

วารสาร

สุขภาพ และ
การศึกษาพยาบาล

Journal of Health
and Nursing Education

ปีที่ 29 ฉบับที่ 3 (กันยายน - ธันวาคม) 2566



วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล
ผ่านการรับรองคุณภาพ TCI กลุ่มที่ 1 (พ.ศ. 2565-2567)
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Jolbcnm>

ISSN 2985-1033 (Online)



วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล

Journal of Health and Nursing Education

วัตถุประสงค์

1. เผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการศึกษาพยาบาล
2. ส่งเสริมการสร้างเครือข่ายและสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ร่วมวิชาชีพทางด้านสุขภาพและการศึกษาพยาบาล

หน่วยงาน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

177 ถนนช้างเผือก ตำบลในเมือง อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

ฝ่ายจัดการวารสาร

1. นายปิยะพฤกษ์ พฤกษ์ชาติ
2. นางสาวพิชญา บารเมษฐ์กุล
3. นางสาวอุดมลักษณ์ กาญจนรังสีชัย
4. นางสาวอลิศรา ลับไพร
5. นางสาวบุญญาพร แสนยาใจ
6. นายอรรถสิทธิ์ สิทธิปฐุ

กำหนดออกวารสาร ทุก 4 เดือน (ปีละ 3 ฉบับ)

ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิผู้พิจารณาและกลั่นกรองผลงานวิชาการ

บทความที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล

ปีที่ 29 ฉบับที่ 3 (กันยายน - ธันวาคม) 2566

ได้ผ่านการพิจารณาและกลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิเรื่องละ 2 – 3 ท่าน ดังนี้

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ภายนอกสถาบันพระบรมราชชนก

ผศ. ดร. จิตภา ผูกพัน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ. ดร. สมรภาพ บรรหารักษ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Mr. Kent Hamilton	คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
อ. ชีรนุช ยินดีสุข	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี
ดร. สุเพียร โภคทิพย์	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
ผศ. ดร. ศรีัญญา จุฬาริ	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ดร. กุลระวี วิวัฒน์ชีวิน	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ. ดร. ธวัชชัย เอกสันติ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
ผศ.ดร. เกิดศิริ หงษ์ไทย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
ดร. สันศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
อ. อัมพร เทียงตรงดี	นักวิชาการอิสระ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ภายในสถาบันพระบรมราชชนก

ผศ. ดร. พรฤดี นิธิรัตน์	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
ผศ. ดร. นิสากร วิบูลชัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา
ดร. แสงดาว จันทร์ดา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนขอนแก่น
ดร. เกษราภรณ์ เคนบุปผา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์
ดร. กำพร ดานา	วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
ดร. ศิริรัตน์ จำปีเรือง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์
ดร. ชวนนท์ จันทร์สุข	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนชัยนาท
ดร. วรรณพร บุญเปล่ง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนจังหวัดนนทบุรี
ดร. อุทัยทิพย์ จันทร์เพ็ญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพระพุทธบาท
ดร. เชษฐา แก้วพรม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนแพร่
ดร. วิภารัตน์ สุวรรณไวกพัฒนะ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา
ดร. นฤมล จันทร์สุข	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนชัยนาท
อ. อนุชา ไทยวงษ์	วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
ดร. ชูศักดิ์ ยืนนาน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนเชียงใหม่
ดร. กุลธิดา กุลประทีปปัญญา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

กองบรรณาธิการวารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล

ที่ปรึกษา

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| 1. ผศ. ดร. นิสากร วิบูลชัย | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา |
| 2. ผศ. ดร. กิตติพร เนาว์สุวรรณ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา |

บรรณาธิการ

- | | |
|---------------------|-------------------------------------|
| อ. จงกลณี ดุ้ยเจริญ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา |
|---------------------|-------------------------------------|

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

- | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|
| อ. คุณัสปรกรณ์ มัลลัปปหลานนท์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา |
|-------------------------------|-------------------------------------|

กองบรรณาธิการบุคคลภายในสถาบันพระบรมราชชนก

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| 1. อ. ดร. จิรนุช สมโชค ไวท์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา |
| 2. อ. ดร. วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนะ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา |
| 3. อ. ดร. สุหทัย โตสังวาล | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา |
| 4. อ. ดร. ทศนีย์ ทิพย์สูงเนิน | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา |
| 5. อ. ดร. มโนไท วงษาหล้า | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา |
| 6. อ. ดร. กำทร ดานา | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ศรีมหาสารคาม |
| 7. อ. ดร. อนุชา ไทยวงษ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ศรีมหาสารคาม |
| 8. อ. ดร. สุภาวดี แฉวเพีย | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น |
| 9. อ. ดร. คมวัฒน์ รุ่งเรือง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช |
| 10. อ. ดร. สุทิน ชนะบุญ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ขอนแก่น |

กองบรรณาธิการบุคคลภายนอกสถาบันพระบรมราชชนก

- | | |
|---|------------------------------------|
| 1. รศ. ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 2. อ. ดร. สุดาพร สถิตยทุธการ | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 3. ดร. เอมอร แสงศิริ | โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย |
| 4. อ. ดร. อลงกรณ์ สุขเรืองกุล | มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี |
| 5. นท. หญิง ผศ.(พิเศษ) ดร. กนกเลขา สุวรรณพงษ์ | วิทยาลัยพยาบาลทหารเรือ |
| 6. ผศ. ดร. หทัยชนก บัวเจริญ | มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม |
| 7. ผศ. ดร. สมรภพ บรรหารักษ์ | มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 8. ผศ. ดร. จิดาภา ผูกพันธ์ | มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |
| 9. อ. ดร. ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์ | มหาวิทยาลัยราชธานี |
| 10. ผศ. ดร. สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม | มหาวิทยาลัยพะเยา |
| 11. รศ. ดร. จันทร์ทิรา เกียรณัย | มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 12. รศ. ดร. ชัยกณต์ แพรขาว | มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 13. อ. ดร. อติพร สำราญบัว | มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 14. อ. ดร. ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพน โปร์แมนน์ | มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 15. รศ. ดร. รัชนี ศุจิจันทร์รัตน์ | มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล |
| 16. อ. ดร. รุ่งรัตน์ สุชะเดชะ | มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล |
| 17. ผศ. ดร. ธวัชชัย เอกสันติ | มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา |
| 18. ผศ. ธนวัฒน์ ชิตชนานันท์ | มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา |
| 19. ดร. เกษราภรณ์ เกนบุปผา | โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ |
| 20. ดร. สิ้นศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี | ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา |

บทบรรณาธิการ

สวัสดีค่ะ ท่านผู้อ่าน

วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล ดำเนินการโดยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก วารสาร ปีที่ 29 ฉบับที่ 3 (เดือนกันยายน-ธันวาคม 2566) ตั้งแต่ฉบับนี้เป็นต้นไป ทางวารสารได้เปลี่ยนบรรณาธิการคนใหม่ ดิฉันในฐานะผู้มารับตำแหน่งใหม่ ขอขอบคุณบรรณาธิการทุกท่านที่ผ่านมา ได้ตั้งใจ มุ่งมั่น และทุ่มเท และดิฉันจะตั้งใจทำงานสานต่อให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ วารสารได้รับการรับรองโดยศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai-Journal Citation Index Centre [TCI]) ให้อยู่ในกลุ่มที่ 1 วารสารในกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2565 – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 เนื้อหาในฉบับนี้ ประกอบด้วยบทความที่ครอบคลุมขอบเขตด้านสุขภาพและการศึกษาพยาบาล ฉบับนี้มีบทความวิจัย 11 เรื่อง ได้แก่ “การพัฒนาสื่อการเรียนรู้ออนไลน์เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการตัดสินใจบริหารยามอร์ฟิน ในสถานการณ์จำลองทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3” “ผลการสร้างเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้หลัก สบช. โมเดล ในนักศึกษาพยาบาล” “ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา” “การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม” “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา นครราชสีมา” “ผลของการใช้กล่องของเล่นภูมิปัญญาไทยต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย” “บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา : การทบทวนแบบบูรณาการ” “ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแรงในชีวิต ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนกับการปรับตัวภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด – 19 ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย” “การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการดูแล ควบคุมและป้องกันเชื้อแบคทีเรียดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลราชวิถี” “ความไวต่อการรับรู้และการตัดสินใจเชิงจริยธรรมการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก” และ “ตัวบ่งชี้สมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันพระบรมราชชนก”

ดิฉันขอขอบคุณผู้สนับสนุนทุกท่านที่ได้ส่งผลงานด้วยความตั้งใจและมีคุณค่ามาเผยแพร่กับวารสารที่เป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ผลงานของท่านสู่สาธารณะ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ กองบรรณาธิการ ฝ่ายจัดการ และที่ปรึกษาของวารสาร มีส่วนร่วมในกระบวนการพิจารณาบทความ ทั้งนี้เพื่อคงคุณภาพของวารสารให้ มีมาตรฐานในระดับชาติอย่างต่อเนื่อง

จกมลณี ตัญเจริญ

บรรณาธิการวารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทความวิจัย การพัฒนาสื่อการเรียนรู้ออนไลน์เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการตัดสินใจ บริหารยามอร์ฟิน ในสถานการณ์จำลองทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 <i>ธีรวัฒน์ ช่างปัด, สุมลชาติ ดวงบุบผา</i>	1-18
ผลการสร้างเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้หลัก สบช. โมเดล ในนักศึกษาพยาบาล <i>อঞ্জรา มีนาสันติรักษ์, กัญญา ทูลธรรม</i>	19-36
ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ สาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา <i>พงศธร โตสังวาลย์, ประจักษ์ บัวผัน</i>	37-55
การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม <i>รุ่งทิพย์ เจริญศรี; รุ่งรัตน์ สายทอง , จริญญา มีหนองหว้า; วันชัย เลิศวัฒนวิลาส</i>	56-74
ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนสังกัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา นครราชสีมา <i>ภรณ์ทิพย์ ผลกระโทก, สุหทัย โตสังวาล</i>	45-91
ผลของการใช้กล่องของเล่นภูมิปัญญาไทยต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย <i>ญาณภัทร นิยมสัตย์, ศรีมณา นิยมคำ, วีระยุทธ อินพะเนา, พิชญานัญญ์ แก้วอำไพ</i> <i>วิไล ผดุงดาล</i>	92-111
บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อคือยา : การทบทวนแบบบูรณาการ <i>วิศิยาพรรณ สืบศิริกุล, ประภัสสร ชาญช้าง, วิมลพรรณ สังข์สกุล,</i> <i>เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร</i>	112-129

- ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนกับการปรับตัว
ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด – 19 ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย
วีรพงศ์ คาเชิงเขา, นริสา วงศ์พนารักษ์ 130-145
- การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการดูแล ควบคุมและป้องกันเชื้อแบคทีเรียคือยาหลาย
ขนานในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลราชวิถี 146-165
วิพร เกตุบำรุงพร, ธิดา แต่งประกอบ, พิจิตรา บุญเกิด, นฤมล จันทร์สุข,
อรนุช ขวัญเมือง, ภาณิต จันทาบัว
- ความไวต่อการรับรู้และการตัดสินใจเชิงจริยธรรมการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก 166-181
พนมพร กীরิตตานนท์, บุษพา คำรงกิตติกุล, สุนิษฐ์รัตน์ บุญศิลป์
- ตัวบ่งชี้สมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันพระบรมราชชนก 182-203
สายใจ คำทะเนตร, พระมหาสุกษัย สุกกิจโจ

การพัฒนาสื่อการเรียนรู้ออนไลน์เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการตัดสินใจ บริหารยามอร์ฟินในสถานการณ์จำลองทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3

ธีรวัฒน์ ช่างปัด, ค.ม.^{1*}

สุมลชาติ ควงบุบผา, ปร.ค.²

(วันที่ส่งบทความ: 23 กุมภาพันธ์ 2566; วันที่แก้ไข: 12 กันยายน 2566; วันที่ตอบรับ: 20 กันยายน 2566)

บทคัดย่อ

การพัฒนาความรู้และเสริมสร้างความสามารถในการตัดสินใจบริหารยามอร์ฟินเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากยามอร์ฟินเป็นยาที่มีความเสี่ยงสูง หากบริหารยาผิดพลาด อาจส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาและประเมินประสิทธิภาพของสื่อ 2) เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องยามอร์ฟินก่อนและหลังการใช้สื่อการเรียนรู้ออนไลน์ 3) ประเมินความสามารถในการตัดสินใจบริหารยามอร์ฟิน และ 4) ศึกษาความคิดเห็นของนักศึกษาต่อสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลรามาธิบดี ชั้นปีที่ 3 จำนวน 30 คน ได้จากการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือวิจัยได้แก่ 1) สื่อการเรียนรู้ออนไลน์เรื่องยามอร์ฟิน 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน 4) แบบสังเกตความสามารถในการตัดสินใจบริหารยามอร์ฟินในสถานการณ์จำลอง และ 5) แบบสอบถามความคิดเห็นของนักศึกษาต่อสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ เครื่องมือข้อ 3-5 มีค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้ ดังนี้ ข้อ 3 มีค่าคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) = .80 ข้อ 4 มีค่าความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต (Interrater reliability) = 90.56% และข้อ 5 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (α) = .93 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและค่าสถิติทดสอบที ผลการวิจัย พบว่า ประสิทธิภาพของสื่อ ($E1/E2$) = 85.42/92.33 นักศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องยามอร์ฟินหลังการใช้สื่อ ($M = 9.23, SD = 1.07$) สูงกว่าก่อนการใช้สื่อ ($M = 5.47, SD = 1.53$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t(29) = -12.471, p = .001$) และความสามารถในการตัดสินใจบริหารยามอร์ฟินโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 0.89, SD = 0.16$) ความคิดเห็นของนักศึกษาต่อสื่อการเรียนรู้ออนไลน์โดยรวมในระดับมาก ($M = 4.37, SD = 0.44$) ดังนั้น สื่อการเรียนรู้ออนไลน์สามารถใช้เพิ่มความรู้และส่งเสริมความสามารถในการตัดสินใจบริหารยามอร์ฟินของนักศึกษาพยาบาลได้

คำสำคัญ: สื่อการเรียนรู้ออนไลน์, ความสามารถในการตัดสินใจ, การบริหารยามอร์ฟิน, สถานการณ์จำลองทางคลินิก, นักศึกษาพยาบาล

¹ พยาบาลวิชาชีพ, โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์, โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

*ผู้ประพันธ์บทความ: ธีรวัฒน์ ช่างปัด, Email: teerawat.cha@mahidol.ac.th

Development of Online Learning Material to Promote Decision-Making Ability in Morphine Administration in Clinical Simulation among the Third Year Nursing Students

Teerawat Changpad, M.Ed.^{1*}

Sumolchat Duangbubpha, Ph.D.²

(Received: February 23rd, 2023; Revised: September 12th, 2023; Accepted: September 20th, 2023)

Abstract

The development of knowledge and decision-making ability in the administration of morphine is essential, as morphine is a high-risk drug. If administered incorrectly, it can pose a risk to patient safety. This research and development study aimed to 1) Develop and evaluate the effectiveness of the media 2) Compare knowledge scores on morphine before and after using the online learning media 3) Evaluate the ability to make decisions in morphine administration 4) Study student opinions on the online learning media. The study sample consisted of 30 third-year nursing students from Ramathibodi School of Nursing, who were selected by simple random sampling. The research tools included 1) Online learning media on morphine 2) Personal information questionnaire 3) Achievement test 4) Observation form for evaluating the ability to make decisions in morphine administration in simulated situations 5) Questionnaire to collect student opinions on the online learning media. The instruments 3-5 had acceptable reliability, as follows: Item 3 had a Kuder-Richardson (KR-20) value of 0.80, item 4 had an interrater reliability of 90.56%, and item 5 had a Cronbach's alpha coefficient (α) of 0.93. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test statistics. The results showed that the effectiveness of the media was $(E1/E2) = 85.42/92.33$. Students had a mean knowledge score on morphine after using the media ($M = 9.23, SD = 1.07$) that was significantly higher than before using the media ($M = 5.47, SD = 1.53$) at the .05 level ($t(29) = -12.471, p = .001$). The overall ability to make decisions in morphine administration was high ($M = 0.89, SD = 0.16$). The overall opinions of students on the online learning media were positive ($M = 4.37, SD = 0.44$). Online learning media can be used to increase knowledge and promote decision-making ability in morphine administration in nursing students.

Keywords: Online Learning Media, Decision-Making Ability, Morphine Administration, Clinical Simulation, Nursing Students

¹ Registered nurse, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramatibodi Hospital, Mahidol University.

² Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramatibodi Hospital, Mahidol University.

