 18 ปี หรือ > 75 ปี และ 4) ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทบทวนวิจัยได้ เกณฑ์การยุติจากการศึกษาคือ ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา หรือเปลี่ยนสถานที่รักษาไปโรงพยาบาลที่อยู่นอกเหนือเครือข่ายบริการ หรือผู้ป่วยเสียชีวิต

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ**

เครื่องมือที่ใช้การวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ 1 ท่าน พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 ท่าน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ แนวทางการพัฒนาเครือข่ายพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มี 2 องค์ประกอบดังนี้

1.1 แนวทางสมรรถนะพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จังหวัดสกลนคร ประยุกต์จากการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลของเบนเนอร์<sup>14</sup> มีค่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) เท่ากับ 0.8 ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ด้านรวมทั้งหมด 42 ข้อ ดังนี้ 1) การคัดกรองและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG Triage) 5 ข้อ 2) ความรู้และทักษะการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันระยะวิกฤต 5 ข้อ 3) ทักษะในการสื่อสาร การประสานงาน และการประสานงานเพื่อดูแลผู้ป่วยร่วมกัน 4 ข้อ 4) การเตรียมยาและขั้นตอนการให้ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic agent) 4 ข้อ 5) การดูแลระหว่างการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic agent) 5 ข้อ 6) การบริหารยาความเสี่ยงสูง (High alert drug) 6 ข้อ 7) การใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า (Cardioversion) 4 ข้อ 8) การติดเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจผ่านทางผิวหนัง (External pacing) 4 ข้อ และ 9) ความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (ACLS) การให้คะแนนคือ ปฏิบัติได้ 1 คะแนน ปฏิบัติไม่ได้ 0 คะแนน คะแนนที่มากขึ้น หมายถึง สมรรถนะพยาบาลด้านการส่งเสริมการจัดการตนเองดีขึ้น เกณฑ์การประเมินสมรรถนะพยาบาลผู้จัดการรายกรณี คือ ต้องผ่านเกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 หรือผ่าน 34 ข้อ<sup>15</sup>

1.2 แนวทางการนิเทศเครือข่ายพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันพัฒนามาจากแนวคิดของพรีคเตอร์<sup>16</sup> มีค่า CVI เท่ากับ 0.8 ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการคัดกรองและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG Triage) 5 ข้อ 2) ด้านความรู้และทักษะการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันระยะวิกฤต 5 ข้อ 3) ด้านทักษะในการสื่อสาร และการประสานงาน การประสานทีมเพื่อดูแลผู้ป่วยร่วมกัน 4 ข้อ 4) ด้านการเตรียมยาและขั้นตอนการให้ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic agent) 4 ข้อ 5) ด้านการดูแลระหว่างการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic agent) 5 ข้อ 6) ด้านการบริหารยาความเสี่ยงสูง (High alert drug) 6 ข้อ 7) ด้านการใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วย

ไฟฟ้า (Cardioversion) 4 ข้อ 8) ด้านการติดเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ ผ่านทางผิวหนัง (External pacing) 4 ข้อ และ 9) ด้านความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (ACLS) 6 ข้อ การให้คะแนน คือ ตอบใช่ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่ 0 คะแนน<sup>15</sup>

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษา โรคประจำตัว และปัจจัยเสี่ยง อาการและการวินิจฉัย ยาที่ใช้ในการรักษา การตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ ผลลัพธ์จากการรักษา และสถานะผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล

2.2 แบบสนทนากลุ่ม พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการพัฒนาเครือข่าย เป็นคำถามปลายเปิดจำนวน 15 ข้อ มีค่า CVI เท่ากับ 0.8 ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ด้าน ดังนี้ 1) ความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 3 ข้อ 2) วิธีการพัฒนาเครือข่ายพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 4 ข้อ 3) การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 3 ข้อ 4) การนิเทศพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 3 ข้อ และ 5) ความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการพัฒนาเครือข่ายพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 2 ข้อ

2.3 แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จังหวัดสกลนคร ประยุกต์จากการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลของเบนเนอร์<sup>14</sup> มีค่า CVI เท่ากับ 0.8 ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ด้าน รวมทั้งหมด 42 ข้อ เช่นเดียวกับแนวทางสมรรถนะพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน รวมทั้งเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผล

2.4 แบบนิเทศทางคลินิกพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการนิเทศทางคลินิกของพรีคเตอร์<sup>16</sup> มีค่า CVI เท่ากับ 0.8 ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ด้าน เช่นเดียวกับแนวทางการนิเทศเครือข่ายพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน รวมทั้งเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผล

2.5 แบบประเมินผลลัพธ์ด้านคลินิกผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีค่า CVI เท่ากับ 0.8 ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ด้าน รวมทั้งหมด 18 ข้อ ดังนี้ 1) ผู้ป่วยได้รับการการรักษาได้ตามมาตรฐาน 3 ข้อ 2) ผู้ป่วยเข้าถึงบริการในเวลาที่เหมาะสม 3 ข้อ 3) ผู้ป่วยได้รับการเปิดขยายหลอดเลือด 3 ข้อ 4) ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยไปถึงโรงพยาบาลชุมชน กระทั่งส่งตัวมาโรงพยาบาลสกลนคร (Door In Door Out) 2 ข้อ 5) อุบัติการณ์การเกิดภาวะรั่วซึมของยาที่มีความเสี่ยงสูงออกนอกหลอดเลือดดำในระหว่างให้ยาทางหลอดเลือด (Extravasation) เกรด 2 ขึ้นไป 2 ข้อ 6) ผู้ป่วยทรุดลงระหว่างส่งต่อ 2 ข้อ และ 7) ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการส่งต่อ 3 ข้อ การให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับ 1 (น้อยที่สุด) จนถึง ระดับ 5 (มากที่สุด)<sup>15</sup>

2.6 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการพัฒนาเครือข่ายพยาบาลผู้จัดการรายกรณี มีค่า CVI เท่ากับ 0.8 ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ การให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ ระดับ 1 (น้อยที่สุด) จนถึงระดับ 5 (มากที่สุด)<sup>15</sup>

2.7 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ต่อการเข้ารับบริการ ในโรงพยาบาลสกลนคร มีค่า CVI เท่ากับ 0.8 ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ การให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับ 1 (น้อยที่สุด) จนถึงระดับ 5 (มากที่สุด)<sup>15</sup>

## ขั้นตอนของการวิจัยและพัฒนา

**ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาการพัฒนาเครือข่ายการพยาบาล (สิงหาคม พ.ศ. 2566)**  
ดำเนินการดังนี้

1. ประชุมระดมสมองผู้บริหารทางการพยาบาล ศึกษาบริบท ความต้องการพัฒนาเครือข่าย วิเคราะห์สถานการณ์การพัฒนาเครือข่าย และกำหนดกรอบแนวคิดการพัฒนาเครือข่าย

2. สนทนากลุ่มกับพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยใช้คำถามปลายเปิด เกี่ยวกับสถานการณ์การปฏิบัติการพยาบาล ประเด็นที่ต้องการพัฒนา ผลลัพธ์การพัฒนาที่คาดหวัง ความต้องการการสนับสนุนจากผู้บริหารทางการพยาบาล ใช้เวลาในการ

จัดประชุม 1 วัน

3. ทบทวนวรรณกรรม หลักการแนวคิดทฤษฎี ประกอบด้วย แนวคิดพยาบาลผู้จัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สมรรถนะพยาบาล และแนวคิดการนิเทศกำกับ

ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและการทบทวนเวชระเบียน ใช้วิธีการจัดกลุ่มเนื้อหา ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจะนำไปสู่การทบทวนวรรณกรรมและออกแบบการพัฒนาเครือข่าย