*Corresponding author: Teerawat Changpad, Email: teerawat.cha@mahidol.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารได้พัฒนาไปอย่างรวดเร็ว ในบริบทด้านการศึกษาตามแผนการศึกษาแห่งชาติฉบับ พ.ศ. 2560 - 2579 มีวิสัยทัศน์ว่า คนไทยทุกคนได้รับการศึกษาและเรียนรู้ตลอดชีวิตอย่างมีคุณภาพ ดำรงชีวิตอย่างเป็นสุข สอดคล้องกับหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง และการเปลี่ยนแปลงของโลกศตวรรษที่ 21 (สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา, 2560) ตลอดจนแนวคิด Thailand 4.0 ที่เน้นในเรื่องความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารแบบก้าวกระโดด จึงได้มีการนำเทคโนโลยีซึ่งมีความยืดหยุ่น คล่องตัวและมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีขึ้นในมิติต่าง ๆ มาใช้เสริมเพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่ดียิ่งขึ้น (จินตวิทย์ คล้ายสังข์, 2561) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่มีสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus disease 2019 [COVID-19]) สถาบันการศึกษาต่าง ๆ ได้มีการนำเทคโนโลยีการสอนแบบออนไลน์มาใช้เพื่อสนับสนุนการเรียนการสอนเป็นอย่างมาก แม้กระทั่งเมื่อเข้าสู่ช่วงวิถีความปกติใหม่ (New normal) และชีวิตวิถีถัดไป (Next normal) การเรียนการสอนในรูปแบบออนไลน์ยังคงได้รับความนิยมเป็นที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย

รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 และ 2 (RANS 384-385) ของโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล มีการจัดการเรียนการสอนเป็นภาคปฏิบัติ 12 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ การฝึกปฏิบัติแบ่งเป็นการฝึกปฏิบัติบนคลินิกและการฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลองทางคลินิก (Clinical simulation) ด้วยการใช้หุ่นจำลองคล้ายมนุษย์จริง (Human patient simulators) (หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี, 2563) สำหรับการฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลองทางคลินิกเป็นการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ นักศึกษามีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเองเสมือนอยู่ในสถานการณ์จริง สามารถถ่ายโยงองค์ความรู้ในภาคทฤษฎีมาสู่การฝึกปฏิบัติ นักศึกษาจะได้รับข้อมูลป้อนกลับจากอาจารย์ผู้สอนผ่านกระบวนการสะท้อนคิด ส่งผลให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้และพัฒนาตนเองในการดูแลผู้ป่วยในด้านการติดต่อสื่อสาร การเป็นผู้นำ การทำงานเป็นทีม การบริหารจัดการกับสถานการณ์ที่วิกฤต การคิดอย่างมีวิจารณญาณ และการตัดสินใจทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ต่าง ๆ (Mulyadi et al., 2021) การเรียนการสอนรูปแบบนี้จึงถูกนำมาใช้ในการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต เนื่องจากประเด็นเรื่องสิทธิของผู้ป่วยและความปลอดภัยในการรักษาพยาบาล รวมถึงในช่วงที่มีสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ที่ส่งผลให้นักศึกษาไม่สามารถขึ้นฝึกปฏิบัติบนคลินิกได้อย่างเต็มที่ (รณชัย คนบุญ และคณะ, 2565) การเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองทางคลินิกใช้รูปแบบการตัดสินใจทางคลินิกของ Tanner (2006) ซึ่งกล่าวว่า การให้เหตุผลทางคลินิกมี 4 ขั้นตอน คือ 1) การให้ความสนใจและรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้น (Noticing) โดยนักศึกษานำความรู้จากตำรา ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย มาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและสถานการณ์ทางคลินิกต่าง ๆ 2) การตีความ (Interpreting)

นักศึกษาต้องคิด ตีความและแปลความข้อมูล ประเมินข้อมูล รวมถึงแยกแยะความแตกต่างของข้อมูลที่ผิดปกติจากข้อมูลปกติ รวมถึงสามารถระบุความไม่สอดคล้องกันของข้อมูลได้ 3) การตอบสนองโดยตัดสินใจกระทำที่เหมาะสม (Responding) นักศึกษาลงมือปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาตามสถานการณ์จำลองทางคลินิก รวมถึงการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ และ 4) การสะท้อนการเรียนรู้เพื่อการพัฒนา (Reflecting) นักศึกษาสะท้อนคิดการเรียนรู้ของตนเองเกี่ยวกับการให้พยาบาลทั้งในขณะฝึกปฏิบัติและสิ้นสุดสถานการณ์จำลอง ส่งผลให้นักศึกษาเกิดการพัฒนาการตัดสินใจทางคลินิก ซึ่งจะกลายเป็นภูมิหลังและประสบการณ์ของนักศึกษาในขั้นตอนการให้ความสนใจและรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้น เมื่อเกิดสถานการณ์ที่มีความคล้ายคลึงกันต่อไป (ตรีชฎา ปุณฺณสำเร็จ และสุพรรณิ กัณหาธิก, 2560)

จากการทบทวนเกี่ยวกับ มคอ. 3 รายละเอียดของรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในภาคทฤษฎี การสนทนากลุ่มกับอาจารย์ผู้สอน รวมถึงการวิเคราะห์ข้อมูลความต้องการจำเป็น (Needs assessment) จากแบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลรามาริบัติ ชั้นปีที่ 3 ในการฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลองทางคลินิก เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอก (Chest pain) ในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2564 พบว่า นักศึกษามีข้อจำกัดด้านการตัดสินใจทางคลินิก โดยเฉพาะด้านการตอบสนองโดยตัดสินใจกระทำที่เหมาะสม (Responding) เรื่องการบริหารยามอร์ฟินมากที่สุด (มหาวิทยาลัยมหิดล, 2564) การสรุปผลการเรียนรู้จากเหตุการณ์ (Debrief) ของนักศึกษาและอาจารย์ผู้สอน คือ การบริหารยามอร์ฟินเป็นทักษะที่มีความสำคัญ การขาดทักษะในการบริหารยามอร์ฟิน มีโอกาสส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย รวมถึงอาจนำมาซึ่งการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายได้ นักศึกษาต้องมีความรู้ความเข้าใจ รวมถึงสามารถบริหารยามอร์ฟินได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ และมีความเห็นให้ผลิตสื่อการเรียนรู้ออนไลน์เรื่องยามอร์ฟิน สำหรับนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 ซึ่งสามารถเข้าถึงได้ทุกที่ ทุกเวลา

สื่อการเรียนรู้ออนไลน์ (Online learning material) เป็นสื่อที่ช่วยนำเสนอเนื้อหาการเรียนรู้ไปสู่ผู้เรียน ประกอบด้วย ข้อความ รูปภาพ ที่สามารถสื่อความหมายและเรื่องราวต่าง ๆ ได้ ช่วยกระตุ้นการเรียนรู้ และนักศึกษาสามารถเรียนรู้และทบทวนด้วยตนเองตามความต้องการผ่านระบบออนไลน์ได้ทุกที่ทุกเวลา (สุริย์ฉาย คิดหาทอง และอัสวีนิ ตันกูริมาน, 2565) ผู้วิจัยพัฒนาสื่อการเรียนรู้ออนไลน์โดยใช้หลักการออกแบบตามแนวคิด ADDIE Model (A [Analysis] การวิเคราะห์; D [Design] การออกแบบ; D [Development] การพัฒนา; I [Implement] การทดลองใช้; E [Evaluation] การประเมินผล) (McGriff, 2000) ร่วมกับทฤษฎีการสร้างความรู้ด้วยตนเอง (Constructivism) โดยใช้วิธีการแบบสแกฟโฟลด์ (Scaffold) ซึ่งเป็นเทคนิคการสอนของผู้สอนในการส่งเสริมและช่วยเหลือผู้เรียนแต่ละคนที่มีพัฒนาการในการเรียนรู้หรือพื้นที่รอยต่อพัฒนาการที่มากขึ้นแตกต่างกัน (Vygotsky, 1980) โดยผู้สอนช่วยเหลือการเรียนรู้ของผู้เรียนด้วยการสนับสนุนให้ผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ทั้งระหว่างผู้สอนกับผู้เรียนหรือผู้เรียนกับผู้เรียนด้วยกัน

(นพมาศ ปลัดทอง, 2561) ดังนั้น สื่อการเรียนรู้ออนไลน์ที่ผ่านการออกแบบให้สอดคล้องกับความต้องการในการเรียนรู้จะสามารถส่งเสริมการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลได้

จากประเด็นปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น และการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาและการหาประสิทธิภาพของสื่อการเรียนรู้ออนไลน์เรื่องยามอร์ฟิน เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการตัดสินใจบริหารยามอร์ฟินในสถานการณ์จำลองทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาสื่อการเรียนรู้ออนไลน์เรื่องยามอร์ฟิน เพื่อนำมาใช้ร่วมสอนในการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองทางคลินิก เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอก รวมถึงศึกษาผลของสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ ต่อความรู้และความสามารถในการตัดสินใจบริหารยามอร์ฟินในสถานการณ์จำลองทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. พัฒนาและประเมินประสิทธิภาพของสื่อการเรียนรู้ออนไลน์เรื่องยามอร์ฟิน สำหรับนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3
2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องยามอร์ฟินก่อนและหลังการใช้สื่อการเรียนรู้ออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3
3. ประเมินความสามารถในการตัดสินใจในการบริหารยามอร์ฟินในสถานการณ์จำลองทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3
4. ศึกษาความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 ที่มีต่อสื่อการเรียนรู้ออนไลน์เรื่องยามอร์ฟิน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนาสื่อการเรียนรู้ออนไลน์เรื่องยามอร์ฟิน โดยใช้หลักทฤษฎีการออกแบบและพัฒนาตามแนวคิด ADDIE Model ของ McGriff (2000) ร่วมกับทฤษฎีการสร้างความรู้ด้วยตนเอง โดยใช้วิธีการแบบ Scaffold ของ Vygotsky (1980) มีขั้นตอนดังนี้ ขั้นที่ 1 การวิเคราะห์ โดยการวิเคราะห์ปัญหาจากการทบทวน มคอ. 3 รายละเอียดของรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ การสนทนากลุ่มกับอาจารย์ผู้สอน และการวิเคราะห์ข้อมูลความต้องการจำเป็นจากแบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 ในการฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลองทางคลินิก เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอก ขั้นที่ 2 การออกแบบสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ ตามแนวคิดทฤษฎีการสร้างความรู้ด้วยตนเอง โดยใช้วิธีการแบบ Scaffold ผู้วิจัยใช้ Google Slides ซึ่งเป็นเครื่องมือส่งเสริมการเรียนรู้ที่สามารถทำงานร่วมกันกับผู้อื่นผ่านเครือข่ายสัญญาณอินเทอร์เน็ต สามารถรองรับการทำงานบนอุปกรณ์ต่าง ๆ ได้หลากหลาย ไม่ต้องติดตั้งโปรแกรมใด ๆ ในอุปกรณ์เคลื่อนที่หรือคอมพิวเตอร์ เข้าถึงได้ทุกที่ ทุกเวลา และสามารถตั้งค่านักศึกษาแสดงความคิดเห็น เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน นักศึกษาจึงได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนการเรียนรู้เรื่องยามอร์ฟินร่วมกันกับเพื่อนที่มีศักยภาพมากกว่า หรือสอบถามข้อสงสัยจากอาจารย์

ผู้สอน รวมถึงอาจารย์สามารถกระตุ้นให้นักศึกษาได้เรียนรู้ร่วมกันได้ตลอดเวลา นักศึกษาจึงเกิดการขยายพัฒนาการหรือพัฒนาศักยภาพของตนเองจนถึงระดับพัฒนาการที่สามารถจะเป็นไปได้ (The level of potential development) ขั้นที่ 3 การพัฒนา เป็นการจัดทำสื่อการเรียนรู้ออนไลน์เรื่องยามอร์ฟินตามที่ระบุไว้ในขั้นการออกแบบ รวมถึงการประเมินคุณภาพของสื่อจากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยใช้แบบประเมินองค์ประกอบของสื่อ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านเนื้อหา และด้านคุณภาพสื่อ ขั้นที่ 4 การทดลองใช้ เป็นการนำสื่อการเรียนรู้ออนไลน์เรื่องยามอร์ฟินไปทดสอบประสิทธิภาพ 3 แบบ ได้แก่ 1) การทดสอบประสิทธิภาพแบบเดี่ยว 2) การทดสอบประสิทธิภาพแบบกลุ่ม และ 3) การทดสอบประสิทธิภาพสอนจริง ผู้วิจัยใช้แนวคิดของชัยงค์ พรหมวงศ์ (2556) กำหนดค่าประสิทธิภาพ คือ ประสิทธิภาพกระบวนการ (E1) และประสิทธิภาพผลลัพธ์ (E2) ตามเกณฑ์มาตรฐาน E1/E2 เท่ากับ 80/80 แสดงว่าสื่อการเรียนรู้ออนไลน์เรื่องยามอร์ฟินมีประสิทธิภาพ โดยประสิทธิภาพกระบวนการ (E1) คือ ค่าเฉลี่ยคะแนนร้อยละ 80 ของคะแนนที่นักศึกษาฝึกปฏิบัติด้วยสถานการณ์จำลองทางคลินิก เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอก และประสิทธิภาพผลลัพธ์ (E2) คือ ค่าเฉลี่ยคะแนนร้อยละ 80 ของคะแนนที่นักศึกษาทำแบบทดสอบหลังเรียนเรื่องยามอร์ฟิน สำหรับการประเมินความสามารถในการตัดสินใจบริหารยามอร์ฟินขณะฝึกปฏิบัติด้วยสถานการณ์จำลองทางคลินิก เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอก ผู้วิจัยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิดรูปแบบการตัดสินใจทางคลินิกของ Tanner (2006) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การให้ความสนใจและรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้น (Noticing; 2) การตีความ (Interpreting) และ 3) การตอบสนองโดยตัดสินใจกระทำการที่เหมาะสม (Responding) และ ขั้นที่ 5 การประเมินผล เป็นการประเมินความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นต่อสื่อการเรียนรู้ออนไลน์เรื่องยามอร์ฟิน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบวิจัยและพัฒนา (Research and Development [R&D])

ขั้นตอนการวิจัยและพัฒนาสื่อการเรียนรู้ออนไลน์เรื่องยามอร์ฟิน ตามแนวคิด ADDIE Model

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ (Analysis)

จากการวิเคราะห์ความต้องการจำเป็น (Needs assessment) ผู้วิจัยกำหนดเป้าหมายในการแก้ปัญหา เรื่องการตัดสินใจทางคลินิกด้านการตอบสนองโดยการตัดสินใจกระทำการที่เหมาะสม เรื่องการบริหารยามอร์ฟิน โดยจัดทำสื่อการเรียนรู้ออนไลน์เรื่องยามอร์ฟิน ที่สามารถใช้งานได้ง่าย เข้าถึงได้ทุกอุปกรณ์ ทุกที่ทุกเวลา โดยผู้วิจัยเลือกใช้ Google Slides เนื่องจากเข้าถึงได้ง่าย นักศึกษาพยาบาลทุกคนมีไอแพด (iPad) หรือสมาร์ทโฟน (Smart phone) และสามารถเชื่อมต่อสัญญาณ WiFi ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีหรือมหาวิทยาลัยมหิดลได้

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบ (Design)

ผู้วิจัยศึกษาหลักการ แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการออกแบบสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ให้ถูกต้องเหมาะสมตามหลักวิชาการ เช่น การใช้สี ข้อความ รูปภาพ เป็นต้น รวมถึงการออกแบบส่วนของปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ระหว่างนักศึกษา กับสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ โดยเน้นผู้เรียนให้บรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ โดยสร้างกลยุทธ์การสอนบนพื้นฐานของทฤษฎีการสร้างความรู้ด้วยตนเอง โดยใช้วิธีการแบบ Scaffold สำหรับการออกแบบด้านเนื้อหา ยามอร์ฟิน ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลจากฐานข้อมูลระบบยาของโรงพยาบาล รามาธิบดี และกำหนดหัวข้อประกอบด้วย กลุ่มยา กลไกการออกฤทธิ์ รูปแบบของยา วิธีการให้ยา ข้อบ่งใช้ การเตรียมยาฉีดในกรณีที่ใช้บรรเทาอาการเจ็บหน้าอก สารน้ำที่เข้ากันได้ ความคงตัวของยา อาการไม่พึงประสงค์ การดูแลผู้ที่ได้รับยามอร์ฟิน และอาการที่ต้องแจ้งให้แพทย์ทราบทันที

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนา (Development)

ผู้วิจัยสร้างสื่อการเรียนรู้ออนไลน์เรื่องยามอร์ฟิน โดยใช้ Google Slides เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการนำเสนอที่ไม่ซับซ้อน ตกแต่งเนื้อหา ข้อความ รูปภาพได้ง่าย และสามารถเข้าถึงได้ด้วยอุปกรณ์หลายชนิด ทั้ง Smart phone แท็บเล็ต (Tablet) คอมพิวเตอร์ (Computer) นอกจากนี้ยังเป็นเครื่องมือที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษากับนักศึกษา และนักศึกษากับอาจารย์ โดยผู้วิจัยตั้งค่าการแชร์ไฟล์ให้นักศึกษาสามารถโต้ตอบกับอาจารย์ผู้สอนและนักศึกษาด้วยกันได้ตลอดเวลา หลังจากนั้นนำสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยใช้แบบประเมินองค์ประกอบของสื่อ ปรับปรุง และแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

ขั้นตอนที่ 4 การทดลองใช้ (Implementation)

ผู้วิจัยนำสื่อการเรียนรู้ออนไลน์เรื่องยามอร์ฟิน ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดสอบประสิทธิภาพใช้เบื้องต้น (Try out) ตามแนวคิดของชัยยงค์ พรหมวงศ์ (2556) โดยทดสอบประสิทธิภาพแบบเดี่ยว (1:1) กับนักศึกษาพยาบาลรามาธิบดี ชั้นปีที่ 3 ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการวิจัย ผลการทดสอบประสิทธิภาพแบบเดี่ยว พบว่า $E1/E2 = 63.63/70.00$ ผู้วิจัยปรับปรุงและแก้ไขสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ตามข้อเสนอแนะ จากนั้นนำไปทดสอบประสิทธิภาพแบบกลุ่ม (1:10) กับนักศึกษาพยาบาลรามาธิบดี ชั้นปีที่ 3 ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 8 คน โดยผู้วิจัยชี้แจงกระบวนการวิจัยเช่นเดียวกับการทดสอบประสิทธิภาพแบบเดี่ยว ผลการทดสอบ พบว่า $E1/E2 = 88.64/83.75$ ซึ่งผ่านตามเกณฑ์มาตรฐาน ผู้วิจัยปรับปรุงและแก้ไขตามข้อเสนอแนะเพื่อให้สื่อการเรียนรู้ออนไลน์มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และนำไปทดสอบประสิทธิภาพสอนจริง (Trial run) กับนักศึกษาพยาบาลรามาธิบดี ชั้นปีที่ 3 จำนวน 30 คน

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล (Evaluation)

หลังสิ้นสุดขั้นตอนการทดลองใช้ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามความคิดเห็นของนักศึกษา ต่อสื่อการเรียนรู้ออนไลน์เรื่องยามอร์ฟิน ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดมาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ หากตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยคัดแบบสอบถามฉบับนั้นออก และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลรามาริบัติ ชั้นปีที่ 3 ที่ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาล ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 และ 2 (RANS 384 และ 385) ในปีการศึกษา 2564 จำนวน 220 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลรามาริบัติ ชั้นปีที่ 3 ที่ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 และ 2 (RANS 384 และ 385) ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2564 จำนวน 115 คน แบ่งนักศึกษาออกเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 5 คน ตามลำดับเลขที่ ได้ทั้งหมด 23 กลุ่ม จากนั้นใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากแบบไม่คืน ได้กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลรามาริบัติ ชั้นปีที่ 3 ที่เข้าฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองทางคลินิก เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอก 6 กลุ่ม จำนวน 30 คน ซึ่งเพียงพอต่อการทดสอบประสิทธิภาพสอนจริง (กรณีเป็นสถานศึกษาขนาดเล็กกำหนดกลุ่มตัวอย่าง 15 คนขึ้นไป) (ชัยงค์ พรหมวงศ์, 2556)

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 และ 2 (RANS 384 และ 385) ในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2564 และเข้าฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองทางคลินิก เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอก 2) เข้าฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองทางคลินิก ครบทุกชั่วโมง และ 3) มีอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่สามารถรองรับการใช้งานในระบบออนไลน์ได้

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ เลขที่ COA. MURA2021/677 ลงวันที่ 18 สิงหาคม 2564 โดยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการศึกษาวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับ ปฏิเสธ หรือยุติเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อคะแนนหรือผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ผู้วิจัยดำเนินการขอความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างผ่านหน้าแรกของแบบสอบถามออนไลน์ โดยไม่ระบุชื่อ – นามสกุล การวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม เพื่อไม่ให้ส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

สื่อการเรียนรู้ออนไลน์เรื่องยามอร์ฟิน (Morphine) ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้หลักทฤษฎีการออกแบบและพัฒนาตามแนวคิด ADDIE Model และใช้เครื่องมือที่ส่งเสริมการเรียนรู้ (Learning tool) คือ Google Slides มีเนื้อหาประกอบด้วย กลุ่มยา กลไกการออกฤทธิ์ รูปแบบของยา วิธีการให้ยา ข้อบ่งใช้ การเตรียมยา ฉีดในกรณีที่ใช้บรรเทาอาการเจ็บหน้าอก สารน้ำที่เข้ากันได้ ความคงตัวของยา อาการไม่พึงประสงค์ การดูแลผู้ที่ได้รับยามอร์ฟิน และอาการที่ต้องแจ้งให้แพทย์ทราบทันที

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบบปรนัย จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย เพศ เกรดเฉลี่ยสะสม ประสบการณ์การเตรียมยามอร์ฟิน และประเภทของยามอร์ฟินที่เคยรู้จัก สร้างโดยใช้ Google Forms

2.2 แบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ก่อนเรียน (Pretest) และหลังเรียน (Posttest) เรื่องยามอร์ฟิน เป็นแบบทดสอบชุดเดียวกันที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้ Google Forms ออกแบบโดยให้ครอบคลุมกับเนื้อหาและผลการเรียนรู้ที่คาดหวัง ตามพฤติกรรมเชิงความรู้ของ Bloom's taxonomy ด้วยการวิเคราะห์การออกแบบการสร้างแบบทดสอบ (Test blueprint) จำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็นระดับรูจำ 4 ข้อ ความเข้าใจ 1 ข้อ นำไปใช้ 3 ข้อ และวิเคราะห์ 2 ข้อ ข้อคำถามแบบปรนัยชนิดเลือกตอบ 4 ตัวเลือก (Multiple choice) มีเกณฑ์ในการให้คะแนน คือ ตอบผิด ได้ 0 คะแนน ตอบถูก ได้ 1 คะแนน คะแนนรวมมีค่า 0 - 10 คะแนน คะแนนตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความรู้เรื่องยามอร์ฟินระดับดี

2.3 แบบสังเกตความสามารถในการตัดสินใจบริหารยามอร์ฟินในสถานการณ์จำลอง ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสังเกตพฤติกรรมการตัดสินใจทางคลินิก เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอก (Chest pain) เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) ที่ผู้วิจัยร่วมกับคณาจารย์พยาบาลสร้างขึ้น โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการตัดสินใจทางคลินิกของ Tanner (2006) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การให้ความสนใจและรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้น 7 รายการ 2) การตีความ 5 รายการ และ 3) การตอบสนองโดยตัดสินใจกระทำที่เหมาะสม 10 รายการ (สุมลชาติ ดวงบุผา และคณะ, 2565) เกณฑ์ในการให้คะแนน คือ ปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือไม่ปฏิบัติ ได้ 0 คะแนน และปฏิบัติถูกต้อง ได้ 1 คะแนน การแปลผลจากค่าเฉลี่ยคะแนน ตามเกณฑ์ของบุญชม ศรีสะอาด (2560) เพื่อระบุระดับความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย ($M = 0.00 - 0.33$) ระดับปานกลาง ($M = 0.34 - 0.67$) และระดับมาก ($M = 0.68 - 1.00$)

สำหรับการวิจัยนี้ วิเคราะห์ความสามารถในการตัดสินใจบริหารยามอร์ฟินในสถานการณ์จำลองทางคลินิกด้านการตอบสนองโดยตัดสินใจกระทำที่เหมาะสม จำนวน 3 รายการ ได้แก่ 1) ตรวจเช็ดยามอร์ฟินตามหลัก 6 Rights 2) ให้ยา Morphine 3 mg. IV slow push และ 3) รายงานประวัติและอาการของ

ผู้ป่วยให้แพทย์ทราบตามหลัก ISBAR (I [Identify] การระบุชื่อผู้รายงานและผู้ป่วย; S [Situation] สถานการณ์ที่ทำให้ต้องรายงาน; B [Background] ข้อมูลภูมิหลังเกี่ยวกับสถานการณ์; A [Assessment] การประเมินสถานการณ์ของพยาบาล; R [Recommendation] ข้อเสนอแนะหรือความต้องการของพยาบาล)

2.4 แบบสอบถามความคิดเห็นของนักศึกษาต่อสื่อการเรียนรู้ออนไลน์เรื่องยามอร์ฟิน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้ Google Forms จำนวน 6 ข้อ คำถามเป็นแบบปรนัย มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ให้คะแนนเป็น 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ คะแนนรวมมีค่า 6-30 คะแนน เกณฑ์การแปลความหมายระดับความคิดเห็นแบ่งเป็น 5 ระดับ ตามเกณฑ์ของบุญชม ศรีสะอาด (2560) คือ เห็นด้วยระดับมากที่สุด ($M = 4.51 - 5.00$) เห็นด้วยระดับมาก ($M = 3.51 - 4.50$) เห็นด้วยระดับปานกลาง ($M = 2.51 - 3.50$) เห็นด้วยระดับน้อย ($M = 1.51 - 2.50$) และเห็นด้วยระดับน้อยที่สุด ($M = 1.00 - 1.50$)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำเครื่องมือเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาสื่อการเรียนการสอน 2 ท่าน และเภสัชกรคลินิก 1 ท่าน แล้วนำมาหาค่าความตรง ดังนี้ 1) สื่อการเรียนรู้ออนไลน์เรื่องยามอร์ฟิน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นด้านเนื้อหา เท่ากับ 4.60 ($SD = 0.18$) และค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นด้านคุณภาพสื่อ เท่ากับ 4.67 ($SD = 0.24$) อยู่ในระดับมากที่สุด (บุญชม ศรีสะอาด, 2560) 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence [IOC]) เท่ากับ 1.00 3) แบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ก่อนเรียนและหลังเรียน เรื่องยามอร์ฟิน มีค่า IOC ระหว่าง .60 - 1.00 และ 4) แบบสอบถามความคิดเห็นของนักศึกษาต่อสื่อการเรียนรู้เรื่องยามอร์ฟินมีค่า IOC เท่ากับ 1.00

ส่วนแบบสังเกตความสามารถในการตัดสินใจบริหารยามอร์ฟินในสถานการณ์จำลอง ไม่ได้หาค่าความตรง เนื่องจากผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้ โดยปรับปรุงเป็น 3 รายการ ได้แก่ ตรวจเช็ดยามอร์ฟินตามหลัก 6 Rights, ให้ยา Morphine 3 mg. IV slow push และ รายงานประวัติและอาการของผู้ป่วยให้แพทย์ทราบตามหลัก ISBAR

การหาความเที่ยงของแบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ก่อนเรียนและหลังเรียน เรื่องยามอร์ฟิน โดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) ได้ค่าเท่ากับ .80 (Kuder & Richardson, 1937) ส่วนแบบสังเกตความสามารถในการตัดสินใจบริหารยามอร์ฟินในสถานการณ์จำลอง ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลรามธิบดี ชั้นปีที่ 3 ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 30 คน แล้วให้อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 ท่านเป็นผู้สังเกต ได้ค่าความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต (Interrater reliability) ร้อยละ 90.56 และแบบสอบถามความคิดเห็นของนักศึกษาต่อสื่อการเรียนรู้เรื่องยามอร์ฟิน ผู้วิจัยนำไป

ทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลรามาชินดี ชั้นปีที่ 3 ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 30 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .93

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2565 มีขั้นตอน ดังนี้

1. ภายหลังที่โครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาชินดี ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลนำส่งผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาชินดี ผู้วิจัยนัดหมายนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการวิจัยผ่านระบบ ZOOM

2. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ใช้เวลา 5 นาที และแบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ก่อนเรียน (Pretest) ใช้เวลา 10 นาที

3. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างศึกษาสื่อการเรียนรู้ออนไลน์เรื่องยามอร์ฟินล่วงหน้า 1 สัปดาห์ จากนั้นเข้าฝึกปฏิบัติด้วยสถานการณ์จำลองทางคลินิก เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอก ตามวันและเวลาที่กำหนดไว้ ทีมผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้แบบสังเกตความสามารถในการตัดสินใจบริหารยามอร์ฟินในสถานการณ์จำลอง

4. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์หลังเรียน (Posttest) หลังการฝึกปฏิบัติด้วยสถานการณ์จำลองทางคลินิกสิ้นสุดลง ใช้เวลา 10 นาที

5. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามความคิดเห็นของนักศึกษาต่อสื่อการเรียนรู้ออนไลน์เรื่องยามอร์ฟิน ใช้เวลา 5 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ประสิทธิภาพของสื่อการเรียนรู้ออนไลน์เรื่องยามอร์ฟิน โดยใช้สูตร E1/E2 เมื่อ E1 หมายถึง ค่าร้อยละของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการตัดสินใจในการบริหารยามอร์ฟินในสถานการณ์จำลองทางคลินิกของนักศึกษา (ประสิทธิภาพกระบวนการ) และ E2 หมายถึง ค่าร้อยละของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องยามอร์ฟินของนักศึกษาหลังการเรียนรู้ด้วยสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ (ประสิทธิภาพผลลัพธ์)

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องยามอร์ฟินของนักศึกษา ก่อนและหลังการเรียนรู้ด้วยสื่อการเรียนรู้ออนไลน์เรื่องยามอร์ฟิน ด้วยค่าสถิติทดสอบที่ไม่เป็นอิสระ (paired t-test)

4. วิเคราะห์คะแนนความสามารถในการตัดสินใจในการบริหารยามอร์ฟินในสถานการณ์จำลองทางคลินิก โดยการหาค่าความถี่และร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5. วิเคราะห์คะแนนความคิดเห็นของนักศึกษาต่อสื่อการเรียนรู้ออนไลน์เรื่องยามอร์ฟิน โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 96.7) มีเกรดเฉลี่ยสะสม 3.14 ($SD = 0.40$) ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการเตรียมยามอร์ฟีน (ร้อยละ 80) แต่รู้จักยามอร์ฟีนมาก่อน (ร้อยละ 80) โดยรูปแบบยามอร์ฟีนที่นักศึกษารู้จักมากที่สุด คือ มอร์ฟีน ซัลเฟต ชนิดฉีด 1 มิลลิกรัม/มิลลิลิตร ขนาด 3 มิลลิลิตร (Morphine sulfate injection [1 mg/ml] 3 ml) (ร้อยละ 56.7) รองลงมา คือ มอร์ฟีน ซัลเฟต ชนิดฉีด 10 มิลลิกรัม/มิลลิลิตร ขนาด 1 มิลลิลิตร (Morphine sulfate injection [10 mg/ml] 1 ml) (ร้อยละ 53.3) นำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ประสิทธิภาพของสื่อการเรียนรู้ออนไลน์เรื่องยามอร์ฟีน สำหรับนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 ในการทดสอบประสิทธิภาพสอนจริง (E1/E2) มีค่าเท่ากับ 84.09/92.33 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ประสิทธิภาพที่กำหนดไว้ คือ E1/E2 มีค่าเท่ากับ 80/80

2. นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องยามอร์ฟีนหลังการใช้สื่อการเรียนรู้ออนไลน์ สูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนการใช้สื่อการเรียนรู้ออนไลน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องยามอร์ฟีน ก่อนและหลังการใช้สื่อการเรียนรู้ออนไลน์

ความรู้	คะแนนเต็ม	ระดับคะแนน		M	SD	df	t	p-value
		ต่ำสุด	สูงสุด					
ก่อนการใช้สื่อ	10	3	8	5.47	1.525	29	-12.471	<.001*
หลังการใช้สื่อ	10	6	10	9.23	1.073			

หมายเหตุ. $n = 30$, $*p < .05$

3. นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการตัดสินใจในการบริหารยามอร์ฟีนในสถานการณ์จำลองทางคลินิก เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 0.89$, $SD = 0.16$) โดยความสามารถในการตัดสินใจที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ให้ยา Morphine 3 mg. IV slow push และรายงานประวัติและอาการของผู้ป่วยให้แพทย์ทราบตามหลัก ISBAR ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินความสามารถในการตัดสินใจในการบริหารยามอร์ฟีนในสถานการณ์จำลองทางคลินิก

ความสามารถในการตัดสินใจ	ปฏิบัติไม่ถูกต้อง/ ไม่ปฏิบัติ (0)	ปฏิบัติถูกต้อง (1)	M	SD	ระดับ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
1. ตรวจเช็ดยามอร์ฟีนตามหลัก 6 Rights	10 (33.3)	20 (66.7)	0.67	0.48	ปานกลาง
2. ให้ยา Morphine 3 mg. IV slow push	0 (0)	30 (100)	1.00	0.00	มาก
3. รายงานประวัติและอาการของผู้ป่วยให้แพทย์ทราบตามหลัก ISBAR	0 (0)	30 (100)	1.00	0.00	มาก
เฉลี่ยรวม			0.89	0.16	มาก

หมายเหตุ. $n = 30$

4. นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 มีความคิดเห็นต่อสื่อการเรียนรู้ออนไลน์เรื่องยามอร์ฟีน ทุกข้อและโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ สะดวกต่อการใช้งานแบบออนไลน์ และสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้ ($M = 4.47, SD = 0.51$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ สามารถเพิ่มความมั่นใจในการเตรียมยามอร์ฟีนได้ ($M = 4.27, SD = 0.58$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความคิดเห็นต่อการใช้สื่อการเรียนรู้ออนไลน์เรื่องยามอร์ฟีน

ความคิดเห็น	M	SD	ระดับ
1. เนื้อหากระชับ อ่านเข้าใจง่าย สอดคล้องกับบทเรียนสถานการณ์จำลอง	4.33	0.48	มาก
2. สื่อการเรียนรู้มีความสวยงาม อ่านง่าย สบายตา	4.37	0.49	มาก
3. สะดวกต่อการใช้งานแบบออนไลน์	4.47	0.51	มาก
4. สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้	4.47	0.51	มาก
5. สามารถเพิ่มความมั่นใจในการเตรียมยามอร์ฟีนได้	4.27	0.58	มาก
6. ความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนรู้โดยใช้สื่อการเรียนรู้ออนไลน์เรื่องยามอร์ฟีน	4.30	0.53	มาก
โดยรวม	4.37	0.44	มาก

หมายเหตุ. $n = 30$

อภิปรายผลการวิจัย

สื่อการเรียนรู้ออนไลน์เรื่องยามอร์ฟีน สำหรับนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 มีประสิทธิภาพเท่ากับ 84.09/92.33 ตามเกณฑ์ 80/80 แสดงว่า สื่อการเรียนรู้ที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยได้พัฒนาอย่างเป็นระบบตามแนวคิด ADDIE Model ผ่านการตรวจคุณภาพด้านเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นจึงนำไปทดสอบประสิทธิภาพตามแนวคิดของชัยยงค์ พรหมวงศ์ (2556) ซึ่งเป็นวิธีการของการวิจัยและพัฒนา โดยทดสอบสื่อการเรียนรู้ทั้งหมด 3 ครั้ง ได้แก่ การทดสอบประสิทธิภาพแบบเดี่ยว พบว่า มีประสิทธิภาพ 63.63/70.00 ผู้วิจัยจึงได้ปรับปรุงและแก้ไขสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ตามข้อเสนอแนะ และนำไปทดสอบประสิทธิภาพแบบกลุ่ม พบว่า มีประสิทธิภาพ 88.64/83.75 ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 80/80 จึงได้นำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน พบว่า มีประสิทธิภาพ 84.09/92.33 สอดคล้องกับงานวิจัยของศศิวิมล บุรณะเรข และคณะ (2563) พบว่า ชุดการเรียนรู้ด้วยตนเอง ความรู้พื้นฐานสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ที่พัฒนาตามแนวคิด ADDIE Model มีประสิทธิภาพ 80.00/88.44 รวมทั้งงานวิจัยของแสงอาทิตย์ วิชัยยา และคณะ (2563) พบว่า หนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด มีประสิทธิภาพ 89.36/93.33 และงานวิจัยของนวรรณ์ โกลมวิภาต และปรารักษ์ทิพย์ อุจะรัตน (2565) พบว่า หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่อง การสวนปัสสาวะชนิดคา

สายสวนในเพศชายสำหรับนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 รายวิชาการพยาบาลพื้นฐาน มีประสิทธิภาพ 81.04/86.57

ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องยามอร์ฟินก่อนและหลังเรียนด้วยสื่อการเรียนรู้ออนไลน์พบว่า นักศึกษาพยาบาลรามาชิดิ ชั้นปีที่ 3 มีค่าเฉลี่ยคะแนนหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้วิจัยออกแบบสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ที่สอดคล้องกับทฤษฎีการสร้างความรู้ด้วยตนเอง โดยใช้วิธีการแบบ Scaffold ซึ่งเป็นการช่วยเหลือผู้เรียนแต่ละคนที่มีศักยภาพในการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน ผู้สอนให้ความช่วยเหลือการเรียนรู้ของผู้เรียน โดยการสนับสนุนให้ผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ทั้งระหว่างผู้สอนกับผู้เรียนหรือผู้เรียนกับผู้เรียนด้วยกัน (Vygotsky, 1980) อีกทั้งผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือส่งเสริมการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับทฤษฎีดังกล่าว คือ Google Slides ทำให้นักศึกษาพยาบาลเรียนรู้ด้วยตัวเองได้ตลอดเวลา ทุกที่ทุกเวลา รวมถึงสามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับเพื่อนและผู้สอนได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของสุริศา ล่ามช้าง และคณะ (2562) พบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับการบริหารยาในเด็กของนักศึกษาพยาบาลหลังการใช้สื่อเรื่องการบริหารยาในเด็กสูงกว่าก่อนการใช้สื่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สื่อการเรียนรู้ออนไลน์เรื่องยามอร์ฟิน สามารถส่งเสริมความสามารถในการตัดสินใจในการบริหารยามอร์ฟินในสถานการณ์จำลองทางคลินิก พบว่า คะแนนความสามารถในการตัดสินใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องมาจากสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด มีเนื้อหาครอบคลุม ประกอบด้วย กลุ่มยา กลไกการออกฤทธิ์ รูปแบบของยา วิธีการให้ยา ข้อบ่งใช้ การเตรียมยาฉีด ในกรณีที่ใช้บรรเทาอาการเจ็บหน้าอก สารน้ำที่เข้ากันได้ ความคงตัวของยา อาการไม่พึงประสงค์ การดูแลผู้ที่ได้รับยามอร์ฟิน และอาการที่ต้องแจ้งให้แพทย์ทราบทันที รวมถึงการออกแบบที่มีสีสันสวยงาม และมีรูปภาพประกอบ จึงสามารถกระตุ้นให้นักศึกษาพยาบาลสนใจที่จะเรียนรู้ ช่วยให้เข้าใจในเนื้อหาได้ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลนำองค์ความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จำลองทางคลินิกได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่ใช้สื่อการเรียนรู้ร่วมกับการสอนของอาจารย์ จะกระตุ้นให้เกิดการจำและนำไปใช้จนเกิดเป็นทักษะการเรียนรู้ที่มากขึ้น (นุสรานามเดช และคณะ, 2564; ศิวพร อึ้งวัฒนา และคณะ, 2565) และการศึกษาของจรรยาศรี มีหนองหว้า และคณะ (2565) พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่ใช้แอปพลิเคชันเพื่อพัฒนาการตัดสินใจทางคลินิกในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ในการเตรียมความพร้อมด้านการผดุงครรภ์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการตัดสินใจทางคลินิกสูงกว่าก่อนการใช้แอปพลิเคชันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ มีความคิดเห็นต่อสื่อการเรียนรู้ออนไลน์เรื่องยามอร์ฟินอยู่ในระดับมาก โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ สะดวกต่อการใช้งาน และสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้ รองลงมา คือ สื่อการเรียนรู้มีความสวยงาม อ่านง่าย สบายตา เนื้อหากระชับ อ่านเข้าใจง่าย สอดคล้องกับบทเรียนสถานการณ์จำลอง มีความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนรู้โดยใช้สื่อการเรียนรู้ออนไลน์เรื่องยา