**ขั้นตอนที่ 2 ออกแบบการพัฒนาเครือข่าย** (กันยายน-ตุลาคม พ.ศ. 2566)

ผู้บริหารการพยาบาล และผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล ร่วมกันกำหนดรูปแบบของเครือข่ายและแนวทางการนิเทศติดตามเครือข่ายพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จังหวัดสกลนคร นำผลการวิเคราะห์จากการถอดข้อความและความต้องการพัฒนาในขั้นตอนที่ 1 ได้แก่ 1) แผนการพัฒนาเครือข่ายพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และ 2) แผนพัฒนาแนวทางการนิเทศเครือข่ายทางการพยาบาล นำมาพัฒนาเครือข่ายพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งประกอบด้วย 1) กำหนดสมรรถนะพยาบาลที่จำเป็น และ 2) พัฒนาแนวทางการนิเทศเครือข่ายพยาบาลผู้จัดการรายกรณี โดยออกแบบการนิเทศทางการพยาบาล ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน แล้วนำมาพัฒนาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ ก่อนนำไปทดลองใช้ในขั้นตอนที่ 3 ต่อไป

**ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาเครือข่ายผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จังหวัดสกลนคร** (พฤศจิกายน พ.ศ. 2566) โดย 1) จัดพื้นที่ที่จะทดลองใช้ คือ โรงพยาบาลสว่างแดนดิน และ 2) พัฒนาพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จากนั้นนำแนวทางพยาบาลผู้จัดการรายกรณีไปใช้กับผู้ป่วยจำนวน 3 ราย เพื่อประเมินความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในการพัฒนา

**ขั้นตอนที่ 4 ปรับปรุงแนวทางการพัฒนาเครือข่าย** (ธันวาคม พ.ศ. 2566) ประกอบด้วยการปรับปรุง

1) แนวทางพัฒนาเครือข่าย 2) แนวทางปฏิบัติการส่งต่อและบริหารยาความเสี่ยงสูง 3) แนวทางพัฒนาสมรรถนะโดยใช้รูปแบบ Morbidity and Mortality conference<sup>10</sup> และ 4) ปรับปรุงการนิเทศเครือข่าย โดยการนิเทศรายวันและนิเทศรายเดือน ติดตามผลการชีวิตโดยให้ผู้ป่วยร่วมให้ข้อเสนอแนะ เสนอผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบซ้ำ และปรับแก้ตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดลองใช้

**ขั้นตอนที่ 5 ดำเนินการพัฒนาเครือข่าย** (มกราคม – พฤษภาคม พ.ศ. 2567) ผู้วิจัยนำแนวทางการพัฒนาเครือข่ายพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริงที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร และโรงพยาบาลเครือข่าย 18 แห่ง โดยกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) หัวหน้าพยาบาล หัวหน้างานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน จำนวน 37 คน 2) พยาบาลผู้จัดการรายกรณี จำนวน 20 คน และ 2) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 200 คน ผู้วิจัยกำหนดวิธีการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) จึงแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง 100 คน และกลุ่มควบคุม 100 คน และดำเนินการ ดังนี้

1. เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติตามมาตรฐานของโรงพยาบาล โดยแบบบันทึกข้อมูลผู้รับบริการ ประเมินผลลัพธ์ตามที่กำหนดจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

2. เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง ดังนี้

2.1. เตรียมความพร้อมของผู้ให้บริการ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดการพัฒนาเครือข่ายแก่ผู้บริหารการพยาบาลและผู้ปฏิบัติการพยาบาล เพื่อสร้างความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติได้

2.2 เตรียมความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าพยาบาล และหัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ในแนวทางการนิเทศเครือข่าย และแผนนิเทศทางคลินิก

2.3 เตรียมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ใช้รูปแบบพยาบาลผู้จัดการรายกรณี โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ สอนเนื้อหาและฝึกทักษะโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง ระยะเวลา 1 วัน โดยพยาบาลวิชาชีพที่ใช้รูปแบบจะได้รับประเมินสมรรถนะพยาบาล ก่อนและหลังการได้รับการพัฒนา

2.4 นำรูปแบบพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจังหวัดสกลนครไปใช้ในโรงพยาบาลลูกข่าย 18 แห่ง ระยะเวลา 8 เดือน

2.5 ผู้บริหารการพยาบาลดำเนินการนิเทศเครือข่าย และนิเทศทางคลินิกตามแผนการนิเทศ และประเมินผลลัพธ์การนิเทศเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

**ขั้นตอนที่ 6** ประเมินผลลัพธ์การพัฒนาเครือข่าย (พฤษภาคม พ.ศ. 2567) ดังนี้

1. ด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ ประเมินเปรียบเทียบสมรรถนะพยาบาลก่อนและหลังการได้รับการพัฒนาผลลัพธ์การนิเทศทางคลินิกภายหลังการใช้แนวทางการนิเทศ และประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนาเครือข่าย

2. ด้านผู้รับบริการ ได้แก่ ผลลัพธ์ด้านคลินิก ผู้ป่วยเข้าถึงบริการในเวลาที่ยรวดเร็ว ผู้ป่วยได้รับการเปิดเผยข้อมูลตลอดตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด และประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านคลินิกทางการพยาบาลในการพัฒนาเครือข่ายพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ก่อนและหลังพัฒนา โดยใช้สถิติ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพและผลการนิเทศทางคลินิกของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ก่อนและหลังการใช้รูปแบบพัฒนา โดยใช้สถิติ independent t-test, paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. วิเคราะห์ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการพัฒนาเครือข่ายพยาบาลผู้จัดการรายกรณี และความพึงพอใจผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. วิเคราะห์ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ

#### ผลการวิจัย

เครือข่ายพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จังหวัดสกลนคร ที่พัฒนาขึ้น โดยการมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลในเครือข่าย ผ่านกระบวนการศึกษาดูงาน การพัฒนารูปแบบเครือข่าย การทดลองใช้รูปแบบ การปรับปรุงรูปแบบ การนำรูปแบบไปใช้จริง มีการประเมินผลลัพธ์และปรับปรุงก่อนนำมาใช้ในเครือข่ายอธิบายได้ดังนี้

1. การพัฒนาเครือข่ายพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จังหวัดสกลนคร ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลผู้จัดการรายกรณี 2) การพัฒนารูปแบบการพัฒนาเครือข่าย และ 3) การนิเทศเครือข่าย/การนิเทศทางคลินิก ซึ่งการพัฒนาเครือข่าย ส่งผลให้พยาบาลในโรงพยาบาลลูกข่ายมีสมรรถนะในการใช้รูปแบบพยาบาลผู้จัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในรูปแบบเดียวกัน สามารถเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย คือ โรงพยาบาลสกลนคร และได้รับการนิเทศติดตามต่อเนื่องจากโรงพยาบาลแม่ข่าย

2. ผลลัพธ์การพัฒนาเครือข่ายพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จังหวัดสกลนคร

#### 2.1 ด้านผู้รับบริการ

2.1.1 การเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านคลินิกทางการพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนาเครือข่ายพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จังหวัดสกลนคร พบว่า หลังการพัฒนาเครือข่ายผลลัพธ์ในด้าน ผู้ป่วยได้รับการการรักษาได้ตามมาตรฐาน ผู้ป่วยเข้าถึงบริการในเวลาที่ยรวดเร็ว ผู้ป่วยได้รับการเปิดเผยข้อมูลตลอด ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยไปถึงโรงพยาบาลลูกข่ายจนส่งตัวมาถึงโรงพยาบาลสกลนคร อุบัติการณ์การเกิดภาวะรั่วซึมของยาที่มีความเสี่ยงสูงออกนอกหลอดเลือดดำในระหว่างให้ยาทางหลอดเลือด (Extravasation) เกรด 2 ขึ้นไป และผู้ป่วยทรุดลงระหว่างส่งต่อ แตกต่างกับก่อนพัฒนาเครือข่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** การเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านคลินิกทางการพยาบาลในการพัฒนาเครือข่ายพยาบาลผู้จัดการรายนรณิ ผู้ป่วยภาวะภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จังหวัดสกลนคร ก่อนและหลังพัฒนา