มอร์ฟีน และสามารถเพิ่มความมั่นใจในการเตรียมยามอร์ฟีนได้ ตามลำดับ อธิบายได้ว่า สื่อการเรียนรู้ออนไลน์เรื่องยามอร์ฟีนตรงกับความต้องการของนักศึกษา รวมทั้งสื่อการเรียนรู้ที่อยู่ในรูปแบบออนไลน์สามารถเข้าถึงได้ทุกที่ทุกเวลา ประกอบกับการออกแบบสื่อที่มีคุณภาพ ผ่านการตรวจคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญและนำไปทดสอบประสิทธิภาพก่อนนำไปใช้จริง ทำให้นักศึกษาพยาบาลมีความพึงพอใจระดับมาก สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การออกแบบสื่อการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพและตรงตามความต้องการของผู้เรียน ทำให้ผู้เรียนมีความพึงพอใจต่อสื่อการเรียนรู้ในระดับดี (สุริศา ถ้าม้าง และคณะ, 2562) และสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้เพื่อเพิ่มทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลได้เป็นอย่างดี (สิวพร อึ้งวัฒนา และคณะ, 2565; สุริย์ฉาย คิดหาทอง และอัสวีนิ ต้นกุริมาน, 2565) จึงกล่าวได้ว่า สื่อการเรียนรู้ออนไลน์ตอบสนองต่อความต้องการในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล

สรุปผลการวิจัย

สื่อการเรียนรู้ออนไลน์เรื่องยามอร์ฟีนเป็นสื่อที่มีประสิทธิภาพ สามารถเพิ่มความรู้และเสริมสร้างความสามารถในการตัดสินใจในการบริหารยามอร์ฟีนในสถานการณ์จำลองทางคลินิก เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 นักศึกษามีความคิดเห็นว่าสื่อสะดวกต่อการใช้งาน และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะ

ด้านการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล

การนำสื่อการเรียนรู้ออนไลน์นี้ไปใช้ ควรคำนึงถึงอุปกรณ์ที่รองรับการเชื่อมต่อสัญญาณอินเทอร์เน็ต เนื่องจากนักศึกษาต้องมีปฏิสัมพันธ์กัน ได้ตอบระหว่างนักศึกษาและอาจารย์ผู้สอนได้ รวมถึงผู้สอนควรนำสื่อการเรียนรู้ออนไลน์บรรจุไว้ในระบบการจัดการเรียนรู้ของสถาบัน เช่น ระบบอีเลิร์นนิ่ง เพื่อให้นักศึกษาเข้าถึงได้ง่าย ทุกที่ ทุกเวลา การนำสื่อการเรียนรู้ออนไลน์นี้ไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนในหัวข้อการเรียนรู้อื่น ๆ ควรคำนึงถึงรูปแบบของยามอร์ฟีนที่มีใช้ในสถานพยาบาลนั้น ๆ ด้วย

ด้านการวิจัย

ควรศึกษาประสิทธิผลของสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ โดยเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาที่เรียนด้วยสถานการณ์จำลองทางคลินิกกับการใช้สื่อการเรียนรู้ออนไลน์เรื่องยามอร์ฟีน และนักศึกษาที่เรียนด้วยสถานการณ์จำลองทางคลินิกกับการเรียนการสอนเรื่องยามอร์ฟีนด้วยวิธีปกติ

ด้านการนำผลวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาล

ควรมีการส่งเสริมให้ฝ่ายการพยาบาล นำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้กับพยาบาลวิชาชีพในการวางแผนพัฒนาความรู้และความสามารถในการตัดสินใจบริหารยามอร์ฟีน รวมถึงการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงชนิดอื่น หรือยาที่พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาได้บ่อย

เอกสารอ้างอิง

- จรรยาศรี มีหนองหว้า, วิษณุ จันทร์สด, และไวยพร พรหมวงศ์. (2565). ผลการใช้แอปพลิเคชันเพื่อพัฒนาความรู้และการตัดสินใจทางคลินิกสำหรับนักศึกษาพยาบาล ในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 16(1), 299-312.
- จินตวิทย์ คล้ายสังข์. (2561). *ยูบิควิตัสเทคโนโลยีที่ส่งเสริมการเรียนรู้: การออกแบบที่เน้นผลลัพธ์การเรียนรู้สำหรับผู้เรียนในศตวรรษที่ 21*. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชัยยงค์ พรหมวงศ์. (2556). การทดสอบประสิทธิภาพสื่อหรือชุดการสอน. *วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย*, 5(1), 7-20.
- ตรีชฎา ปันสำโรง, และสุพรรณิ กัณหดิลก. (2560). การตัดสินใจทางคลินิก: ทักษะจำเป็นสำหรับการปฏิบัติการพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 18(35), 81-94.
- นพมาศ ปลัดทอง. (2561). เทคนิคนั่งร้านเสริมเรียนรู้: องค์ความรู้และการประยุกต์ใช้กับบริบทอุดมศึกษาไทย. *วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี*, 24(1), 117-128.
- นวรรตน์ โกมลวิภาต และปรารักษ์ทิพย์ อุจะรัตน. (2565). ประสิทธิภาพของหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่อง การสวนปัสสาวะชนิดคลาสายสวนในเพศชายสำหรับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 รายวิชาการพยาบาลพื้นฐาน. *วารสารวิจัยทางการพยาบาล การผดุงครรภ์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 42(2), 62-72.
- นุศรา นามเดช, ดวงดาว อุบลเข้ม, นงคาร รางแดง, และพนิดา เหลืองประทีป. (2564). การพัฒนาสื่อมัลติมีเดียเพื่อการเรียนรู้ เรื่อง การพยาบาลโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ สำหรับนักศึกษาพยาบาล. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 14(1), 48-62.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2560). *การวิจัยเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 10). สุวีริยาสาส์น.
- มหาวิทยาลัยมหิดล. (2564, 20 เมษายน). รายงานผลการประเมินการเรียนการสอน. ระบบประเมินการเรียนการสอน. <http://www.student.mahidol.ac.th/evaluation>
- ธณชัย คนบุญ, วิศรา ปันทองกลาง, และเสาวนีย์ ชูจันทร์. (2565). รูปแบบการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาลในวิถีความปกติใหม่. *วารสารมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล*, 35(1), 1-12.

- ศศิวิมล บุณยะเรข, สุทธนันท์ กัลละ, มาลินี อยู่ใจเย็น, และจารุวรรณ ก้านศรี. (2563). การพัฒนา “ชุดการเรียนรู้ด้วยตนเอง ความรู้พื้นฐาน สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช” สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 30(1), 94-106.
- ศิวพร อึ้งวัฒนา, สฤกฤตา ใจหมื่น, และวิลาวัณย์ เตื่อนราษฎร์. (2565). การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองเรื่องการตรวจร่างกายตามระบบ ต่อทักษะปฏิบัติและความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล. *พยาบาลสาร*, 49(2), 112-127.
- สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (2560). *แผนการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2560 – 2579* (พิมพ์ครั้งที่ 2). สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา.
- สุริศา ล่ามช้าง, จุติมา สุขเลิศตระกูล, และปรีชา ล่ามช้าง. (2562). การพัฒนาสื่อมัลติมีเดียเรื่องการบริหารยาในเด็กสำหรับนักศึกษาพยาบาล. *พยาบาลสาร*, 46(1), 114-125.
- สุมลชาติ ดวงบุบผา, สุนทรี เจียรวิทย์กิจ, พรศิริ พิพัฒน์พานิช, และธีรวัฒน์ ช่างปัด. (2565). ผลของสถานการณ์จำลองทางคลินิกต่อความมั่นใจของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพและปลอดภัย. *รามาชิปิทยาสาร*, 28(3), 415-432.
- สุริย์ฉาย คิดหาทอง, และอศวีนิ์ ต้นกุริมาน. (2565). ผลของการใช้สื่อมัลติมีเดียร่วมสอนต่อความรู้และทักษะในการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารเพื่อการบำบัดของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 32(1), 14-26.
- แสงอาทิตย์ วิชัยยา, เพชรสุณีย์ ทั้งเจริญกุล, และอภิรดี นันทศุภวัฒน์. (2563). การพัฒนาความรู้ของพยาบาลด้วยการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด. *พยาบาลสาร*, 47(4), 384-395.
- หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี (2563). *กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา แห่งชาติ*. สืบค้นจาก <https://intra9.rama.mahidol.ac.th/nursing/rans/mko/mko4.php>
- Kuder, G. F., & Richardson, M. W. (1937). The theory of the estimation of test reliability. *Psychometrika*, 2(3), 151-160. <https://doi.org/10.1007/BF02288391>
- McGriff, S. J. (2000). Instructional system design (ISD): Using the ADDIE model. *Instructional Design Models*, 226(14), 1-2.
- Mulyadi, M., Tonapa, S. I., Rompas, S. S. J., Wang, R. H., & Lee, B. O. (2021). Effects of simulation technology-based learning on nursing students' learning outcomes: A systematic review and meta-analysis of experimental studies. *Nurse Education Today*, 107, 105127. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105127>

- Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204-211. <https://doi.org/10.3928/01484834-20060601-04>
- Vygotsky, L. S. (1980). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Cambridge: Harvard University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctvjf9vz4>

ผลการสร้างเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้หลัก สบช. โมเดล ในนักศึกษาพยาบาล

อัจฉรา มีนาคันตริภักย์, ปร.ด.¹*

กัญญา ทูลธรรม, พย.ม.¹

(วันที่ส่งบทความ: 12 มีนาคม 2566; วันที่แก้ไข: 10 กันยายน 2566; วันที่ตอบรับ: 20 กันยายน 2566)

บทคัดย่อ

นักศึกษาพยาบาลใช้เวลาส่วนใหญ่ในการเรียนและการใช้สื่อออนไลน์ โดยละเลยการออกกำลังกาย ดังนั้น นักศึกษาพยาบาลจึงควรได้รับการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้มีสุขภาพดี การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการสร้างเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้หลักสถาบันพระบรมราชชนก (สบช.) โมเดล ในการสร้างเสริมสุขภาพตามกิจกรรมออกกำลังกายตามอวัยวะและ “3 อ.” คือ พฤติกรรมด้านอาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1-4 วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จำนวน 529 คน ที่เลือกอย่างเจาะจง ได้รับการประเมิน ค่าดัชนีมวลกาย รอบเอว และความดันโลหิต แล้วคัดแยกนักศึกษาออกเป็นกลุ่มย่อย โดยประยุกต์ใช้ป้องกันสัจราชวิธี 7 สี เป็นตัวกำหนดระดับความผิดปกติของภาวะสุขภาพ กำหนดให้กลุ่มเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้หลัก สบช. โมเดล เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง ด้วยแบบสอบถามการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล เครื่องชั่งน้ำหนัก สายวัดรอบเอว และเครื่องวัดความดันโลหิต ผลการวิจัย พบว่ากิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้หลัก สบช. โมเดล ทำให้เกิดประโยชน์ 3 ลำดับแรก ได้แก่ คลายเครียด รู้สึกสดชื่น และ สนุกสนาน คิดเป็นร้อยละ 71.46, 70.70 และ 70.51 ตามลำดับ โดยมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.50$, $SD = 0.70$) หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยรอบเอว และความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001, .001, .004$ ตามลำดับ) ในขณะที่ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ไม่แตกต่างจากเดิม ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก สบช. โมเดลนี้สามารถนำไปใช้เพื่อลดขนาดรอบเอว และความดันโลหิตในนักศึกษาพยาบาลได้

คำสำคัญ: การสร้างเสริมสุขภาพ, ประยุกต์ใช้หลัก สบช. โมเดล, นักศึกษาพยาบาล

¹ อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

* ผู้ประสานงานวิจัย: อัจฉรา มีนาคันตริภักย์, อีเมล: atchara@smnc.ac.th

The Effects of Health Promotion by Applying the Principles of PBRI's Model in Nursing Students

Atchara Meenasantirak, Ph.D.^{1*}

Kanya Toontham, M.N.S.¹

(Received: March 12th, 2022; Revised: September 10th, 2023; Accepted: September 20th)

Abstract

Nursing students spend most of their time studying and using online media but practicing exercise. Therefore, nursing students should receive health promotion to improve their health. This quasi-experimental single-group pretest-posttest study aimed to evaluate the effect of health promotion by applying the Praboromarajchanok Institute model (PBRI's model) in promoting health through voluntary exercise and "3 E's": eating food, exercise, and emotions. The sample consisted of 529 second- to fourth-year undergraduate nursing students from Srimahasarakham Nursing College, selected by a purposive sampling technique. The samples were evaluated for their body mass index (BMI), waistline, and blood pressure, and then classified into subgroups by using the 7-color traffic light ping-pong to indicate the level of health conditions. Data were collected using a nursing student health promotion questionnaire, weight scale, waistline tape, and blood pressure monitor. The results showed that the top three benefits of health promotion by applying the PBRI's model were being stress relief, feeling refreshed, and having fun, accounting for 71.46%, 70.70%, and 70.51%, respectively. Satisfaction with the activity was high ($M = 4.50$, $SD = 0.70$). After implementing health promotion by applying the PBRI's model, the mean scores of waistline and blood pressure decreased significantly ($p = .001$, $.001$, $.004$, respectively). However, BMI was not significantly different. Therefore, health promotion using the PBRI's model can be used to reduce waistline and blood pressure in nursing students.

Keywords: health promotion, applying the principles of PBRI's model, nursing student

¹ Lecturer, Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

* Corresponding Author: Atchara Meenasantirak, email: atchara@smnc.ac.th

บทนำ

การเสริมสร้างสุขภาพมีความสำคัญต่อการมีสุขภาพดี การดำเนินงานทางด้านสุขภาพในปัจจุบันเปลี่ยนจากการตั้งรับ เป็นระบบสร้างนำซ่อม คือไม่ต้องรอให้เจ็บป่วยแล้วจึงมารักษา แนวคิดการดูแลสุขภาพยุคปัจจุบันมีลักษณะเชิงรุกมากขึ้น เน้นการกระตุ้นให้คนมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ถูกต้อง และหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงหรืออาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพมาจากแนวคิดสาธารณสุขมูลฐานและกฎบัตรออกดามา องค์การอนามัยโลก (2556) อธิบายว่าการสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการที่ทำให้ประชาชนสามารถกำหนด ควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง เพื่อสร้างเสริมความตระหนักและขีดความสามารถของบุคคลในการดูแลสุขภาพของตนเอง หากบุคคลมีการสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น และเมื่อบุคคลมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงไม่เจ็บป่วย จะสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาของครอบครัว และของประเทศโดยภาพรวมได้ การดูแลสุขภาพ ตามแนวคิดของ Pender (1996) เชื่อว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างสุขภาพอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นนิสัยและแบบแผนดำเนินชีวิต การทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด ช่วยบอกถึงความสามารถของบุคคลในการคงไว้หรือยกระดับของภาวะสุขภาพ เพื่อความผาสุกและความสำเร็จในจุดมุ่งหมายในชีวิต ถ้าทำการสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้ไม่ป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้

สถาบันพระบรมราชชนก (สบช.) เป็นสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพที่อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีพันธกิจในการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข, 2565) สบช. เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพปฐมนุญ ที่จะช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพดีและลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จึงสร้าง “สบช. โมเดล” ซึ่งโมเดลนี้มีแนวทางดำเนินการ คือ 1) การคัดกรองภาวะสุขภาพของประชาชน อายุ 15-65 ปี และแบ่งประชาชนออกเป็น 7 กลุ่ม ตามระดับน้ำตาลในเลือดและค่าความดันโลหิต แบ่งระดับความรุนแรงของโรค ได้แก่ กลุ่มปกติเป็นสีขาว กลุ่มเสี่ยงเป็นสีเหลืองอ่อน กลุ่มป่วยเป็นสีเหลืองเข้ม และรุนแรงขึ้นเป็น สีเหลือง สีส้ม สีแดง และสีดำ ตามลำดับ 2) ส่งเสริมให้ประชาชนในแต่ละกลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ลด ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ และลดเหล้า ดนุหรี่ และลดความอ้วน โดยคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลสุขภาพ จะสอดคล้องกับระดับความรุนแรงของภาวะสุขภาพ และ 3) สร้างสุขภาพชุมชนให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ด้วยการป้องกันและลดความอันตรายจากโรคเรื้อรัง (วิชัย เทียนถาวร, 2556) และในปี 2565 สบช. มุ่งสร้างชุมชนสุขภาพดีโดยวิทยาลัยในสังกัด สบช. 39 แห่งทั่วประเทศมีการดำเนินการโครงการ 1 วิทยาลัย 1 ชุมชนเพื่อสร้างชุมชนสุขภาพดีโดยการบูรณาการพันธกิจหลักของสบช. กับการสร้างเสริมสุขภาพด้วย “สบช. โมเดล” โดยใช้แนวคิดป้องกันปัจจัยเสี่ยง 7 สีและมาตรการ 3 อ.