ผลลัพธ์	คะแนนเต็ม	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t	p-value*
		(n = 100)		(n = 100)			
		Mean	S.D.	Mean	S.D.		
1. ผู้ป่วยได้รับการรักษาได้ตามมาตรฐาน	3	0.63	0.48	3.00	0.00	-48.842	< 0.001
2. ผู้ป่วยเข้าถึงบริการในเวลาที่เหมาะสม	3	0.54	0.52	2.97	0.17	-44.328	< 0.001
3. ผู้ป่วยได้รับการเปิดขยายหลอดเลือด	3	1.32	0.60	3.00	0.00	-27.953	< 0.001
4. ระยะเวลาในการส่งต่อผู้ป่วย (Door In Door Out)	2	0.09	0.28	1.67	0.47	-28.560	< 0.001
5. อุบัติการณ์การเกิด Extravasation เกรด 2 ขึ้นไป	2	0.22	0.41	1.95	0.21	-36.774	< 0.001
6. ผู้ป่วยทรุดลงระหว่างส่งต่อ	2	0.13	0.33	1.73	0.44	-28.584	< 0.001
7. ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการส่งต่อ	3	0.38	0.50	2.58	0.49	-30.982	0.644
<b>ผลรวมทั้ง 7 ด้าน</b>	<b>18</b>	<b>3.31</b>	<b>0.98</b>	<b>16.90</b>	<b>0.85</b>	<b>-104.203</b>	<b>&lt; 0.001</b>

\*กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.1.2 ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจในภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจสูงสุดในด้านการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (Mean = 4.97, S.D. = 0.17) รองลงมาคือด้านการ

วางแผนจำหน่ายครอบคลุมร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม (Mean = 4.89, S.D. = 0.31) และการส่งเสริมแนะนำการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยทีมสุขภาพ (Mean = 4.82, S.D. = 0.38) ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ความพึงพอใจผู้ป่วยภาวะภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ผลลัพธ์	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value*
	(n = 100)		(n = 100)			
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
1. การประเมินปัญหาและความต้องการได้อย่างครอบคลุม	2.47	0.62	4.69	0.58	-25.978	0.009
2. ได้รับความรู้เรื่องโรคการปรับพฤติกรรมเสี่ยง มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลรักษาตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายกลับบ้าน	2.49	0.64	4.80	0.40	-30.446	< 0.001
3. การจัดการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม	2.43	0.68	4.74	0.46	-27.924	< 0.001
4. การแก้ไขปัญหาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อไม่ให้กลับเป็นซ้ำ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	2.24	0.71	4.74	0.44	-29.842	< 0.001
5. การแนะนำด้านการออกกำลังกาย	2.42	0.60	4.81	0.39	-33.057	< 0.001
6. การฝึกทักษะด้านการจับชีพจร	2.51	0.64	4.67	0.47	-33.057	< 0.001

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (ต่อ)

ผลลัพธ์	กลุ่มควบคุม (n = 100)		กลุ่มทดลอง (n = 100)		t	p-value*
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
7. การส่งเสริมแนะนำการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยทีมสุขภาพ	2.47	0.61	4.82	0.38	-32.529	< 0.001
8. ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายก่อนกลับบ้าน	2.46	0.68	4.70	0.46	-27.060	< 0.001
9. การวางแผนจำหน่ายครอบคลุมร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม	2.52	0.64	4.89	0.31	-33.102	< 0.001
10. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	2.60	0.65	4.97	0.17	-35.188	< 0.001
รวม	24.61	1.91	47.83	0.92	-109.41	< 0.001

\* กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## 2.2 ด้านผู้ให้บริการ

2.2.1 การประเมินสมรรถนะพยาบาลผู้จัดการรายกรณีก่อนการนิเทศทางคลินิกโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีแม่ข่าย ก่อนและหลังการพัฒนาเครือข่ายพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า หลังการพัฒนาเครือข่าย

พยาบาลผู้จัดการรายกรณีมีค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะพยาบาลทั้งรายด้านและรวม 9 ด้าน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) โดยสมรรถนะที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุดคือ ความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (Mean = 5.55, S.D. = 0.60) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบสมรรถนะพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ก่อนและหลังการพัฒนาเครือข่ายพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จังหวัดสกลนคร (n = 20)

สมรรถนะพยาบาล	คะแนนเต็ม	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t	p-value*
		Mean	S.D.	Mean	S.D.		
1. การคัดกรองและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG Triage)	5	1.40	0.59	4.10	0.55	16.480	< 0.001
2. ความรู้และทักษะการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันระยะวิกฤต	5	1.65	0.58	4.30	0.57	12.698	< 0.001
3. ทักษะการสื่อสาร การประสานงาน ทีมเพื่อดูแลผู้ป่วยร่วมกัน	4	2.10	0.64	3.50	0.76	5.715	< 0.001
4. การเตรียมยาและขั้นตอนการให้ยาละลายลิ้มเลือด	4	1.35	0.48	3.60	0.50	14.047	< 0.001
5. การดูแลระหว่างการให้ยาละลายลิ้มเลือด	5	1.75	0.55	4.25	0.63	14.694	< 0.001
6. การบริหารยาความเสี่ยงสูง	5	1.50	0.51	4.35	0.58	14.694	< 0.001
7. การใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า	4	1.30	0.47	3.55	0.51	15.755	< 0.001

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบสมรรถนะพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ก่อนและหลังการพัฒนาเครือข่ายพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จังหวัดสกลนคร (n = 20) (ต่อ)

สมรรถนะพยาบาล	คะแนนเต็ม	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t	p-value*
		Mean	S.D.	Mean	S.D.		
8. การติดเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ ผ่านทางผิวหนัง	4	1.25	0.44	3.50	0.68	14.047	< 0.001
9. ความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง	6	1.95	0.68	5.55	0.60	16.185	< 0.001
<b>รวม</b>	<b>42</b>	<b>14.25</b>	<b>1.94</b>	<b>36.70</b>	<b>1.92</b>	<b>59.037</b>	<b>&lt; 0.001</b>

\*กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.2.2 การประเมินสมรรถนะพยาบาลผู้จัดการรายกรณีหลังการนิเทศทางคลินิกโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีแม่ข่าย ก่อนและหลังการพัฒนาเครือข่ายพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า หลังการพัฒนาเครือข่าย

พยาบาลผู้จัดการรายกรณีมีสมรรถนะพยาบาลทั้งรายด้านและโดยรวมทั้ง 9 ด้าน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) โดยสมรรถนะที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุดคือ ทักษะในการสื่อสาร และการประสานงาน การประสานทีมเพื่อดูแลผู้ป่วยร่วมกัน (Mean = 4.75, S.D. = 0.44) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 สมรรถนะพยาบาลผู้จัดการรายกรณีลูกข่าย (n = 20) ประเมินหลังจากการนิเทศทางคลินิกโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีแม่ข่าย

สมรรถนะพยาบาล	คะแนนเต็ม	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t	p-value*
		Mean	S.D.	Mean	S.D.		
1. การคัดกรองและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	5	1.55	0.75	4.00	0.64	11.600	< 0.001
2. ความรู้และทักษะการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันระยะวิกฤต	5	1.35	0.58	4.55	0.60	17.169	< 0.001
3. ทักษะในการสื่อสาร และการประสานงาน การประสานทีมเพื่อดูแลผู้ป่วยร่วมกัน	5	1.85	0.67	4.75	0.44	16.457	< 0.001
4. การเตรียมยาและขั้นตอนการให้ยาละลายลิ้มเลือด	5	1.35	0.48	4.65	0.48	22.465	< 0.001
5. การดูแลระหว่างการให้ยาละลายลิ้มเลือด	4	1.25	0.63	3.45	0.51	14.139	< 0.001
6. การบริหารยาความเสียดสูง	4	1.35	0.48	3.70	0.47	14.104	< 0.001
7. การใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า	5	1.50	0.60	4.45	0.75	13.210	< 0.001
8. การติดเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ ผ่านทางผิวหนัง	5	1.35	0.58	4.10	0.75	13.210	< 0.001
9. ความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง	5	1.70	0.58	4.60	0.50	18.058	< 0.001
<b>รวม</b>	<b>43</b>	<b>12.60</b>	<b>1.69</b>	<b>38.25</b>	<b>1.48</b>	<b>44.448</b>	<b>&lt; 0.001</b>

\* กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.2.3 ความพึงพอใจของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีต่อการพัฒนาเครือข่ายพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะภาวะภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า

พยาบาลผู้จัดการรายกรณีมีความพึงพอใจในภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีต่อการพัฒนาเครือข่ายพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะ  
ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (n = 20)

ความพึงพอใจ	Mean	S.D.	Minimum	Maximum	การแปลผล
1. เครือข่ายมีรูปแบบพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ครอบคลุม ด้านเนื้อหา	4.90	0.30	4.00	5.00	มากที่สุด
2. เครือข่ายมีรูปแบบพยาบาลผู้จัดการรายกรณี มีความชัดเจน ในการนำไปปฏิบัติ	4.90	0.67	3.00	5.00	มากที่สุด
3. เครือข่ายสามารถนำรูปแบบพยาบาลผู้จัดการรายกรณีไป ใช้ได้จริง	4.90	0.30	4.00	5.00	มากที่สุด
4. เครือข่ายสามารถนำรูปแบบพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ไป ปฏิบัติได้ง่าย และสะดวกต่อการใช้	4.95	0.22	4.00	5.00	มากที่สุด
5. เครือข่ายสามารถเรียนรู้รูปแบบพยาบาลผู้จัดการรายกรณี และปฏิบัติตามแนวทางได้	4.75	0.44	4.00	5.00	มากที่สุด
6. เครือข่ายมีรูปแบบพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ในการปฏิบัติ งานที่ทันสมัยมีการใช้หลักฐานการวิจัยมาพัฒนางาน	4.95	0.22	4.00	5.00	มากที่สุด
7. เครือข่ายมีรูปแบบพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ที่ช่วยทำให้ผู้ ป่วยปลอดภัยมากขึ้น	5.00	0.00	5.00	5.00	มากที่สุด
8. เครือข่ายมีรูปแบบพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ที่ทำให้ลดการ ฟ้องร้อง	5.00	0.22	4.00	5.00	มากที่สุด
9. เครือข่ายมีรูปแบบพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ที่ทำให้ผู้ ปฏิบัติ เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น	5.00	0.30	4.00	5.00	มากที่สุด
10. ภาพรวมท่านพึงพอใจต่อการพัฒนาเครือข่ายโดยใช้รูปแบบ พยาบาลผู้จัดการรายกรณี	4.85	0.36	4.00	5.00	มากที่สุด
รวม	48.80	0.89	48.00	50.00	มากที่สุด

### วิจารณ์และสรุป

การพัฒนาเครือข่ายพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จังหวัดสกลนคร ดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2548 โดยเริ่มแรกมีพยาบาลผู้รับผิดชอบเป็นแกนกลางประสานงานในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเพียง 1 คน มีการรายงานผลลัพธ์ตัวชี้วัดคุณภาพตามระยะเวลาที่กำหนด ส่วนใหญ่บรรลุตามเป้าหมาย แต่ยังพบปัญหาในการประสานแผนการดูแลสู่การปฏิบัติในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คณะผู้วิจัยจึงพัฒนาเครือข่ายพยาบาลผู้จัดการรายกรณีขึ้น ซึ่งอภิปรายได้ดังนี้

1. การพัฒนาเครือข่ายพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จังหวัด

สกลนคร ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การพัฒนาสมรรถนะพยาบาล รูปแบบการพัฒนาเครือข่าย และการนิเทศเครือข่าย/การนิเทศทางคลินิก ซึ่งการพัฒนาเครือข่ายในระดับโรงพยาบาลชุมชนส่งผลให้พยาบาลโรงพยาบาลชุมชนมีสมรรถนะในการใช้รูปแบบพยาบาลผู้จัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในรูปแบบเดียวกัน สามารถเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลสกลนคร และได้รับการนิเทศติดตามต่อเนื่องจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ผู้ป่วยได้รับการการรักษาได้ตามมาตรฐานร้อยละ 69.71 ผู้ป่วยได้รับการเปิดขยายหลอดเลือด ร้อยละ 99.51 ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยไปถึงโรงพยาบาลชุมชน กระทั่งส่งตัวมาโรงพยาบาลสกลนคร (Door In Door Out) เฉลี่ย 38 นาที การเกิดอุบัติเหตุการณเหตุการณไม่พึง

ประสงค์ลดลง ได้แก่ อุบัติการณ์การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ออกนอกหลอดเลือดดำในระหว่างให้ยาทางหลอดเลือด(Extravasation) เกรด 2 ขึ้นไป 2 ครั้ง ผู้ป่วยทรุดลงระหว่างส่งต่อ 2 ราย ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างส่งต่อ ความพึงพอใจของผู้ป่วยอยู่ในระดับดีมาก พยาบาลวิชาชีพที่มีสมรรถนะพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผ่านตามเกณฑ์ร้อยละ 90 ความพึงพอใจต่อเครือข่ายอยู่ในระดับมากที่สุด

2. องค์ประกอบด้านรูปแบบพยาบาลผู้จัดการรายกรณีส่งผลสนับสนุนให้ผลลัพธ์การพัฒนาเครือข่ายดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุรีย์ กรองทอง และคณะ<sup>17</sup> อธิบายได้ว่า ผู้วิจัยใช้รูปแบบของการพยาบาลผู้จัดการรายกรณีที่ผ่านมาวิจัยและใช้ในบริบทของโรงพยาบาลสกลนคร และส่งผลลัพธ์ที่ดีมาใช้ และมีการปรับปรุงให้เหมาะสมมากขึ้น ประกอบด้วย 1) กำหนดให้มีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ประจำโรงพยาบาล 2) กำหนดสมรรถนะ ได้แก่ การคัดกรองและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ความรู้และทักษะการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ระยะวิกฤต ทักษะในการสื่อสาร และการประสานงาน การประสานทีมเพื่อดูแลผู้ป่วยร่วมกัน การเตรียมยาและขั้นตอนการให้ยาละลายลิ่มเลือด การดูแลระหว่างการให้ยาละลายลิ่มเลือด การบริหารความเสี่ยงสูง การใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า การติดเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ ผ่านทางผิวหนัง และความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง แนวทางการพัฒนา การนิเทศเพื่อพัฒนา จัดทำ Morbidity and Mortality conference ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันreview ผ่าน Application zoom ทุก 2 เดือน แนวทางการปฏิบัติก่อนส่งต่อ ระหว่างการส่งต่อ และระยะรับไว้ในโรงพยาบาลแม่ข่าย การติดตามเยี่ยมเสริมพลังเครือข่าย การนิเทศรายวันโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีแม่

ข่าย ด้านคลินิก และการปฏิบัติตามแนวทาง การนิเทศรายเดือนโดยกำกับติดตามตัวชี้วัดและผลลัพธ์ไม่ได้ตามเป้าหมาย ทุก 2 เดือน

### ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารการพยาบาล ควรมีการวางแผนการการพัฒนาบุคลากรการพัฒนาเครือข่ายการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) และสนับสนุนบุคลากรทุกระดับ โดยส่งเสริมให้มีความรู้ทั้งด้านการดูแลผู้ป่วย การนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการพยาบาล และการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย ให้สามารถนำองค์ความรู้และทักษะมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้อย่างเหมาะสม

2. ควรสนับสนุนให้มีการพัฒนาเครือข่ายพยาบาลผู้จัดการรายกรณี โดยเน้นการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ปฏิบัติตามแนวทางเดียวกันอย่างต่อเนื่อง และขยายการพัฒนาไปสู่เครือข่ายโรงพยาบาลในจังหวัดอื่น ๆ

3. ส่งเสริมให้นำรูปแบบพยาบาลผู้จัดการรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในหน่วยบริการทุกระดับ และควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับของเครือข่ายตามแผนที่กำหนดอย่างต่อเนื่อง

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ป่วยและญาติทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนคร หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลสกลนคร ที่สนับสนุนการทำวิจัยและให้คำปรึกษาด้วยดีมาโดยตลอด ขอขอบคุณทีมสหสาขาวิชาชีพทุกท่านที่ให้ความร่วมมือจนการวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี และขอขอบคุณสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะพยาบาลศาสตร์ ที่ให้ทุนอุดหนุนการวิจัย

### เอกสารอ้างอิง

1. เกรียงไกร เสงร์ศรี. มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยSTEMIฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4. นนทบุรี: สถาบันโรคทรวงอก กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
2. Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC).

- Eur Heart J. 2018;39(2):119–177.
3. สถาบันโรคหัวใจและทรวงอก. Thai ACS registry. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 6 มิถุนายน 2564]; เข้าถึงได้จาก: <https://www.ccit.go.th/saveheart>
  4. งานเวชระเบียน โรงพยาบาลสกลนคร. สถิติผู้รับบริการ รายงานผลการทบทวนการดูแลผู้ป่วย ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลสกลนคร ประจำปี 2564 – 2566. สกลนคร: โรงพยาบาลสกลนคร; ขงข2566.
  5. สุวนิตย์ โพธิจันทร์. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรค STEMI ชนิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลขอนแก่น. ว. สมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2554;29(1):22–29.
  6. วิมนต์ วันยะนาพร, สิรินาด มีเจริญ, บุศดี เสือเดช. การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI โรงพยาบาลอุดรดิตต์. ว. กองการพยาบาล 2558;42(3):34–49.
  7. จิราพร มณีพราย. การพัฒนาเครือข่ายการรักษายาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจเอสทียกสูง (STEMI) จังหวัดกำแพงเพชร. ว. วิชาการสาธารณสุข 2558;24(5):907–20.
  8. อมรรัตน์ ปานะไยและบุหลัน เปลี่ยนโรสง. การพัฒนาเครือข่ายการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน STEMI โรงพยาบาลบุรีรัมย์. ว. การแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2561;33(2):145–63.
  9. Powell SK. Advanced case management: Out–comes and beyond. Philadelphia: Lippincott–Williams & Wilkins; 2000
  10. กฤษดา จนวนวันเพ็ญ, บุญทิพย์ สิริรังศรี, บุญจง แซ่จิ่ง. การพัฒนารูปแบบการจัดการพยาบาลผู้ป่วยรายกรณีสำหรับการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. ว. วิทยาลัยพยาบาลราชชนนี นครราชสีมา 2557: 20(1):70–84.
  11. Mahdjoubi D. Four Type of R&D [Internet]. 2009 [Cited 2017 Oct 10]. Available from: <https://www.bioin.or.kr/InnoDS/data/upload/policy/1265598213568.pdf>
  12. กัทธานิชฐ์ เหมาะทอง, วนิดา ทองโคตร, สุพรรณิ อึ้งปัญสัตวงศ์. การกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร Yamane. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2560.
  13. Taro Yamane. Statistics, An Introductory Analysis. 2 nd ed. New York: Harper and Row; 1967.
  14. Benner P. From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park: Addison–Wesley; 1984.
  15. กรมวิทยาศาสตร์บริการ กองพัฒนาศักยภาพนักวิทยาศาสตร์ห้องปฏิบัติการ. เอกสารประกอบการฝึกอบรมหลักสูตรสถิติสำหรับงานวิเคราะห์ทดสอบและวิจัย. กรุงเทพฯ: กรมวิทยาศาสตร์บริการ กองพัฒนาศักยภาพนักวิทยาศาสตร์ห้องปฏิบัติการ; 2560.
  16. Butterworth T, Cutcliffe JR, Proctor B. Training for the supervision alliance attitude, skills and intention. In: Butterworth T, Cutcliffe JR, Proctor B, editors. Fundamental Themes in Clinical Supervision. London: Routledge; 2001.
  17. สุรีย์ กรองทอง, ศศิธร กระจายกลาง, นงลักษณ์ สุรสร, สุนันญา พรหมดวง. พัฒนารูปแบบบริการทางด่วนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด. ว. การแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2561;33(1):45–60.

## คำแนะนำสำหรับผู้เขียนบทความลงในวารสารโรงพยาบาลสกลนคร

### คำแนะนำทั่วไป

วารสารโรงพยาบาลสกลนครยินดีรับพิจารณาบทความวิชาการ ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษต้นฉบับที่ส่งให้พิจารณาต้องไม่เคยตีพิมพ์มาก่อนหรือไม่ได้รอตีพิมพ์ในวารสารอื่น บทความที่รับพิจารณาตีพิมพ์มี 8 ประเภทคือ

1. **นวัตกรรม (Innovation)** เป็นรายงานผลงานสิ่งประดิษฐ์คิดค้นใหม่หรือดัดแปลงแนวความคิดหรือวิธีการผ่าตัดใหม่ ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ในทางการแพทย์และทางสาธารณสุขได้
2. **นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)** เป็นรายงานผลการค้นคว้าวิจัยของผู้เขียน
3. **รายงานผู้ป่วย (Case report)** เป็นรายงานผลการศึกษาจากผู้ป่วย มีบทสรุปเสนอข้อคิดเห็นเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ได้
4. **บทฟื้นฟูวิชาการ (Review article)** เป็นบทความที่เขียนจากการรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ และมีบทสรุปวิจารณ์ และไม่ควรเกิน 10 หน้า
5. **บทสัมมนา-ประชุมวิชาการ (Conference-symposium)** เป็นบทความที่รวบรวมจากผลการประชุมวิชาการ การสัมมนาทางคลินิกและการประชุมอื่นๆ ที่น่าสนใจ
6. **ย่อวารสาร (Journal abstract)** เป็นบทความสั้นที่แปลและเรียบเรียงจากวารสารต่างประเทศ ที่เห็นว่าเป็นประโยชน์สำหรับผู้อ่าน
7. **จดหมายถึงบรรณาธิการ (Letter to the editor)** ได้แก่ จดหมายที่เขียนวิจารณ์เกี่ยวข้องกับบทความที่ได้ลงตีพิมพ์แล้ว หรือแสดงผลงานทางวิชาการที่ต้องการเผยแพร่อย่างย่อๆ ความยาวไม่ควรเกิน 2 หน้ากระดาษพิมพ์ และมีเอกสารอ้างอิงประกอบด้วย
8. **บทความวิจัยอย่างสั้น (Short communi-**

**cation)** เป็นบทความวิจัยฉบับย่อ เป็นรูปแบบการรายงานการศึกษาแบบกระชับ อันเนื่องมาจากข้อจำกัดของการศึกษา แต่มีความสมบูรณ์ในเนื้อหาที่น่าสนใจ รูปแบบที่เขียนเป็นลักษณะคล้ายนิพนธ์ต้นฉบับ แต่จะสั้นและกระชับกว่า ผู้นิพนธ์ที่ประสงค์จะส่งบทความให้ติดต่อ วารสารโรงพยาบาลสกลนคร งานห้องสมุดโรงพยาบาลสกลนคร อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร 47000 โทร 042-176000 ต่อ 1042 และส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์แนบไฟล์บทความที่พิมพ์โดยใช้โปรแกรม Microsoft Word มาที่ E-mail address: skhjournal@gmail.com กองบรรณาธิการจะไม่พิจารณาตีพิมพ์บทความถ้าไม่ได้เขียนในรูปแบบตามคำแนะนำ

กองบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาและตีพิมพ์บทความทุกเรื่อง บทความที่ตีพิมพ์แล้วเป็นสมบัติของวารสารโรงพยาบาลสกลนคร ซึ่งเป็นผู้สงวนสิทธิ์ทุกประการ ข้อเขียนและความคิดเห็นใดๆ ในบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารโรงพยาบาลสกลนครเป็นของผู้เขียนซึ่งคณะบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วย ผู้รับผิดชอบบทความจะเป็นผู้ได้รับการติดต่อเมื่อมีเรื่องแจ้งหรือสอบถามในกรณีที่มีการแก้ไข และไฟล์บทความที่ได้รับการตีพิมพ์

### การเตรียมต้นฉบับ

ต้นฉบับให้พิมพ์ด้วยโปรแกรม Word for Windows ในกระดาษสัน ขนาด 8 1/2 นิ้ว x 11 นิ้ว (A4) ด้วยอักษร Cordia New ขนาด 15 จำนวนไม่เกิน 10-12 หน้ากระดาษ (ไม่รวมเอกสารอ้างอิง) พิมพ์หน้าเดียว เว้นขอบทุกด้านประมาณ 1 นิ้ว ตาม Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (URMs) ที่รวบรวมโดย International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) ซึ่งตีพิมพ์ครั้งแรกใน New England Journal of Medicine 1997;336:309-15 (updated February 2006) และสามารถสืบค้นได้ที่ <http://www.icmje.org/index.html> โดยมีเนื้อหาเรียงตามลำดับดังนี้

บทคัดย่อภาษาไทย  
 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract)  
 บทนำ (Introduction) ซึ่งระบุนกรอบแนวคิด (ถ้ามี)  
 และวัตถุประสงค์ของบทความ  
 วิธีการวิจัย (Methods) ต้องระบุหัวข้อ “ข้อ  
 พิจารณาทางด้านจริยธรรม” ด้วย  
 ผลการวิจัย (Results)  
 วิจารณ์ (Discussion) และสรุป (Conclusion)  
 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)  
 เอกสารอ้างอิง (References)  
 ตาราง (Table)  
 ภาพ (Illustrations)  
 คำบรรยายภาพ (Legends for Illustration)  
 ต้นฉบับภาษาไทยควรพยายามใช้ถ้อยคำและศัพท์  
 ภาษาไทยมากที่สุด โดยใช้ตามพจนานุกรมศัพท์แพทย์  
 อังกฤษ-ไทยและพจนานุกรมศัพท์วิทยาศาสตร์ฉบับ  
 ราชบัณฑิตยสถาน ตัวสะกดให้อิงตามพจนานุกรมฉบับ  
 ราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2547

### ตัวอย่างชื่อเรื่อง

การศึกษาประสิทธิภาพของการใช้สื่อการสอนในรูปแบบ  
 แบบ ซี เอ ไอ ช่วยในการสอนการฝึกหัดเจาะเลือด

Efficacy of CAI as Additional Media for  
 Medical Procedure Training, a Trial in Blood  
 Collection Procedure Training

### บทคัดย่อ

ให้เขียนบรรยายในลักษณะ Structured abstract  
 ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มีความยาวไม่เกิน 300 คำ  
 เนื้อหาประกอบด้วย

หลักการและเหตุผล (Background)

วัตถุประสงค์ (Objective)

วิธีการวิจัย (Methods)

รูปแบบการศึกษา (Design) เช่น descriptive,  
 case-control, randomized controlled trial

สถานที่ศึกษา (Setting) เช่น โรงพยาบาล  
 ศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ประชากรศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง (Population  
 and Samples)

การรักษา (Intervention) ถ้ามี เช่น ยาที่ใช้ การ  
 ผ่าตัด

การวัดผล (Measurements)

ผลการวิจัย (Results)

สรุป (Conclusions)

คำสำคัญ (Key words) 2 ถึง 5 คำ

### ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

สำหรับการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเก็บข้อมูลใน  
 มนุษย์ ต้องระบุให้ชัดเจนในส่วนวิธีการวิจัย (Methods)  
 ว่าได้รับความเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยโดยคณะ  
 กรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ประจำ  
 สถาบันที่ทำการศึกษา โดยบทความประเภทนิพนธ์ต้นฉบับ  
 บทความวิจัยอย่างสั้น และบทความประเภทรายานผู้ป่วย  
 หรือกรณีศึกษา ผู้นิพนธ์ต้องแนบสำเนาหนังสือรับรองให้  
 ดำเนินการศึกษาวิจัยจากคณะกรรมการฯ

### ตารางแผนภูมิหรือภาพประกอบ

ให้พิมพ์แยกไว้ท้ายบทความ มีความสมบูรณ์ในตัว  
 อ่านเข้าใจง่าย ไม่ควรใช้ตารางหรือแผนภูมิที่ไม่รัดกุม ช้ำ  
 ซ้อน หรือมากเกินไปจนจำเป็น สำหรับภาพให้บันทึกโดย  
 ใช้นามสกุล .jpg หรือ .tif

### การนำเสนอสถิติ

รูปแบบการนำเสนอควรเป็นสากล เช่น ค่าเฉลี่ย  $\pm$   
 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความชุกและค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ  
 95 [95% confidence interval (X, Y)] ชนิดของ  
 สถิติที่นำมาใช้วิเคราะห์ เช่น Student's t test หรือ  
 ANOVA test เป็นต้น

### เอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงในเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขตามลำดับของการ  
 อ้างอิง โดยใช้ตัวเลขอารบิกด้วยยกไม่ใส่วงเล็บหลังชื่อ  
 ผู้เขียนหรือหลังข้อความที่อ้างอิง และใช้เลขลำดับเดิมใน  
 กรณีที่มีการอ้างอิงซ้ำทุกครั้ง ส่วนเอกสารอ้างอิงท้าย  
 บทความให้จัดเรียงตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิงใน  
 เนื้อหา โดยเขียนตามแบบของ URMs หรือที่เรียกกันว่า  
 Vancouver Style ซึ่งตีพิมพ์ครั้งแรกใน New England  
 Journal of Medicine 1997;336:309-15 (updated  
 February 2006) และชื่อย่อของวารสารให้ใช้ตาม Index  
 Medicus

**ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ**  
(เครื่องหมาย / หมายถึง เว้น 1 ตัวอักษร)

บทความในวารสาร (Journal article)

ชื่อผู้เขียน. / ชื่อบทความ. / ชื่อวารสาร / ปีพิมพ์;ปีที่(ฉบับที่):เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

**ตัวอย่าง**

เนสินี ไชยเอี้ย, อรวรรณ นุราณรักษ์, สมเดช พิณจิสุนทร, มลิวรรณ บุญมา, ศิริพร ถีลาธนาพิพัฒน์, ชายตา สุจินพรหม, และคณะ. ผลกระทบต่อสุขภาพจากการใช้คอมพิวเตอร์ของพนักงานธนาคารพาณิชย์ไทยใน อ.เมือง จ.ขอนแก่น. ว. โรงพยาบาลสกลนคร 2548;20(1):3-10. Chau-In W, Pongmetha S, Sumret K, Vatanasapt P, Khongkankong W. Translaryngeal retrograde wire-guided fiberoptic intubation for difficult airway: A case report. J Med Assoc Thai 2005;88:845-8.

ในกรณีที่ผู้เขียนมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้เขียน 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma-, ) และตามด้วย และคณะ หรือ et al. สำหรับเอกสารอ้างอิงภาษาอังกฤษ

**หนังสือ (Book)**

ชื่อผู้เขียน. / ชื่อหนังสือ. / ครั้งที่พิมพ์. / เมืองที่พิมพ์. / สำนักพิมพ์. / ปีที่พิมพ์.

**ตัวอย่าง**

สรราชย์ ชีรพงศ์ภักดี, วราภรณ์ เชื้ออินทร์. วิทยุวิทยุวิทยาในสูติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2548.