3 ลด ในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชนในชุมชนทุกภาคทั่วไทย (กองยุทธศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, 2565)

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ทำการจัดการเรียนการสอนในระดับปริญญาตรี ในปีการศึกษา 2565 มีนักศึกษารวมจำนวน 529 คน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งนักศึกษาเหล่านี้พักอยู่หอพักภายในวิทยาลัย วิถีชีวิตของนักศึกษาใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการเรียน และการใช้สื่อสังคมออนไลน์ โดยจากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นพบว่า ในแต่ละวัน นักศึกษาร้อยละ 100 ใช้สื่อสังคมออนไลน์เมื่อมีเวลาว่าง โดยนักศึกษาร้อยละ 60 ใช้สื่อสังคมออนไลน์วันละ 3-4 ชั่วโมง และส่วนใหญ่จะนั่งหรือนอนตลอดระยะเวลาที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ วิทยาลัยได้ส่งเสริมให้นักศึกษาออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยการจัดตั้งอำนวยความสะดวก และการบริการสุขภาพในด้านต่าง ๆ เช่น มีสนามบาสเกตบอล มีลานทำกิจกรรม มีมุมฟิตเนส มีทางวิ่งหรือเดินรอบวิทยาลัย เป็นต้น อย่างไรก็ตาม จากผลการตรวจสอบสุขภาพและภาวะสุขภาพประจำปีของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ประจำปีการศึกษา 2565 พบว่า มีนักศึกษาเพียงร้อยละ 12 ที่มีการออกกำลังกายเป็นประจำ มีนักศึกษาที่เป็นโรคอ้วนร้อยละ 11.90 (วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม, 2565) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า นักศึกษามีพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะความเจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ นอกจากนี้ จากแนวคิดพัฒนาการของวัยรุ่น เชื่อว่า การดำเนินชีวิตของวัยรุ่นเป็นผลมาจากความเชื่อ ทศนคติ และเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ ส่งผลให้มีพฤติกรรมแสดงออกที่แสดงให้เห็นว่าตนเองเป็นผู้ใหญ่ (อุมพร สุขารมณ์, 2562) มีการทำเลียนแบบหรือทำสิ่งที่ต้องการให้สังคมยอมรับ จึงอาจมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อการมีสุขภาพดี เช่น ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ เป็นต้น และการที่นักศึกษายังไม่ให้ความสำคัญต่อสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง ทำให้การกระทำพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพลดน้อยลง และอาจทำให้เกิดการเจ็บป่วย ซึ่งส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและการเรียนได้

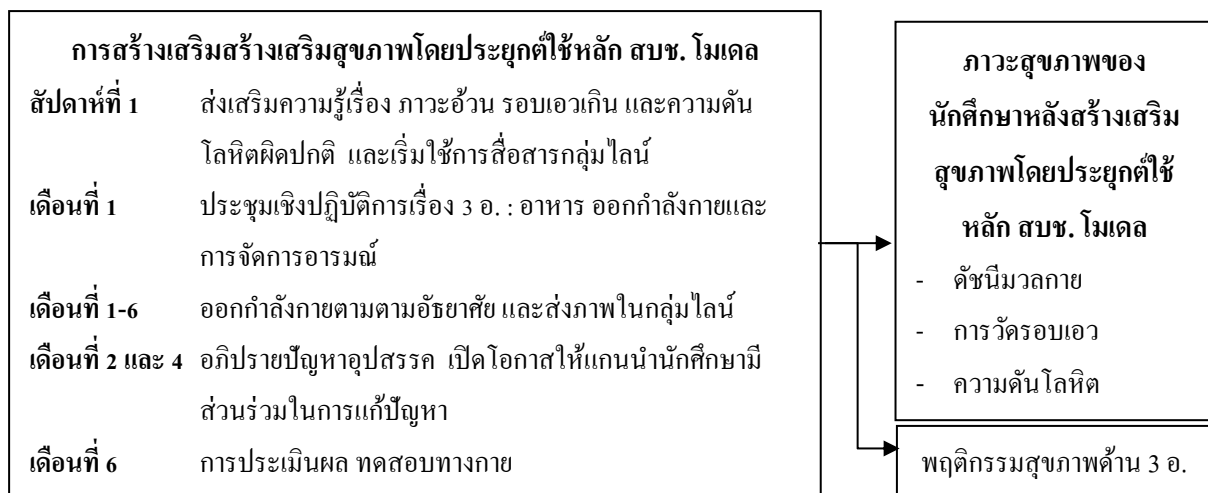
จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการนำ สบข. โมเดล ไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (นสพ. เอ.โฮย, วิภาพร สิทธิศาสตร์, และสุริรัตน์ ณ วิเชียร, 2565) แต่ยังไม่พบการนำ สบข. โมเดล ไปใช้ในบุคคลกลุ่มเสี่ยงที่เป็นวัยรุ่น โดยเฉพาะนักศึกษาพยาบาลที่ควรเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไป ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะสร้างเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้หลัก สบข. โมเดล ในนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และมีสุขภาพที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการสร้างเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้หลัก สบช. โมเดล ต่อดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ความดันโลหิต และผลด้านออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ (3อ.) ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ความดันโลหิตก่อนและหลังการสร้างเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้หลัก สบช. โมเดล ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest – Posttest Design) ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาระหว่างเดือน มีนาคม ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2565

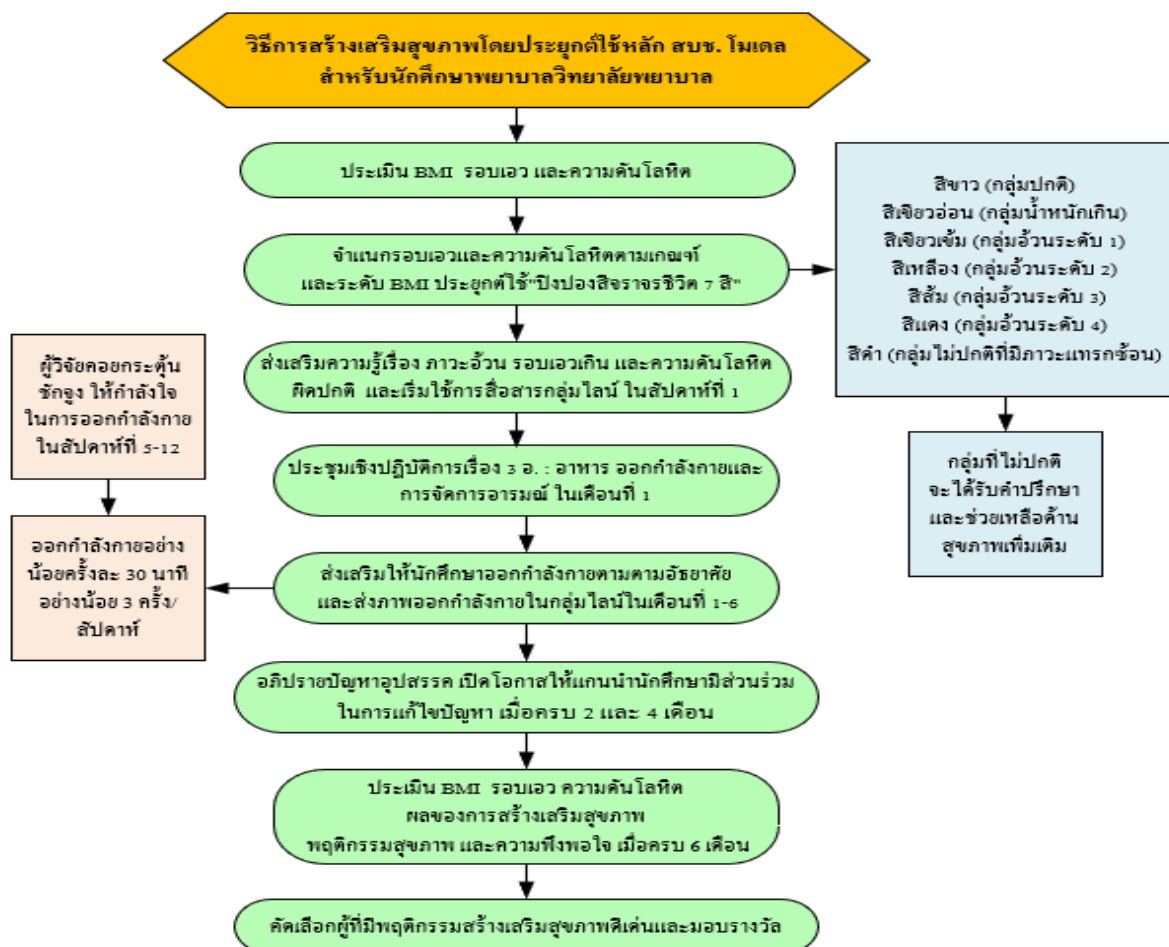
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1-4 วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จำนวน 529 คน โดยใช้การคัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) คือ 1) อยู่ในระหว่างพักการเรียน และ 2) ผู้ที่มีประวัติการรักษาโรคหัวใจ

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม เลขที่ IRB SNC 08-1/2565 ผู้ศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและกระบวนการศึกษาให้ผู้เข้าร่วมรับทราบ โดยผู้เข้าร่วมมีสิทธิ์ในการเข้าร่วมและการถอนตัวออกจากการศึกษาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ และการนำเสนอข้อมูลการศึกษาจะทำการปกปิดผู้ให้ข้อมูล และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ วิธีการสร้างเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้หลัก สบช. โมเดล สำหรับนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย 1) การออกกำลังกายหลากหลายรูปแบบตามตามอวัยวะ ตามความถนัดของแต่ละคน 2) ชุดความรู้ในเรื่อง 3 อ. ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการรับประทานออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานการจัดการอารมณ์ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 วิธีการสร้างเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้หลัก สบช. โมเดล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ชั้นปี ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ เป็นข้อคำถามปลายเปิด และ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้คำถามด้านพฤติกรรมสุขภาพ จากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ฉบับปรับปรุง ปี 2561 (กลุ่มเด็กและเยาวชน และกลุ่มประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป) ของ กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2561) มีคำถาม 4 ข้อ โดยเลือกเฉพาะข้อคำถามที่สอดคล้องกับพฤติกรรมรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่ได้ปฏิบัติ) จนถึง 5 (มีการปฏิบัติ 6-7 วันต่อสัปดาห์) แปลผลจากคะแนนเฉลี่ยโดยแบ่งเป็น 4 ระดับ ซึ่งผู้วิจัย กำหนดอันตรายภาคขึ้นให้สอดคล้องกับเกณฑ์การให้คะแนนของแบบประเมิน คือ ดีมาก (คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป หรือ คะแนนเฉลี่ย (Mean [M]) = 4.00-5.00) ดี (คะแนนร้อยละ 70 – 79.99 หรือ M = 3.50-3.99) พอใช้ (คะแนนร้อยละ 60 – 69.99 หรือ M = 3.00-3.49) และ ไม่ดี (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 หรือ M = 1.00-2.99)

แบบสอบถามความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก 6 ข้อ แบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ ระดับ 1 (เห็นด้วยน้อยที่สุด) จนถึง 5 (เห็นด้วยมากที่สุด) ให้คะแนนตามระดับ แปลผลจากคะแนนเฉลี่ย โดยแบ่งระดับความพึงพอใจเป็น 5 ระดับ (บุญชม ศรีสะอาด, 2560) คือ พึงพอใจมากที่สุด (M = 4.51-5.00) พึงพอใจมาก (M = 3.51-4.50) พึงพอใจปานกลาง (M = 2.51-3.50) และพึงพอใจน้อย (M = 1.51-2.50) และพึงพอใจน้อยที่สุด (M = 1.00-1.50)

2.2 เครื่องชั่งน้ำหนักแบบดิจิทัลที่ได้รับมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม (มอก.) การทดสอบ การขึ้นชั่งน้ำหนักสามครั้งได้น้ำหนักเท่ากัน โดยนำเครื่องชั่งน้ำหนักไปไว้ในห้องที่จัดเตรียมไว้สำหรับ นักศึกษาชั่งน้ำหนัก และใช้เครื่องชั่งน้ำหนักเครื่องเดียวกันตลอดการวิจัย

2.3 เครื่องวัดความดันแบบดิจิทัลที่ได้รับมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม (มอก.) โดยผู้วิจัยได้ให้ความรู้วิธีการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้อง และใช้เครื่องวัดความดันแบบดิจิทัลเครื่องเดียวกันตลอดการวิจัย

2.5 สายวัดได้รับมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม (มอก.) ผู้วิจัยได้ให้ความรู้วิธีการวัดเส้นรอบเอวที่ถูกต้องและใช้สายวัดอันเดียวกันตลอดการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม โดยการตรวจสอบความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (Indexes of Item-Objective Congruence [IOC]) (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2555) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน คือ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ

2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 1 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (IOC) เท่ากับ 0.67-1.00

การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-4 วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือในปีศึกษา 2565 จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.84

-วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมในมนุษย์ ผู้วิจัยประสานงานแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงโครงการวิจัย ขออนุญาตเก็บข้อมูล คัดเลือกและดำเนินการรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลาในการทำวิจัย รวมทั้งขอความร่วมมือในการวิจัย
2. ทดสอบทางกายก่อนการทดลอง โดยทดสอบผลทางกาย ประกอบด้วย 1) ประเมิน BMI 2) เส้นรอบเอว 3) ความดันโลหิต แล้วคัดแยกนักศึกษาออกเป็นกลุ่มย่อยตามค่า BMI โดยประยุกต์ใช้ป้องกันจราจรชีวิต 7 สี ซึ่งแต่ละสีจะบอกระดับความรุนแรง แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) สีขาว คือ กลุ่มปกติ (ค่า $BMI < 23 \text{ kg/m}^2$) 2) สีเขียวอ่อน คือ กลุ่มเสี่ยงหรือน้ำหนักเกิน (ค่า $BMI = 23-24.99 \text{ kg/m}^2$) 3) กลุ่มมีภาวะอ้วน โดยแบ่งสีเป็นระดับย่อย ตั้งแต่ ระดับ 1 สีเขียวเข้ม (ค่า $BMI = 25-29.99 \text{ kg/m}^2$) ระดับ 2 สีเหลือง (ค่า $BMI = 30-34.99 \text{ kg/m}^2$) ระดับ 3 สีส้ม (ค่า $BMI = 35-39.99 \text{ kg/m}^2$) ระดับ 4 สีแดง (ค่า $BMI \geq 40 \text{ kg/m}^2$) และ 4) สีดำ คือ กลุ่มที่ไม่ปกติที่มีภาวะแทรกซ้อน สำหรับนักศึกษาที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มปกติ จะได้รับการปรึกษาและการช่วยเหลือด้านสุขภาพจากผู้เกี่ยวข้องเพิ่มเติม
3. ส่งเสริมความรู้ เรื่อง ภาวะน้ำหนักเกิน รอบเอวเกิน และความดันโลหิตผิดปกติ โดยใช้สื่อมัลติมีเดียออนไลน์ที่น่าสนใจสำหรับช่วงวัยของนักศึกษา การแบ่งระดับความรุนแรงตามสีไฟจราจรชีวิต 7 สี แล้วใช้การประเมินตนเอง และการใช้กลุ่มไลน์ (Line group) เพื่อแลกเปลี่ยนข่าวสาร สัปดาห์ที่ 1
4. ส่งเสริมความรู้โดยประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง 3 อ. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสม หลักการออกกำลังกาย และวิธีการจัดการอารมณ์จากวิทยากร จำนวน 3 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ ในเดือนที่ 1
5. ส่งเสริมให้นักศึกษาออกกำลังกายหลากหลายรูปแบบตามตามอัธยาศัย อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที โดยสามารถใช้ช่วง เวลา 15.30-16.30 น. ที่ไม่มีการเรียนการสอนหรือหลังเลิกเรียน และเวลาตามความสะดวกของแต่ละบุคคล อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งและส่งภาพในกลุ่มไลน์ เดือนที่ 1-6
6. ผู้วิจัยคอยกระตุ้น ชักจูง ให้กำลังใจแก่นักศึกษาในการออกกำลังกาย และติดตามสมุดบันทึกกิจกรรมออกกำลังกาย ในสัปดาห์ที่ 5-12
7. ผู้วิจัยร่วมกับแกนนำนักศึกษาอภิปรายปัญหาและอุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาพ โดยเปิดโอกาสให้แกนนำมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา เมื่อครบ 2 เดือน และ 4 เดือน

8. ทำการประเมินผลหลังเข้าร่วมการทดลอง โดยการทดสอบทางกาย ได้แก่ 1) ระดับ BMI 2) เส้นรอบเอว 3) ความดันโลหิต และการสอบถามผลของการสร้างเสริมสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และความพึงพอใจ เมื่อครบ 6 เดือน

9. ประมวลและมอบรางวัลให้ผู้ที่มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดีเด่น โดยใช้วิธีการคัดเลือกด้วยการทำสังคมมิติ

10. ผู้วิจัยรวบรวมและตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถามทุกฉบับก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล
การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนสถิติเชิงวิเคราะห์ ใช้การทดสอบค่าเฉลี่ย (Dependent T-test)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง 529 ส่วนใหญ่อยู่ชั้นปีที่ 1 (ร้อยละ 29.87) รองลงมาอยู่ชั้นปีที่ 2 (ร้อยละ 28.73) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 92.63) และมีอายุสูงสุด 41 ปี ต่ำสุด 18 ปี อายุเฉลี่ย 20.16 ปี ($SD = 2.39$)

ผลการสร้างเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้หลัก สบข. โมเดล ในนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ดังนี้

1. ผู้ที่มี BMI ปกติ (สีขาว) หลังการทดลองมีร้อยละ 58.03 ซึ่งมากกว่าก่อนการทดลอง และหลังการทดลองผู้ที่มี BMI อยู่ในภาวะน้ำหนักเกิน (สีเขียวอ่อน) มีร้อยละ 8.13 อยู่ในภาวะอ้วนระดับ 1 (สีเขียวเข้ม) มีร้อยละ 9.64 และภาวะอ้วนระดับ 2 (สีเหลือง) มีร้อยละ 2.84 และ ซึ่งทั้ง 2 ระดับมีจำนวนน้อยกว่าก่อนการทดลอง รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของผู้ที่มีค่า BMI ปกติ น้ำหนักเกิน อ้วนระดับ 1 และ อ้วนระดับ 2 ก่อนและหลังการทดลอง จำแนกรายชั้นปี

ชั้นปี	BMI ปกติ(สีขาว)		น้ำหนักเกิน(สีเขียวอ่อน)		อ้วนระดับ 1 (สีเขียวเข้ม)		อ้วนระดับ 2 (สีเหลือง)	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ปี 1	82 (51.90)	88 (55.70)	12 (2.27)	9 (1.70)	14 (8.86)	14 (8.86)	5 (3.16)	4 (2.53)
ปี 2	90 (59.21)	91 (59.87)	16 (3.02)	12 (2.27)	20 (13.16)	19 (12.50)	2 (1.32)	2 (1.32)
ปี 3	66 (55.93)	67 (56.78)	15 (2.84)	13 (2.46)	12 (10.17)	12 (10.17)	4 (3.39)	3 (2.54)
ปี 4	56 (55.45)	61(60.40)	12 (2.27)	11 (2.08)	7 (6.93)	6 (5.94)	5 (4.95)	6 (5.94)
รวม	294 (55.58)	307 (58.03)	55 (10.40)	45 (8.51)	53 (10.02)	51 (9.64)	16 (3.02)	15 (2.84)

หมายเหตุ N = 418

2.2 ผู้ที่มีรอบเอวปกติ หลังการทดลองมีร้อยละ 89.41 ซึ่งมากกว่าก่อนการทดลอง ส่วนผู้ที่มีรอบเอวเกินมาตรฐานหลังการทดลองมีร้อยละ 8.13 ซึ่งน้อยกว่าก่อนการทดลอง และมีผู้ที่มีรอบเอวลดหลังการทดลองร้อยละ 41.59 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของผู้ที่มีรอบเอวปกติ และ เอวเกินมาตรฐาน ก่อน และหลังการทดลอง จำแนกราย
ชั้นปี

ชั้นปี	รอบเอวปกติ				รอบเอวเกินมาตรฐาน				รอบเอวดัดหลังการทดลอง	
	ก่อน		หลัง		ก่อน		หลัง		ทดลอง	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
ปี 1	142	(89.87)	142	(89.87)	16	(10.13)	16	(10.13)	62	(39.24)
ปี 2	135	(88.82)	138	(90.79)	17	(11.18)	14	(9.21)	91	(59.87)
ปี 3	105	(88.98)	109	(92.37)	13	(11.02)	9	(7.63)	45	(38.14)
ปี 4	82	(81.19)	84	(83.17)	19	(18.81)	17	(16.83)	22	(21.78)
รวม	464	(87.71)	473	(89.41)	65	(10.21)	56	(8.13)	220	(41.59)

หมายเหตุ $N = 529$

2.3 โดยรวมนักศึกษาที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ มีการออกกำลังกายตามอวัยวะ 11 ชนิด และการออกกำลังกายที่ทำมากที่สุด คือ วิ่ง จำนวน 287 คน คิดเป็นร้อยละ 54.25 และรองลงมาคือแบดมินตัน จำนวน 202 คน คิดเป็นร้อยละ 38.19 และเดินแอโรบิก จำนวน 179 คน คิดเป็นร้อยละ 33.84 ตามลำดับ นอกจากนี้จากผลรวมจำนวนผู้ที่ออกกำลังกายมากกว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว เนื่องจาก มีนักศึกษาหลายคนมีการออกกำลังกายมากกว่า 1 ชนิดรายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของการออกกำลังกายตามอวัยวะชนิดต่างๆจำแนกรายชั้นปี

ชนิดการออกกำลังกาย	จำนวนนักศึกษาแต่ละชั้นปี					(ร้อยละ)
	ปี 1	ปี 2	ปี 3	ปี 4	รวม	
1. วิ่ง	91	80	61	55	287	(54.25)
2. แบดมินตัน	88	56	36	22	202	(38.19)
3. เดินแอโรบิก	41	56	33	49	179	(33.84)
4. บาสเก็ตบอล	37	16	18	11	81	(15.31)
5. เดิน	3	9	5	3	20	(3.78)
6. วอลเลย์บอล	7	9	3	0	19	(3.59)
7. ฮูลาฮูป	2	2	4	1	9	(1.70)
8. โยคะ	1	2	1	1	5	(0.95)
9. ปิงปอง	2	2	0	0	4	(0.76)
10. บันจี้กระดาน	1	1	0	1	3	(0.57)
11. Cover dance	2	0	0	0	2	(0.38)
รวม	244	232	148	134	758	(100.00)

หมายเหตุ $N = 758$

2.4 โดยรวมนักศึกษามีผลดีจากการออกกำลังกายที่แต่ละคนได้รับมีหลายด้าน โดยประโยชน์ 3 อันดับแรก คือ คลายเครียด (ร้อยละ 71.46) และรองลงมาคือรู้สึกสดชื่น (ร้อยละ 70.70) และสนุกสนาน (ร้อยละ 70.51) ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละของผลดีจากสร้างเสริมสุขภาพที่แต่ละคนได้รับ จำแนกรายชั้นปี

ผลดีจากการสร้างเสริมสุขภาพ	จำนวนนักศึกษาแต่ละชั้นปี					(ร้อยละ)
	ปี 1	ปี 2	ปี 3	ปี 4	รวม	
1. คลายเครียด	115	110	83	70	378	(71.46)
2. รู้สึกสดชื่น	83	88	68	135	374	(70.70)
3. สนุกสนาน	115	107	82	69	373	(70.51)
4. น้ำหนักลดลง	33	39	38	34	144	(27.22)
5. สุขภาพดี	92	76	72	70	310	(58.60)
6. ไม่เจ็บป่วยง่าย	62	52	57	52	223	(42.16)

หมายเหตุ $N=529$

2.5 หลังเข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยรวมของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดหลังการทดลอง ของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับดี ($M = 3.50$, $SD = 0.99$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มากที่สุดคือ มีการจัดการความเครียดของตนเองด้วยการมองโลกในแง่ดีเสมอ ($M = 4.32$, $SD = 0.93$) และข้อที่น้อยที่สุด คือ กินผักและผลไม้สด สะอาดเสมอวันละอย่างน้อยครึ่งกิโลกรัม ($M = 2.81$, $SD = 1.04$) รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง หลังเข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

รายการพฤติกรรมสุขภาพ	M	SD	การแปลผล
1. มีการควบคุมปริมาณอาหารและควบคุมรสอาหารไม่หวาน มัน เค็มจัดทุกมื้อ บ่อยแค่ไหน	3.27	1.04	พอใช้
2. กินผักและผลไม้สด สะอาดเสมอวันละอย่างน้อยครึ่งกิโลกรัม บ่อยแค่ไหน	2.81	1.12	ไม่ดี
3. ออกกำลังกาย หรือเคลื่อนไหวต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อย มีเหงื่อออก บ่อยแค่ไหน	3.61	0.87	ดี
4. มีการจัดการความเครียดของตนเองด้วยการมองโลกในแง่ดีเสมอ บ่อยแค่ไหน	4.32	0.93	ดีมาก
โดยรวม	3.50	0.99	ดี

หมายเหตุ $N = 529$

2.6 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรม ออกกำลังกายตามอรรถาธิบาย และ 3 อ ของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับมาก ($M = 4.50$, $SD = 0.70$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มากที่สุดคือ มีกิจกรรมมีความเหมาะสมสอดคล้องกับสถานการณ์และความต้องการด้านสุขภาพของนักศึกษา ($M = 4.61$, $SD = 0.65$) และ

ข้อที่น้อยที่สุดคือ ระยะเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมมีความเหมาะสม ($M = 4.42$, $SD = 0.76$) รายละเอียดดังตารางที่ 6

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายตามอวัยวะ และ 3 อ. ของกลุ่มตัวอย่าง

รายการพฤติกรรมสุขภาพ	<i>M</i>	<i>SD</i>	การแปลผล
1. กิจกรรมมีความเหมาะสมสอดคล้องกับสถานการณ์และความต้องการด้านสุขภาพของนักศึกษา	4.61	0.64	มากที่สุด
2. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการออกกำลังกาย การรับประทาน อาหารและการจัดการอารมณ์ หลังเข้าร่วมกิจกรรมเพิ่มมากขึ้น	4.45	0.69	มาก
3. ระยะเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมมีความเหมาะสม	4.42	0.76	มาก
4. สถานที่ในการจัดทำกิจกรรมมีความเหมาะสม	4.51	0.74	มากที่สุด
5. วิทยากรมีความรู้ความสามารถเหมาะสมกับกิจกรรม	4.53	0.65	มากที่สุด
6. ความพึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการในภาพรวม	4.48	0.73	มาก
โดยรวม	4.50	0.70	มาก

หมายเหตุ $N = 529$

การเปรียบเทียบความแตกต่างของภาวะสุขภาพก่อนและหลังสร้างเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้หลัก สบข. โมเดล ในนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p = .726$) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรอบเอว และความดันโลหิตทั้งขณะที่หัวใจบีบตัว หรือซิสโตลิก (Systolic) และขณะที่หัวใจคลายตัว หรือ ไดแอสโตลิก (Diastolic) ของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001, .001, .004$ ตามลำดับ) รายละเอียดดังตารางที่ 7

ตาราง 7 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย (BMI) รอบเอว และความดันโลหิต ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มตัวอย่างหมายเหตุ. $N = 529$

ผลทางกาย		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i>	<i>d</i>
BMI	ก่อนการทดลอง	21.21	3.60	527	0.11	.726	.01
	หลังการทดลอง	21.17	4.13				
รอบเอว	ก่อนการทดลอง	70.28	10.83	527	-.21	<.001*	.09
	หลังการทดลอง	69.31	11.20				
ความดัน Systolic	ก่อนการทดลอง	107.54	20.95	527	-3.32	.001*	.13
	หลังการทดลอง	104.74	21.98				
ความดัน Diastolic	ก่อนการทดลอง	74.24	11.58	527	-2.86	.004*	.16
	หลังการทดลอง	72.60	8.29				

หมายเหตุ $N = 529$

อภิปรายผลการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้พบว่า การสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย อาหารและอารมณ์ ภายหลังประยุกต์ใช้หลัก สบซ. โมเดล ในนักศึกษาพยาบาล พบว่า มีการออกกำลังกายตามอวัยวะ 11 ชนิด และหลายคนออกกำลังกายมากกว่า 1 ชนิด อาจเนื่องมาจากการเรียนการสอนพยาบาลบางชั้นปีใช้เวลาในการฝึกปฏิบัติในการให้การพยาบาลด้านต่าง ๆ ยาวนานหลายเดือน ส่งผลให้นักศึกษามีความเครียด นอกจากนี้ นักศึกษาเข้าจากครอบครัวมาอาศัยหอพักต้องมีการปรับตัว จึงส่งผลให้เกิดความเครียดได้ เมื่อเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้ออกกำลังกายตามอวัยวะ จึงเลือกชนิดกีฬาที่ชอบและเลือกเวลาออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตารางกิจกรรมของตนเองได้ รวมทั้งวิทยาลัยมีสนับสนุนจัดให้มีอุปกรณ์และสนาม เช่น แบดมินตัน วอลเลย์บอล บาสเกตบอล เส้นทางวิ่งรอบวิทยาลัย เพื่อให้ นักศึกษามีความสะดวกในการออกกำลังกาย จึงเป็นการช่วยลดอุปสรรคและนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมออกกำลังกาย นอกจากนี้ ยังจัดให้ความรู้เพิ่มเติมในเรื่อง 3 อ. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ ช่วยส่งเสริมให้นักศึกษารับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค เพื่อให้บุคคลเกิดพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker (1974) จะทำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (มิ่งขวัญ สิริโชติ, 2562) สอดคล้องกับ การศึกษาจัดกิจกรรมตาม Health Belief Model ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น (ฉินญากร ใจยอด และอนุกุล มะโนทน, 2566; Baji et al., 2018; Yavuz & Hacıoğlu, 2018)

ผลการศึกษาที่พบว่าได้รับประโยชน์ต่อตนเองมากที่สุด คือ ลดความเครียด รู้สึกสดชื่น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการออกกำลังกายเป็นประจำวันละ 30-40 นาทีอย่างสม่ำเสมอ ช่วยเพิ่มระดับเซโรโทนิน (Serotonin) และทริปโตเฟน (Tryptophan) ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมความรู้สึกเจ็บปวด และความรู้สึกสุขสงบ ช่วยระงับความโกรธและความก้าวร้าว และเป็นทางเลือกหนึ่งที่ช่วยผ่อนคลายความเครียดได้ดีอีกด้วย (กรมสุขภาพจิต, 2563; กรมอนามัย, 2562) การออกกำลังกายจะทำให้ร่างกายมีการหลั่งของสารเอนดอร์ฟิน (Endorphin) และเบตาเอนดอร์ฟิน (Beta-endorphin) ที่ช่วยเพิ่มอารมณ์ด้านบวก ลดอารมณ์เศร้า และช่วยในการคลายกล้ามเนื้อ ทำให้ผ่อนคลาย เป็นเคล็ดลับบอกลดความเครียด อารมณ์ดีขึ้น มีความสุข (ดวงพร สุรพงษ์พิพัฒน์, 2565; ปัทมาวดี สิงหารุ, 2559; Farrell & Gustafson, 1986) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอช่วยผ่อนคลายความเครียด (สราวุฒิ พงษ์พิพัฒน์, ภัทร ชันตรกร, และธัชกร พุกกะมาน, 2560) และผลศึกษาพบว่าความเครียดนิสิตนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาลดลงหลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (สิริชัช จันทรรักษ์ และจินตนา สรายุทธพิทักษ์, 2560) และ สอดคล้องกับผลการทบทวนขอบเขต (Scoping Review) การทดลองที่ทดสอบผลของกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายต่อ

การส่งเสริมสุขภาพจิตเด็กและเยาวชน พบว่า โปรแกรมที่มีความเข้มแตกต่างกันนำไปสู่การลดอาการของโรคซึมเศร้าและวิตกกังวลได้ (Pascoe et al., 2020)

2. ผลการศึกษาที่พบว่าการสร้างเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้หลักสภข. โมเดล ในนักศึกษา ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกันทางสถิติ อาจเป็นเพราะการออกกำลังกายของการทดลองครั้งนี้ได้กำหนดอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เพื่อมุ่งให้นักศึกษาเห็นว่าการออกกำลังกายไม่กระทบกับการใช้เวลาในชีวิตประจำวันมาก ซึ่งการออกกำลังกายที่น้อยกว่า 5 วันต่อสัปดาห์ อาจจะยังไม่เพียงพอต่อการทำให้น้ำหนักและดัชนีมวลกายลดลง ซึ่งสอดคล้องกับ ภณิดา หยั่งถึง (2565) ที่ศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบใช้น้ำหนักร่างกายกับแบบแอโรบิกที่มีต่อค่าดัชนีมวลกายของผู้มีภาวะน้ำหนักเกิน พบว่า กลุ่มออกกำลังกายแบบแอโรบิกมีค่าดัชนีมวลกายไม่แตกต่างกัน แต่ขัดแย้งกับ สรายุทธ มงคล, พัศวี ห่านสุวรรณกร, สุวัจน์ มิคผล, และกมลชนก ศิวะกฤษณะกุล (2562) ที่พบว่า กลุ่มที่ออกกำลังกายด้วยโปรแกรมการออกกำลังกายเจ็ดนาที่ ดัชนีมวลกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการศึกษาของ วัชรินทร์ เสมามอญ (2562) ที่พบว่าผลการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักนักศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ค่าดัชนีมวลกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ ผลการศึกษาของวิดาพร ทับทิมศรี และจินตนา รัชยา (2564) ที่พบว่า ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครทุ่งเพท กลุ่มทดลองมีค่าดัชนีมวลกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากวิธีการออกกำลังกายของการศึกษา 2 เรื่องแรก (วัชรินทร์ เสมามอญ, 2562; สรายุทธ มงคล และคณะ, 2562) มีการกำหนดโปรแกรมการออกกำลังกายที่ให้ทำสัปดาห์ละ 5-7 วัน และเรื่องที่ 3 (วิดาพร ทับทิมศรี และจินตนา รัชยา, 2564) ระยะเวลาที่ออกกำลังกายวันละ 90 นาที จะช่วยเพิ่มการใช้พลังงานมากขึ้นอันจะช่วยส่งผลให้น้ำหนักตัวและค่าดัชนีมวลกายลดลงได้

สำหรับผลการศึกษาที่พบว่าค่าเฉลี่ยรอบเอว และความดันโลหิตหลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นเพราะนักศึกษาได้มีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองและได้ออกกำลังกายต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 เดือน และวิทยาลัยมีการจัดเตรียมอุปกรณ์ออกกำลังกายให้ ส่งเสริมการเล่นกีฬาหลังเลิกเรียนจากอาจารย์ประจำชั้น การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และมีเพื่อนเชียร์ข้างสนาม และการส่งเสริมบรรยากาศในการทำกิจกรรม เช่น การออกกำลังกายตามอวัยวะที่ตนเองชอบและถนัด การสร้างแรงจูงใจโดยการประกวดและมอบรางวัลให้ผู้ที่มียุติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดีเด่นโดยการใช้วิธีการคัดเลือกด้วยการทำสังคมมิติ ทำให้นักศึกษามีพฤติกรรมออกกำลังกายเพิ่มขึ้น เมื่อออกกำลังกายทำให้อึดแอ่นมีการเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่อย่างต่อเนื่องและทำเป็นเวลานานหลายเดือน จะช่วยส่งผลให้ค่าเฉลี่ยรอบเอวลดลงได้ ส่วนการลดความดันโลหิตเมื่อออกกำลังกายใช้กล้ามเนื้อทำให้มีการใช้ออกซิเจนในระบบของการใช้พลังงาน ส่งผลให้ปอด หัวใจ และหลอดเลือดทำงาน เพิ่มขึ้น เพื่อให้ ออกซิเจนไปที่กล้ามเนื้อนั้นมีปริมาณเพียงพอ และปฏิบัติตามเป็นระยะเวลา 6 เดือน ก็จะส่งผลให้ ความ

ดันโลหิตลดลงได้ สอดคล้องกับ สิทธิ พงษ์พิบูลย์ (2556) กล่าวว่า ประโยชน์ของการออกกำลังกาย ช่วยลด หรือควบคุมความดันโลหิตได้และสอดคล้องกับ วัลลภา ดิษสระ และพิมพรรณ เรืองพุทธ (2563) ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายเฉพาะที่ต่อภาวะสุขภาพของ อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน และ สราวุธ มงคล และคณะ (2562) ศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายเจ็ดนาทีต่อเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายในคนอ้วนเพศหญิง ซึ่งพบว่าหลังการใช้โปรแกรมออกกำลังกายขนาดเส้นรอบเอวลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผลการวิจัย

การนำหลัก สบช. โมเดล มาประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลมีประโยชน์ในการคัดกรองภาวะสุขภาพเพื่อให้นักศึกษามีความตระหนักในภาวะสุขภาพของตนมากขึ้น การส่งเสริมกิจกรรมออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ และการจัดการอารมณ์เพื่อไม่ให้ความเครียดส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกายและใจ จึงเป็นสิ่งที่ดีที่นักศึกษาพยาบาลควรจะไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อการลดไขมันที่พอกบริเวณเอวและลดความดันโลหิตซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเป็นแบบอย่างที่ดีให้ประชาชนตามบทบาทการผู้นำด้านสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการวิจัย ควรมีการนำรูปแบบการวิจัยมาทำการวิจัยเพิ่ม โดยปรับระยะเวลาในการศึกษาวิจัยจาก 6 เดือนเป็น 1 ปี และควรมีการออกแบบให้มีการศึกษาในกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อยืนยันประสิทธิภาพของการสร้างเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้หลัก สบช. โมเดล
2. ด้านการบริหาร ควรมีการติดตามภาวะสุขภาพของนักศึกษากลุ่มที่ไม่ใช่สีขาวอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เพื่อให้นักศึกษามีสุขภาพที่แข็งแรงและเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ
3. ด้านการศึกษาพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยไปปรับใช้ในการจัดการเรียนการสอนในรายวิชา เช่น การพยาบาลชุมชน เพื่อให้นักศึกษาได้ประยุกต์ใช้องค์ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้รับบริการตามแนวทางการเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก สบช. โมเดล ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย และขอบคุณนักศึกษาพยาบาลทุกคนที่ให้เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างจนทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2563, 21 พฤศจิกายน). รู้จัก เซโร โทนิน สารที่มีผลต่ออารมณ์ความรู้สึก.

<https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30507>

กรมอนามัย. (2562, 10 กันยายน). ออกกำลังกาย คลายเครียด สีส้มดีมีเดียกรมอนามัย.