Vatanasapt V, Sripta B. Liver cancer in Thailand; epidemiology, diagnosis and control. 2nd ed. Khon Kaen: Siriphan Press; 2000.

**บทในหนังสือ (Chapter in a book)**

ชื่อผู้เขียน. / ชื่อบทในหนังสือ. / ใน: / ชื่อบรรณาธิการ, / บรรณาธิการ. / ชื่อหนังสือ. / พิมพ์ครั้งที่. / เมืองที่พิมพ์. / สำนักพิมพ์. / ปีที่พิมพ์. / หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

**ตัวอย่าง**

บุญเกิด คงยิ่งยศ. เกสัชจลนศาสตร์. ใน: บุญเกิด

คงยิ่งยศ, วีรพล คู่คงวิริยพันธุ์, ปณิต ตั้งสุจริต, บรรณาธิการ. เกสัชวิทยาสำหรับนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 5. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2548. หน้า 27-53.

Sripta B, Pairojkul C. Pathology of Cholangiocarcinoma. In: Vatanasapt V, Sripta B, editors. Liver cancer in Thailand; epidemiology, diagnosis and control. 2nd ed. Khon Kaen: Siriphan Press; 2000. p. 65-99.

**สิ่งตีพิมพ์อิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Material)**  
- CD-ROM

Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

- บทความวารสารที่เผยแพร่บนอินเทอร์เน็ต และบทความวารสารอิเล็กทรอนิกส์ (Journal article on the Internet and E-Journal)

ชื่อผู้เขียน. / ชื่อบทความ. / ชื่อวารสาร / [อินเทอร์เน็ต]. / เดือนปีที่ตีพิมพ์ / [เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี]; / ปีที่:เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย. / เข้าถึงได้จาก: / http://

Authors. / Article Title. / Journal Title / [Internet]. / Date of publication / [Date of citation];Volume number(Issue number):first page-last page. / Available from: / http://

**ตัวอย่าง**

รุ่งนภา จันทรา, สุทธานันท์ กัลละ, อติญาณ์ ศรีเกษตริน, จิราพร วัฒนศรีสิน. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยาในผู้ใหญ่. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. กันยายน-ธันวาคม 2559 [เข้าถึงเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2560]; 5:133-45. เข้าถึงได้จาก: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/download/111206/86935/>

Aboud S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug

12];102(6):[about 1 p.]. Available from: <https://ovidsp.tx.ovid.com/> Subscription required

– เอกสารจากอินเทอร์เน็ต (Monograph on the Internet)

ชื่อผู้เขียน. / ชื่อเรื่อง. / [อินเทอร์เน็ต]. / เมือง: / ชื่อหน่วยงาน; / ปีที่เผยแพร่ / [เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี]; / เข้าถึงได้จาก: / <http://>

– สิ่งตีพิมพ์ขององค์กรต่างๆ

ชื่อหน่วยงาน/องค์กร. / ชื่อเรื่อง. / เมืองที่พิมพ์: / ชื่อหน่วยงาน; / ปีที่เผยแพร่.

Advanced Life Support Group. Acute medical emergencies: the practical approach. London: BMJ Books; 2001.

มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์. รายงานสถานการณ์สิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: มูลนิธิ; 2552.

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. แนวทางการตรวจวิเคราะห์เมลามีน: คู่มือสำหรับห้องปฏิบัติการ [National guideline for melamine testing]. นนทบุรี: กรม; 2552.

– วิทยานิพนธ์(Thesis/Dissertation)

ชื่อผู้เขียน. / ชื่อวิทยานิพนธ์ / [วิทยานิพนธ์]. / เมืองที่พิมพ์: / ชื่อมหาวิทยาลัย; / ปีที่พิมพ์.

Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.

– เอกสารที่นำเสนอในการประชุมวิชาการ (Conference proceedings)

ชื่อผู้เขียน. / ชื่อเรื่อง. / ใน: / ชื่อบรรณาธิการ, / บรรณาธิการ. / ชื่อการประชุม; / วัน เดือน ปีที่ ประชุม; / สถานที่จัดประชุม. / เมืองที่พิมพ์: / สำนักพิมพ์; / ปีพิมพ์. / หน้า / เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. Genetic pro-

gramming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3–5 Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002:182–91.

แบบฟอร์มส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารโรงพยาบาลสกลนคร

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) .....

ตำแหน่ง ..... สถานที่ทำงาน .....

ขอส่ง  นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)  บทฟื้นฟูวิชาการ (Review article)  รายงานผู้ป่วย (Case study)  อื่นๆ ระบุ .....

ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย) .....

ชื่อเรื่อง (ภาษาอังกฤษ) .....

คำสำคัญ (ภาษาไทย) .....

คำสำคัญ (ภาษาอังกฤษ) .....

ผู้เขียนหลัก (ภาษาไทย) ชื่อ.....สกุล.....

วุฒิการศึกษา.....(ตัวย่อ).....สาขา.....

ผู้เขียนหลัก (ภาษาอังกฤษ) ชื่อ.....สกุล.....

วุฒิการศึกษา.....(ตัวย่อ).....สาขา.....

ผู้เขียนร่วม (ภาษาไทย) ชื่อ.....สกุล.....

วุฒิการศึกษา.....(ตัวย่อ).....สาขา.....

ผู้เขียนร่วม (ภาษาอังกฤษ) ชื่อ.....สกุล.....

วุฒิการศึกษา.....(ตัวย่อ).....สาขา.....

หมายเหตุ: กรณีมีผู้เขียนร่วมมากกว่า 1 คน ให้ระบุเฉพาะคนที่ 1 คนอื่นๆ ระบุในบทคัดย่อ

ผู้รับผิดชอบบทความ ชื่อ.....สกุล.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก หมู่ที่ ..... ซอย ..... ถนน ..... ตำบล .....

อำเภอ ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ .....

โทรศัพท์ ..... โทรสาร .....

E-mail.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ ( ) เป็นผลงานของข้าพเจ้าแต่เพียงผู้เดียว

( ) เป็นผลงานของข้าพเจ้าและผู้ร่วมงานตามชื่อที่ระบุในบทความจริง

โดยบทความนี้ไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และจะไม่นำเสนอเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ๆ อีก นับจากวันที่ข้าพเจ้าได้ส่งบทความฉบับนี้มายังกองบรรณาธิการวารสารโรงพยาบาลสกลนคร

ลงนาม .....

( ..... )

## Check List สำหรับผู้เขียนก่อนส่งบทความให้วารสารโรงพยาบาลสกลนครพิจารณา

### 1. เอกสารที่ต้องส่ง

- หนังสือขอตีพิมพ์ตามแบบฟอร์มของวารสารโรงพยาบาลสกลนคร
- กรณีเป็นนักศึกษา ให้แนบหนังสือรับรองจากอาจารย์ที่ปรึกษาว่าบทความได้ผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว
- สำเนาหนังสืออนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (นิพนธ์ ต้นฉบับ บทความวิจัยอย่างสั้น และรายงานผู้ป่วยหรือกรณีศึกษา)

### 2. บทคัดย่อ (Abstract)

- ชื่อผู้เขียนแต่ละคนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษพิมพ์คนละบรรทัด ชื่อและนามสกุลภาษาอังกฤษให้เขียนเต็ม ตามด้วยอักษรย่อวุฒิการศึกษาสูงสุด จัดชิดขวา
- ใช้ \*, \*\*, \*\*\* แสดงลำดับของผู้เขียน
- ส่วนท้ายของหน้าให้ ขยายความของ \* ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยระบุตำแหน่งทางวิชาการ ขณะทำวิจัย และสถานที่ทำงานหรือสถานศึกษา และระบุชื่อของผู้รับผิดชอบบทความ (Corresponding author) ต่อท้ายสถานที่ทำงาน
- ชื่อเรื่องจัดกลางหน้ากระดาษ ตัวอักษร Cordia New ขนาด 17
- บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษสอดคล้องกันและเขียนอย่างกระชับ มีความยาวไม่เกิน 300 คำ ตัวอักษร Cordia New ขนาด 15
- แยกบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษให้อยู่คนละหน้า
- บอกวัตถุประสงค์ของการศึกษาอย่างย่อ
- อธิบายการดำเนินงานวิจัยพอสังเขป
- มีข้อสรุปสำคัญ (important conclusions) ที่ได้จากการศึกษา
- ระบุคำสำคัญไม่เกิน 2- 5 คำ (เรียงลำดับตามความสำคัญ) ต่อท้ายบทคัดย่อแต่ละภาษาคำสำคัญไทยและอังกฤษมีความสอดคล้องกัน