<https://multimedia.anamai.moph.go.th/help-knowledgs/exercise2>

กองยุทธศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก. (2565). รายงานสรุปการประชุมโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของสถาบันพระบรมราชชนก ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (สบช. โมเดล). สถาบันพระบรมราชชนก.

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 30.2ส. ประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561.

<http://www.hed.go.th/news/3268>

ฉินญากร ใจยอด, และอนุกุล มะโนทน. (2566) ประสิทธิภาพการประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดภาวะโรคอ้วนของบุคลากรโรงพยาบาลสุโขทัย อำเภอเมืองจังหวัดสุโขทัย. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 9(1), 54-68.

ดวงพร สุรพงษ์พิพัฒนะ. (2565, 19 มกราคม). เคล็ดลับบอกเล่าความเครียด.

<https://dmh.go.th/news/view.asp?id=2469>

นสพ. เอโฮ, วิภาพร สิทธิศาสตร์, และสุริรัตน์ ณ วิเชียร. (2565). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดลในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลมอแข อำเภอเมืองจังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรคบุรี, 5(2), 129-139.

บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2555). การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย:คุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุญชม ศรีสะอาด. (2560). การวิจัยเบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 10). สุวีริยาสาส์น.

ปัทมาวดี สิงหาจุ. (2559). การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ. โอเดียนสโตร์.

ภณิดา หยั่งถึง. (2565). ผลของการออกกำลังกายแบบใช้น้ำหนักร่างกายกับแบบแอโรบิกที่มีต่อค่าดัชนีมวลกายค่าไขมันที่เกาะอยู่ตามอวัยวะภายในบริเวณช่องท้องและคอเปอร์เซ็นต์ไขมันของผู้มีภาวะน้ำหนักเกิน. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ, 14(3), 57-69.

- มิ่งขวัญ ศิริโชติ. (2562). การบริหารกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน. *วารสารวิชาการ สถาบัน
วิทยาการจัดการแห่งแปซิฟิก*, 5(2), 289-296.
- วัชรินทร์ เสมามอญ. (2562). ผลการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักสำหรับนักศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน.
วารสาร มจร มนุษยศาสตร์ปริทรรศน์, 5(2), 61-70.
- วัลลภา ดิษสระ, และพิมพ์วรรณ เรืองพุทธ. (2563). ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายเฉพาะที่ต่อภาวะ
สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา*, 7(6), 207-216.
- วิชัย เทียนถาวร. (2556). ระบบการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงใน ประเทศ
ไทย:นโยบายสู่การปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 3). กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวง
สาธารณสุข.
- วิดาพร ทับทิมศรี, และจินตนา รังษยา. (2564). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อดัชนีมวลกายและ
พฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ. *วารสารวิจัย
สุขภาพและการพยาบาล*, 37(2), 251-262.
- วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม. (2565). รายงานผลการตรวจสุขภาพและภาวะสุขภาพประจำปีของ
นักศึกษาปีการศึกษา 2565. กลุ่มกิจการนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม.
- สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. (2565). ประวัติความเป็นมา สถาบันพระบรมราชชนก
กระทรวงสาธารณสุข. <https://www.pi.ac.th/page/41>
- สรายุทธ มงคล, พัศวี น่านสุวรรณกร, สุวัจน์ มิคผล, และกมลชนก ศิวะกฤษณะกุล. (2562). ผลของโปรแกรม
การออกกำลังกายเจ็ดนาทีต่อเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายในคนอ้วนเพศหญิง. *ศรีนครินทร์เวชสาร*,
34(1), 75-82.
- สรารุณี พงษ์พิพัฒน์, ภัทร ยันตรกร, และรัชกร พุกกะมาน. (2560). พฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. *ศึกษาศาสตร์สาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 1(1), 34-45.
- ลิตา พงษ์พิบูลย์. (2556). คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การป้องกันและบำบัดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการออก
กำลังกาย โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วน โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (พิมพ์ครั้งที่ 2).
โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สิริรัช จันทรรักษ์, และจินตนา สราวุธพิทักษ์. (2560). ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายตามทฤษฎี
แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคที่มีต่อการลดความเครียดของนิสิตนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา. *วารสาร
ครุศาสตร์*, 45(4), 207-233.
- องค์การอนามัยโลก. (2556). รายงานการประชุมระดับโลกเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ : พัฒนาการสำคัญของ

การสร้างเสริมสุขภาพ [Milestones in Health Promotion: Statements from global conferences] (ลินศักดิ์
ชนม์ อุณพรมมี, แปล). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก. (ต้นฉบับ
พิมพ์ปี ค.ศ.2009).

อุมาพร สุขารมณ์. (2562). *จิตวิทยาพัฒนาการ*. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

Baji, Z., Baesi, A., Shakerinejad, G., Tehrani, M., Hajinajaf, S., & Jarvandi, F. (2018). The Effect of
Education Based on Health Belief Model on Eating Behaviors and Weight Control on Female
High School Students in Ahwaz. *Iranian Journal of Health Education and Health
Promotion*, 6(3), 231-240. <https://doi.org/10.30699/acadpub.ijhehp.6.3.231>

Becker, M. H. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health education
monographs*, 2, 324–508.

Farrell, P., & Gustafson, A. (1986). Exercise stress and endogenous opiates. *Enkephalins and endorphins:
Stress and the immune system*, 47-57. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0557-4_5

Pascoe, M., Bailey, A. P., Craike, M., Carter, T., Patten, R., Stepto, N., & Parker, A. (2020). Physical
Activity and Exercise in Youth Mental Health Promotion: A Scoping Review. *BMJ Open Sport &
Exercise Medicine*, 6(1), e000677. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjsem-2019-000677>

Pender, N. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice* (3rd ed.). Appleton and Lange.

Yavuz, A. Y., & Hacıoğlu, N. (2018). The effect of training provided for obese adolescents based on
Health Promotion Model on their healthy lifestyle behaviors and life quality. *Progress in
Nutrition*, 20(1), 146-160. <https://doi.org/10.23751/pn.v20i1.6301>

ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผน ยุทธศาสตร์สาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

พงศธร โตสังวาลย์, ส.ม.¹

ประจักษ์ บัวพันธ์, Ph.D.^{2*}

(วันที่ส่งบทความ: 21 มีนาคม 2566; วันที่แก้ไข: 1 ตุลาคม 2566; วันที่ตอบรับ: 3 ตุลาคม 2566)

บทคัดย่อ

การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานมีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาขององค์กรที่ยั่งยืน การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา สุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบได้จำนวน 128 คน และกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข จำนวน 12 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึก ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า .50 และค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งหมดเท่ากับ .98 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ สถิติเชิงพรรณนา สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติการถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมระดับปัจจัยทางการบริหาร ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับมาก โดยพบว่า ภาพรวมปัจจัยทางการบริหาร และปัจจัยแห่งความสำเร็จมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.628, p < .001$), ($r = 0.681, p < .001$) ตามลำดับ ซึ่งตัวแปรทั้ง 4 ตัวแปร ประกอบด้วย 1) ด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ 2) ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตาม 3) ด้านการสร้างความรู้เข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ และ 4) ด้านบุคลากร มีผลและสามารถร่วมกันในการพยากรณ์การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข ได้ร้อยละ 51.5 ($R^2 = 0.515, p < .001$) ผลการศึกษาสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผน พัฒนา แก้ไขปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานต่อไป

คำสำคัญ: ปัจจัยทางการบริหาร, ปัจจัยแห่งความสำเร็จ, การมีส่วนร่วม, แผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*ผู้ประพันธ์บทความ: ประจักษ์ บัวพันธ์, อีเมล: bprach@kku.ac.th

Administrative Factors and Key Success Factors Affecting the Participation of the Health Strategy Plan of Directors at Sub-District Health Promoting Hospitals in Nakhon Ratchasima Province

Pongsatorn Tosangwarn, MPH¹

Prachak Bouphan, Ph.D.^{2*}

(Received: March 21st, 2022; Revised: October 1st, 2023; Accepted: October 3rd)

Abstract

The participation in operational development is very important in sustainable organizations. This cross-sectional descriptive research aimed to study administrative factors and key success factors and their effect on the participation of the health strategy plan of directors at sub-district health-promoting hospitals in Nakhon Ratchasima Province. A set of 128 Directors was selected by systematic random sampling. The quantitative data was collected from questionnaires and the qualitative data was collected by using an in-depth interview with 12 participants. The questionnaire was examined and verified by three experts for content validity with items objective congruence (IOC), all items were more than .50 and reliability with Cronbach's alpha coefficient was .98. Data analysis was performed by descriptive statistics, Pearson correlation coefficient and Stepwise multiple linear regression. The results of the study showed that the overall level of administrative factors, key success factors, and the participation of the health strategy plan were at a high level. Overall administrative factors and key success factors had a statistically significant moderate relationship with the participation of the health strategy plan ($r = 0.628$, $p < .001$), ($r = 0.681$, $p < .001$). Four variables consisted of key success factors; 1) the development of health care facility image; 2) executives at all levels providing support and follow-up to create understanding and 3) creating cooperation; and one variable of administrative factors, manpower affected and could jointly predict the participation of the health strategy plan of directors at sub-district health promoting hospitals in Nakhon Ratchasima Province at 51.5 percentage ($R^2 = 0.515$, $p < .001$). The results of the study can be applied to planning and solving issues in operational development.

Keywords: administrative factors, key success factors, the participation, health strategy plan

¹ Graduated student in Master of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Khon Kaen University.

² Associate Professor, Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Khon Kaen University.

*Corresponding author: Prachak Bouphan, E-mail: bprach@kku.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันระบบสุขภาพไทยกำลังเผชิญกับสิ่งที่ท้าทายจากรอบด้าน ไม่ว่าจะเป็นการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุการเปลี่ยนจากสังคมชนบทสู่สังคมเมือง การเชื่อมต่อการค้าการลงทุนทั่วโลก ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และความคาดหวังที่มากขึ้นของประชาชนต่อคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุข ดังนั้นการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ชาติจึงมีความสำคัญอย่างมากกับการกำหนดทิศทางของประเทศไทย ได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข โดยแผนยุทธศาสตร์ฯ ประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ ดังนี้ ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence) ยุทธศาสตร์บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) (กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ทั้งนี้เพื่อขับเคลื่อนและสร้างความเข้าใจร่วมกันให้แก่ทุกหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นการมีส่วนร่วมของคนในองค์กรในการดำเนินงานจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการบริหารองค์กรและนำไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข

การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการหรือกิจกรรมที่เป็นผลมาจากความเห็นสอดคล้องกันในเรื่องของความต้องการและทิศทางในการเปลี่ยนแปลง การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของบุคลากรนั้นมีขั้นตอนที่สำคัญ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหาและสาเหตุของปัญหา 2) การมีส่วนร่วมในการวางแผน 3) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน 4) การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล (อกิน รพีพัฒน์, 2547) 5) การมีส่วนร่วมรับผิดชอบ (Davis & Newstrom, 1981) และ 6) การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ (Cohen & Uphoff, 1986) การจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขให้เกิดประสิทธิภาพนั้นองค์กรควรส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับ โดยการวางแผนเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการบริหาร องค์ประกอบของการวางแผน ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) กำหนดวัตถุประสงค์ 2) กำหนดวิธีในการดำเนินงาน 3) กำหนดทรัพยากรทางการบริหาร 4) กำหนดวิธีการปฏิบัติงาน และ 5) กำหนดวิธีการในการควบคุม (ประจักษ์ บัวพันธ์, 2558) การวางแผนขององค์กรช่วยให้เกิดการมีส่วนร่วม อันจะส่งผลให้การจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขเกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ปัจจัยทางการบริหารเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานเป็นการจัดระเบียบแบบแผนเกี่ยวกับการใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านบุคลากร 2) ด้านงบประมาณ 3) ด้านวัสดุอุปกรณ์ 4) ด้านบริหารจัดการ 5) ด้านเวลา และ 6) ด้านเทคโนโลยี (ประจักษ์ บัวพันธ์, 2558) ซึ่งปัจจัยข้างต้นจะส่งเสริมให้เกิดผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ หากได้รับการสนับสนุนที่เพียงพอและเหมาะสมกับบริบทและอีกหนึ่งปัจจัยที่มีความสำคัญส่งผลให้บุคลากรปฏิบัติงานสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ให้งานสามารถบรรลุเป้าหมายขององค์กร คือปัจจัยแห่งความสำเร็จประกอบด้วย

6 ด้านได้แก่ 1) ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตาม 2) หน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานสนับสนุน 3) การลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสนใจในการมีส่วนร่วม 4) การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ 5) การพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ และ 6) การเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่าย (ชูชัย สุภวงศ์ และคณะ, 2553) โดยปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่กล่าวมาข้างต้นนี้จะส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข บรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่ตั้งเป้าไว้

การมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขของจังหวัดนครราชสีมา พบว่าผู้บริหาร และนักวิชาการผู้ปฏิบัติงานในระดับจังหวัดส่วนใหญ่รับทราบเกี่ยวกับนโยบายยุทธศาสตร์สาธารณสุขของจังหวัด ส่วนผู้ปฏิบัติงานในระดับอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้ปฏิบัติงานระดับตำบลส่วนใหญ่จะทราบรายละเอียดเกี่ยวกับนโยบายแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขค่อนข้างน้อย เนื่องจากในการประชุมชี้แจงในระดับโซนมีผู้เข้าร่วมประชุมเป็นจำนวนมาก ทำให้การรับรู้นโยบายแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขอาจได้รับไม่ครบถ้วน รวมทั้งผู้บริหารในระดับอำเภอบางแห่งขาดทักษะการประชุมชี้แจงรายละเอียดของนโยบายยุทธศาสตร์สาธารณสุขให้แก่ผู้ปฏิบัติงานในระดับอำเภอและระดับตำบล ในส่วนของกระบวนการแปลงแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขของจังหวัดเป็นแผนปฏิบัติการเพื่อนำไปปฏิบัติงานในพื้นที่ จากการศึกษาของ (สันติ ทวยมีฤทธิ์, 2562) พบว่าส่วนใหญ่มีความเห็นว่ามีไม่ครบถ้วน ทำให้มาตรการสำคัญกิจกรรมสำคัญในหลายประเด็นไม่ครอบคลุมและครบถ้วนในระดับอำเภอ ระดับตำบลซึ่งอาจเนื่องมาจากยังขาดกรอบแนวคิดในการกำหนดแนวทางวิชาการที่เหมาะสม ทำให้ส่งผลกระทบต่อการทำงานตามแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจึงนำไปสู่ประเด็นการศึกษาปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา เพื่อจะได้นำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนพัฒนาแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานที่ผ่านมารวมทั้งสนับสนุนและส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

คำถามการวิจัย

1. มีปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จอะไรบ้าง ที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

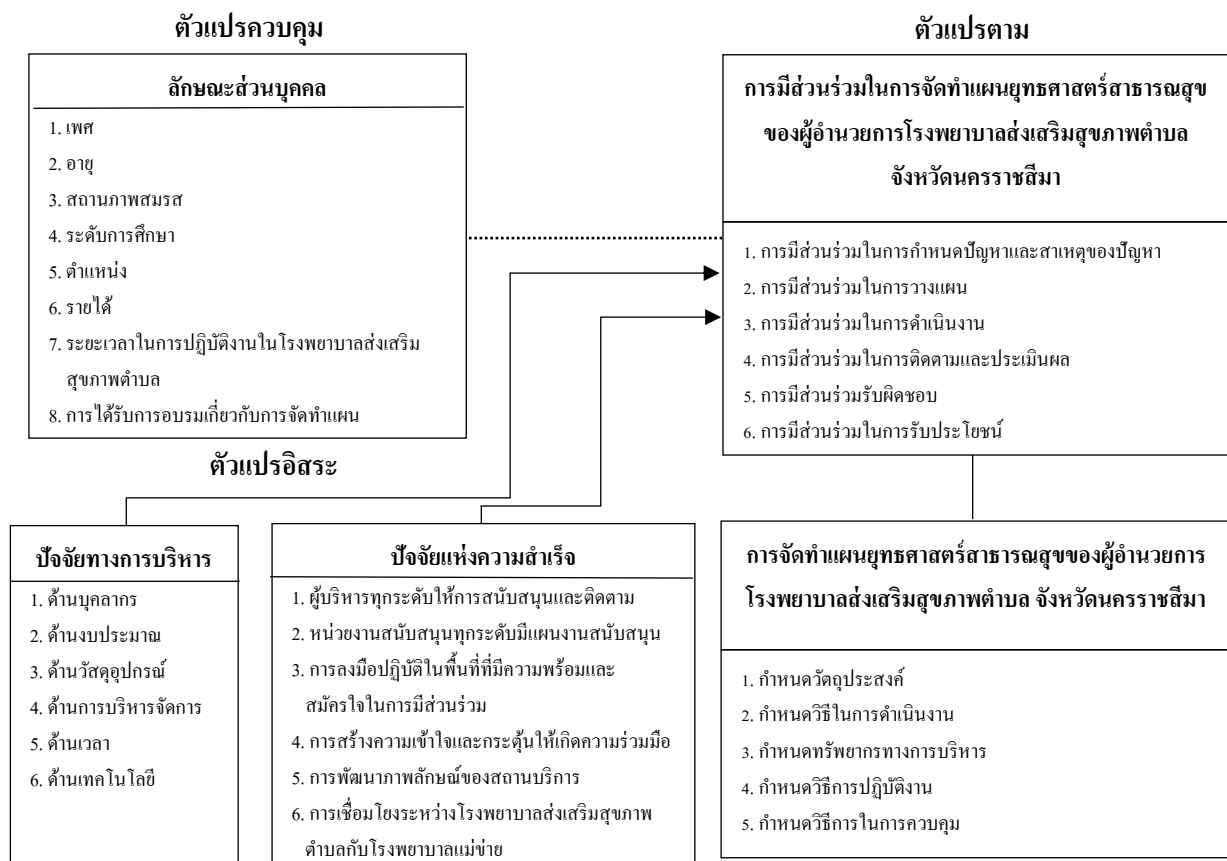
2. ระดับปัจจัยทางการบริหาร ระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จ และระดับการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา อยู่ในระดับใด

3. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะของการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา มีอะไรบ้าง

สมมติฐานการวิจัย
ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จมีผลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาเรื่องปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิดทฤษฎีวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ตัวแปรอิสระ ปัจจัยทางการบริหาร ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของประจักษ์ บัวพันธ์ (2558) และปัจจัยแห่งความสำเร็จของชูชัย สุภวงศ์ และคณะ (2553) ส่วนตัวแปรตามการมีส่วนร่วม ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดของอกิน รพีพัฒน์ (2547), Davis and Newstrom (1981) และ Cohen and Uphoff (1986) ใช้เป็นแนวทางในการศึกษาการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ระหว่างเดือน ธันวาคม 2565 - มกราคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 348 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 2565)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ใช้สูตรของ (Cohen, 1988) เพื่อกำหนดหาขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis) โดยใช้โปรแกรม G Power ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 128 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) โดยสำรวจรายชื่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 348 คน หาช่วงระยะห่างของการเลือกตัวอย่าง โดยใช้สูตร $I = N/n$ เนื่องจากช่วงระยะห่างของการเลือกตัวอย่างคือ 2.71 ซึ่งมากกว่า 1.50 จึงใช้การสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบด้วยการเลือกตัวอย่างจากรายชื่อลำดับที่ 1 และข้ามไปลำดับที่ 3 ลำดับที่ 6 ลำดับที่ 9 จนครบ 128 คน ตามจำนวนที่กำหนด