### 3. กรณีการวิจัยเกี่ยวข้องกับการเก็บข้อมูลในมนุษย์ให้มีหัวข้อ “พิจารณาทางด้านจริยธรรม” โดย

- ระบุในส่วนของวิธีการวิจัย (Method) ว่าได้รับความเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยประจำสถาบันที่ทำวิจัย
- เขียนอธิบายว่าผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์อาสาสมัครผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างไร
- นิพนธ์ต้นฉบับ บทความวิจัยอย่างสั้น และรายงานผู้ป่วยหรือกรณีศึกษา ได้แนบสำเนาหนังสืออนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ประจำสถาบันที่ทำการวิจัย

### 4. เนื้อหา (Text)

- ไม่ต้องจัดแบ่งคอลัมน์
- แต่ละส่วนของเนื้อหาไม่ต้องใส่หมายเลข แต่หัวข้อใช้ตัวหนา จัดชิดซ้ายและเรียงลำดับดังนี้ บทคัดย่อภาษาไทย บทคัดย่อภาษาอังกฤษ บทนำ วิธีการวิจัย ผลการวิจัย วิจารณ์และสรุปผล กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง ตาราง และหรือ ภาพ บทความภาษาอังกฤษมีหัวข้อดังนี้ Abstract, Introduction, Methods, Results, Discussion and Conclusions, Acknowledgements,

References, Table or Illustrations)

- หัวข้อเรื่องรองให้ใช้ตัวหนา ย่อหน้า 1 แท้ไป
- ใช้คำย่อเมื่อมีการใช้คำนั้นบ่อยๆ ไม่จำเป็นต้องใช้คำเต็มอีก
- คำว่า “et al.” ไม่ต้องทำตัวเอน เว้นช่องว่างระหว่างคำว่า “และ” ในการอ้างอิงผู้เขียนสองคน คำว่า “และคณะ” เขียนติดกัน
- การอ้างอิงในเนื้อหา ให้ใช้ตัวเลขอารบิกด้วยวงเล็บไม่ใส่วงเล็บหลังชื่อผู้เขียนหรือหลังข้อความที่อ้างอิง เรียงตามลำดับของการอ้างอิงในเนื้อหา
- วิธีการศึกษาควรเขียนในรูปบรรยาย แยกเนื้อหาด้วยย่อหน้า
- ระบุช่วงเวลาดำเนินการศึกษาและสถานที่ทำการศึกษาย่างชัดเจน
- ระบุการวิเคราะห์ทางสถิติหรือที่มาของค่าทางสถิติที่จะใช้ประกอบตารางผลการศึกษาย่างชัดเจน

#### 5. เอกสารอ้างอิง References (เขียนอ้างอิงตามคำแนะนำของวารสาร)

- เรียงตามลำดับหมายเลขที่อ้างอิงในเนื้อหาบทความ โดยเขียนตามแบบของ Vancouver style
- ทุกอ้างอิงต้องมีการอ้างในเนื้อหา
- มีการให้ URLs ที่เข้าถึงได้ สำหรับเอกสารที่อ้างอิงจากอินเทอร์เน็ต

#### 6. ตาราง (Tables)

- ตารางสร้างโดยใช้คำสั่งแทรกตารางใน Microsoft Word ตัวอักษร Cordia New ขนาด 12-14
- ชื่อตารางอยู่เหนือตาราง จัดชิดซ้าย
- ตัวย่อในตาราง ให้มีคำอธิบายอยู่ด้านล่างของตาราง ตัวอักษร Cordia New ขนาด 12
- การแสดงนัยสำคัญให้ ใช้ สัญลักษณ์ \* หรือ \*\* สำหรับ  $p < 0.05$  และ  $p < 0.01$  ตามลำดับ
- การแสดงค่าเฉลี่ยต้องมีค่าการกระจายอย่างใดอย่างหนึ่งประกอบ เช่น %CV, SD, SE, ค่าต่ำสุด-สูงสุด, พิสัย เป็นต้น
- หากมีการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและค่า p-value ต้องแสดงค่า standard error of mean (SEM) ประกอบ

#### 7. ภาพ (Figures)

- ชื่อภาพอยู่เหนือภาพ จัดชิดซ้าย
- ภาพหรือกราฟที่แสดงไม่ซับซ้อนจนทำความเข้าใจได้ยาก
- ระบุชื่อแกนและหน่วยที่ชื่อแกนของกราฟ (ถ้ามี)



ใบชำระค่าตีพิมพ์บทความ  
“วารสารโรงพยาบาลสกลนคร”

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

เรียน บรรณาธิการวารสารโรงพยาบาลสกลนคร

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว).....

สถานภาพของผู้พิมพ์  นิสิต / นักศึกษา  อาจารย์  บุคคลทั่วไป

ที่อยู่ .....

หมายเลขโทรศัพท์ .....

E-mail address : .....

มีความประสงค์ที่จะตีพิมพ์บทความวารสารโรงพยาบาลสกลนคร

**หมายเหตุ** 1) ค่าตีพิมพ์บทความวารสาร จำนวนเงิน 3,000 บาท/เรื่อง (หากบทความของท่านเข้าสู่กระบวนการพิจารณาของกองบรรณาธิการแล้ว จะไม่สามารถขอรับเงินค่าตีพิมพ์บทความวารสารคืนได้)

หากท่านมีความประสงค์จะตีพิมพ์บทความวารสารฯ กรุณาโอนเงินไปที่

ธนาคาร : ธนาคารกรุงไทย สาขาสกลนคร (ประเภทออมทรัพย์)

ชื่อบัญชี : มูลนิธิโรงพยาบาลสกลนคร

เลขที่บัญชี : 412-3-00875-5

2) โอนเงินเมื่อได้รับแจ้งจากฝ่ายจัดการของวารสารแล้วเท่านั้น

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ..... บาท (.....) ดังได้แนบเอกสารการโอนเงินมาพร้อมนี้ด้วยแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบการชำระเงินเป็นอันถูกต้อง และได้ลงทะเบียนคุณรายชื่อสมาชิกไว้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....นายทะเบียน

(.....)

วันที่ .....







# โรงพยาบาลสกลนคร

## SAKONNAKHON HOSPITAL

วิสัยทัศน์ >

“โรงพยาบาลศูนย์ชั้นนำและศูนย์การเรียนรู้ทางการแพทย์ที่ทันสมัย  
โดยการมีส่วนร่วมของประชาชน”

พันธกิจ >

1. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิและตติยภูมิ
2. บริการสุขภาพแบบผสมผสาน สนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและประชาชน
3. พัฒนาและส่งเสริมศูนย์การเรียนรู้ทางการแพทย์และการสร้างนวัตกรรมด้านสุขภาพ
4. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศให้มีความทันสมัย
5. ร่วมผลิตบุคลากรทางการแพทย์ที่มีมาตรฐาน

ค่านิยม >

### “TEAMS”



Teamwork

มุ่งมั่น  
การทำงาน  
เป็นทีม



Excellent service

การบริหาร  
สู่  
ความเป็นเลิศ



Achievement

มุ่งมั่น  
สู่  
ความสำเร็จ



Moral

ดำรงไว้  
ซึ่งคุณธรรม



Service mind

บริการ  
ด้วยหัวใจ

อัตลักษณ์ >

“รับผิดชอบ มีวินัย ใส่ใจบริการ”