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณ โดยเลือกบุคคลที่สามารถให้ข้อมูลในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา (Key Informants) ได้ดี คุณสมบัติบุคคลที่จะให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึกนั้นต้องผ่านการได้รับการฝึกอบรมและเข้าร่วมประชุมที่เกี่ยวกับทักษะกระบวนการและสมรรถนะในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข จำนวนทั้งสิ้น 12 คน ประกอบด้วย ผู้มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขในระดับจังหวัด 1 คน ผู้มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขในระดับอำเภอ 3 คน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา 8 คน

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยจะให้ความสำคัญและพิทักษ์สิทธิของบุคคลที่ร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยยึดหลัก 3 ประการ คือ 1) หลักความเคารพในบุคคล (Respect For Person) 2) หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย (Beneficence) และ 3) หลักยุติธรรม (Justice) โดยเผยแพร่ข้อมูลในลักษณะเป็นภาพรวมไม่ระบุถึงตัวบุคคลหรือสถานที่ทำงานหรือข้อมูลต่าง ซึ่งผู้วิจัยมีมาตรการในการรักษาความลับ โดยในแบบสอบถามไม่มีการระบุเพียงรหัสชุดแบบสอบถามเท่านั้น และก่อนการดำเนินการวิจัย และการวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจาก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 21 พฤศจิกายน 2565
เลขที่ HE652185

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีทั้งหมด 2 ชุด

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaire) จำนวน 101 ข้อ ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล มีคำถาม 8 ข้อ ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยทางการบริหาร จำนวน 30 ข้อ ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จ จำนวน 30 ข้อ ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข จำนวน 30 ข้อ ส่วนที่ 5 เป็นแบบสอบถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข จำนวน 3 ข้อ

การแปลผล การแปลผลคะแนนระดับปัจจัยทางการบริหาร ระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จ และระดับการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข โดยนำมาจัดระดับเป็น 5 ระดับ ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงเฉลี่ย ดังนี้) ระดับมากที่สุด (4.50–5.00 คะแนน) ระดับมาก (3.50–4.49 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.50–3.49 คะแนน) ระดับน้อย (1.50–2.49 คะแนน) และระดับน้อยที่สุด (1.00–1.49 คะแนน) (สำเร็จ จันทรสวรรณ และสุวรรณ บัวทวน, 2547)

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept Interview Guidelines) ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัจจัยทางการบริหาร ส่วนที่ 2 คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จ ส่วนที่ 3 คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือทั้ง 2 ชุด ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในด้านความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน พบว่า ทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.5 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบ แก้ไข และปรับปรุงโดยผู้เชี่ยวชาญแล้วไปทดลองใช้กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้านปัจจัยทางการบริหาร เท่ากับ .95 ด้านปัจจัยแห่งความสำเร็จ เท่ากับ .96 ด้านการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข เท่ากับ .96 และภาพรวมแบบสอบถามทั้งชุด เท่ากับ .98

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 9 ธันวาคม 2565 ถึง วันที่ 9 มกราคม 2566 โดยใช้แบบสอบถามและแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยส่งหนังสือขออนุญาตการทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา สาธารณสุขอำเภอ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

2. ผู้วิจัยเข้าพบ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา สาธารณสุขอำเภอ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยนำส่งแบบสอบถามด้วยตนเองให้กับสาธารณสุขอำเภอจำนวน 32 แห่ง รวมทั้งนัดหมายวันเวลาในการส่งแบบสอบถามกลับคืนเมื่อครบกำหนด 20 วัน

4. เมื่อครบกำหนดนัดหมายส่งคืนแบบสอบถาม 20 วัน ผู้วิจัยจะไปเก็บแบบสอบถามด้วยตนเอง ทั้งนี้ได้อำนวยความสะดวกให้กลุ่มตัวอย่างโดยเตรียมซองจดหมายติดแสตมป์ให้ผู้วิจัยเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสะดวกในการส่งแบบสอบถามกลับ

5. การสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อสนับสนุนกับข้อมูลเชิงปริมาณ มีขั้นตอนดำเนินการ 4 ขั้นตอน ดังนี้

5.1 ขั้นเตรียมการ

1) ผู้วิจัยจะจัดส่งแบบชี้แจงและแบบยินยอมไปให้อาสาสมัครทางไปรษณีย์พร้อมซองปิดแสตมป์กำหนดให้ผู้วิจัย เมื่อผู้วิจัยได้รับแบบยินยอมแล้วจึงนัดหมายเวลา และรูปแบบของการสัมภาษณ์ทางระบบออนไลน์ โดย Zoom

2) ก่อนทำการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้วิจัยได้ทบทวนความเข้าใจรายละเอียดของแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยละเอียดทุกครั้ง

5.2 ขั้นสัมภาษณ์เชิงลึก

- 1) ผู้วิจัยแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์เชิงลึก
- 2) ผู้วิจัยสร้างความคุ้นเคยและเป็นกันเองกับผู้เข้าร่วมสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อสร้างความไว้วางใจเพื่อประโยชน์ในการให้ข้อมูลตรงตามสภาพความเป็นจริงมากที่สุด
- 3) ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่างทั้ง 12 คน
- 4) การนัดวันสัมภาษณ์เชิงลึกจะเลือกวันที่ผู้ให้สัมภาษณ์สะดวก

5.3 ขั้นบันทึกผล

อนุญาตฉบับบันทึกและบันทึกเสียงในขณะที่ทำการสัมภาษณ์หลังจากนั้นจึงดำเนินการถอดข้อความบันทึกเสียงในภายหลังเพื่อให้ได้ข้อมูลอย่างครบถ้วน

5.4 ขั้นยุติการสัมภาษณ์

ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้สัมภาษณ์เชิงลึกที่ให้ความอนุเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) นำเสนอค่า ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Minimum)

และค่าสูงสุด (Maximum)

ระดับปัจจัยทางการบริหาร ระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จ และระดับการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา ใช้สถิติ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) จากการทดสอบข้อมูลโดยใช้ Kolmogorov-Smirnov กำหนดระดับนัยสำคัญ $\alpha = 0.05$ จากการทดสอบพบว่า (p-value) = 0.192 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.05 พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ จึงใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ และตัวแปรตามทีละคู่ (Bivariate Analysis) ได้แก่

2.1 การหาความสัมพันธ์โดยภาพรวมและรายด้านระหว่างปัจจัยทางการบริหาร และการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข และระหว่างปัจจัยแห่งความสำเร็จและการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข

2.2 ทดสอบนัยสำคัญทางสถิติแบบสองทาง (Two-tailed) กำหนดสำคัญทางสถิติ (Level of Significant) ที่ระดับ 0.05 ถ้าค่า p-value น้อยกว่าหรือ เท่ากับ 0.05 แสดงว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามแต่ละคู่ นั้นนัยสำคัญทางสถิติ

2.3 การแบ่งระดับความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ใช้เกณฑ์ของ Elifson, Runyon, & Haber (1990) มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง + 1 แบ่งระดับดังนี้

ไม่มีความสัมพันธ์ (No Relationship) หมายถึง $r = 0$

มีความสัมพันธ์ต่ำ (Weak Relationship) หมายถึง $r = \pm 0.01$ ถึง ± 0.30

มีความสัมพันธ์ปานกลาง (Moderate Relationship) หมายถึง $r = \pm 0.31$ ถึง ± 0.70

มีความสัมพันธ์สูง (Strong Relationship) หมายถึง $r = \pm 0.71$ ถึง ± 0.99

มีความสัมพันธ์โดยสมบูรณ์ (Perfect Relationship) หมายถึง $r = \pm 1$

2.4 การวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์หลายตัวแปร (Multivariable Relationship) เพื่อหาค่าตัวแปรที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา โดยควบคุมตัวแปร คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) ตำแหน่ง 6) รายได้ 7) ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ 8) การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข

3. ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วย ปัจจัยทางการบริหาร ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข ตลอดจนปัญหาและอุปสรรค โดยทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสอบถาม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54.7) อายุระหว่าง 51-60 ปี (ร้อยละ 60.2) อายุเฉลี่ย 50.70 ปี ($S.D.=6.84$ ปี) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 74.2) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี หรือเทียบเท่า (ร้อยละ 68.8) มีตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข (ร้อยละ 57.0) รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 52,168.67 บาท ($S.D.=10,445.20$ บาท) มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา 31 ปี ขึ้นไป (ร้อยละ 32.0) และได้รับการฝึกอบรมและเข้าร่วมประชุมที่เกี่ยวกับทักษะกระบวนการในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข (ร้อยละ 80.5) ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการฝึกอบรมมีค่าเฉลี่ย 4 ครั้ง จำนวนต่ำสุด 1 ครั้ง จำนวนสูงสุด 20 ครั้ง

2. ระดับปัจจัยทางการบริหาร ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ภาพรวมระดับปัจจัยทางการบริหาร อยู่ในระดับมาก ($M=3.87$, $SD=0.34$) ภาพรวมระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จ อยู่ในระดับมาก ($M=4.07$, $SD=0.39$) และภาพรวมระดับการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข อยู่ในระดับมาก ($M=3.98$, $SD=0.37$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับปัจจัยทางการบริหาร ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

ตัวแปร	Mean	S.D.	แปลผล
ปัจจัยทางการบริหารรวมทุกด้าน	3.87	0.34	มาก
1. ด้านบุคลากร	3.88	0.41	มาก
2. ด้านงบประมาณ	3.84	0.44	มาก
3. ด้านวัสดุอุปกรณ์	3.84	0.46	มาก
4. ด้านการบริหารจัดการ	4.01	0.44	มาก
5. ด้านเวลา	3.92	0.50	มาก
6. ด้านเทคโนโลยี	3.74	0.50	มาก
ปัจจัยแห่งความสำเร็จรวมทุกด้าน	4.07	0.39	มาก
1. ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตาม	4.05	0.46	มาก
2. หน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานสนับสนุน	4.11	0.44	มาก
3. การลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม	3.99	0.48	มาก
4. การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ	4.04	0.47	มาก
5. การพัฒนาประสิทธิภาพของสถานบริการ	4.15	0.49	มาก
6. การเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่าย	4.06	0.53	มาก

ตัวแปร	Mean	S.D.	แปลผล
การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข			
รวมทุกด้าน	3.98	0.37	มาก
1. การมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหาและสาเหตุของปัญหา	4.00	0.45	มาก
2. การมีส่วนร่วมในการวางแผน	4.07	0.50	มาก
3. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	4.01	0.48	มาก
4. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล	3.97	0.46	มาก
5. การมีส่วนร่วมรับผิดชอบ	3.95	0.44	มาก
6. การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์	3.88	0.50	มาก

หมายเหตุ. n = 128

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางการบริหาร ปัจจัยแห่งความสำเร็จ กับการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ภาพรวมปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.628, p < .001$)

ภาพรวมปัจจัยแห่งความสำเร็จมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.681, p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางการบริหาร ปัจจัยแห่งความสำเร็จ กับการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

ตัวแปร	r	p - value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยทางการบริหารรวมทุกด้าน	0.628*	< .001	ปานกลาง
1. ด้านบุคลากร	0.477*	< .001	ปานกลาง
2. ด้านงบประมาณ	0.377*	< .001	ปานกลาง
3. ด้านวัสดุอุปกรณ์	0.472*	< .001	ปานกลาง
4. ด้านการบริหารจัดการ	0.525*	< .001	ปานกลาง
5. ด้านเวลา	0.505*	< .001	ปานกลาง
6. ด้านเทคโนโลยี	0.456*	< .001	ปานกลาง
ปัจจัยแห่งความสำเร็จรวมทุกด้าน	0.681*	< .001	ปานกลาง
1. ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตาม	0.568*	< .001	ปานกลาง
2. หน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานสนับสนุน	0.546*	< .001	ปานกลาง
3. การลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม	0.540*	< .001	ปานกลาง
4. การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ	0.559*	< .001	ปานกลาง
5. การพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ	0.622*	< .001	ปานกลาง

ตัวแปร	r	p - value	ระดับ ความสัมพันธ์
6. การเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่าย	0.495*	< .001	ปานกลาง

หมายเหตุ. n = 128, * p - value < .001

4. ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

ผลการศึกษา พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขที่ถูกเลือกเข้าสมการคือ ตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีดังนี้ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ การพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ ($p < .008$) ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตาม ($p < .011$) และการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ ($p < .005$) ส่วนปัจจัยทางการบริหาร ได้แก่ ด้านบุคลากร ($p < .003$) ดังนั้น ตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวแปรข้างต้น มีผลและสามารถร่วมกันในการพยากรณ์การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา ได้ร้อยละ 51.5 ดังในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอนของการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

ตัวแปร	B	Beta	T	p - value	R	R ²	R ² adj	R ² change
1. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ การพัฒนาภาพลักษณ์ของ สถานบริการ	0.192	0.250	2.716	< .008	0.622	0.387	0.382	-
2. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ผู้บริหารทุกระดับให้การ สนับสนุนและติดตาม	0.171	0.210	2.577	< .011	0.673	0.452	0.444	0.065
3. ปัจจัยทางการบริหารด้าน บุคลากร	0.201	0.219	3.027	< .003	0.694	0.482	0.469	0.030
4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ การสร้างความเข้าใจและ กระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ	0.192	0.242	2.894	< .005	0.717	0.515	0.499	0.033

ค่าคงที่ 0.938, F = 32.625, p-value < 0.001, R = 0.717, R² = 0.515, R² adj = 0.499

หมายเหตุ. n = 128, ** p - value < .05

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ ในการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา ได้เสนอปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ ดังนี้

ด้านปัจจัยทางการบริหาร มีข้อจำกัดในด้านเทคโนโลยีที่ทันสมัย ดังนั้น ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรสนับสนุนเทคโนโลยีสารสนเทศ ที่เหมาะสมสำหรับการใช้เก็บรวบรวมข้อมูล จัดหมวดหมู่ เรียงลำดับ สรุปผล คำนวณผล จัดเก็บ สืบค้น การจัดการข้อมูล ให้สามารถสื่อสารและเผยแพร่ไปยังความต้องการของหน่วยงาน เพื่อจะช่วยลดการสิ้นเปลืองของวัสดุอุปกรณ์ และยังช่วยส่งเสริมการทำงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ด้านปัจจัยแห่งความสำเร็จ พบว่า การลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วมยังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ดังนั้นผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องสนับสนุนให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมในการวางแผนยุทธศาสตร์อันจะส่งผลต่อการจัดทำแผนของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีส่วนร่วมในการเตรียมความพร้อมทั้งด้าน บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ตลอดจนวิธีในการดำเนินงาน เพื่อให้เกิดการรับรู้ ความเข้าใจ และความร่วมมือจากบุคลากรในหน่วยงาน และการบูรณาการกับภาคีเครือข่าย

ด้านการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข พบว่า การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ จะมีความสำคัญต่อกระบวนการมีส่วนร่วม ดังนั้นผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมในด้านการรับประโยชน์ จากการปฏิบัติงานที่ใกล้เคียงกันทั้งผลการดำเนินงาน ทางบวก และทางลบ ทั้งต่อตนเองและสังคม เพื่อให้เกิดการรับรู้ ตระหนัก เกิดความรู้สึกร่วม เห็นคุณค่าในตนเองและคุณค่าในงานที่ปฏิบัติเพื่อให้การดำเนินงานนั้นๆ สำเร็จลุล่วงได้อย่างมีประสิทธิภาพ สิ่งสำคัญการที่จะทำงานทุกคนให้บรรลุเป้าหมายต้องอาศัยการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ตลอดจนภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องต้องมีการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานทุกขั้นตอน

6. การสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณ ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา ดังนี้

6.1 ปัจจัยแห่งความสำเร็จการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ พบปัญหาด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ ดังนั้นผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้มีบุคลากรต้นแบบในการพัฒนาสุขภาพที่ดีเพื่อเป็นตัวอย่างและพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ

6.2 ปัจจัยแห่งความสำเร็จผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตาม พบว่า ยังขาดการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขและการสนับสนุนทรัพยากรยังไม่เพียงพอ ดังนั้นควรส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมและเรียนรู้ให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง

6.3 ปัจจัยทางการบริหารด้านบุคลากร พบว่า หน่วยงานบางแห่งขาดการสรรหาบุคลากร ให้เหมาะสมกับการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข ดังนั้น ควรจัดสรรอัตรากำลังให้สอดคล้องกับโครงสร้างอัตรากำลังและความจำเป็นของหน่วยงาน

6.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ พบว่าหน่วยงานบางแห่งขาดการส่งเสริมให้เกิดกระบวนการการมีส่วนร่วมในการทำงาน ควรส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมในการวางแผนและกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติงานร่วมกัน โดยกระตุ้นและเปิดโอกาสให้บุคลากรในหน่วยงานมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนและให้เกิดการยอมรับปฏิบัติงานร่วมกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามวัตถุประสงค์ที่ได้ตั้งไว้

อภิปรายผลการวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จกับการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

ปัจจัยทางการบริหาร การวิจัยครั้งนี้ภาพรวมปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว ภาพรวมปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง กับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (นวพร รัตนจริยา และชนะพล ศรีฤทธา, 2564; ไพวัน แก้วปะเลิด และประจักษ์ บัวผัน, 2563; อรรณณ ลินคำ และชนะพล ศรีฤทธา, 2562) ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยทางการบริหารมีความสำคัญและมีผลต่อองค์การในการบริหารจัดการให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับการปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายขององค์การ ดังนั้น ปัจจัยทางการบริหารจะช่วยส่งเสริมให้เกิดผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ หากได้รับการสนับสนุนที่เพียงพอและเหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ย่อมส่งผลช่วยให้การดำเนินงานการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขเกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ภาพรวมปัจจัยแห่งความสำเร็จมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว ภาพรวมปัจจัยแห่งความสำเร็จมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง กับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นภาพร ฐิตพรหม และประจักษ์ บัวผัน, 2564; กัญญารัตน์ จันทร์โสม และประจักษ์ บัวผัน, 2563; พัทธชนก พุทธรณต์สิงห์ และคณะ, 2562) ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยแห่งความสำเร็จมีความสำคัญและมีผลต่อองค์การช่วยส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพ ทำให้เกิดความสามัคคีภายในองค์การมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างความสัมพันธ์อันดีในเครือข่ายบุคลากรด้านสุขภาพ เกิดการเรียนรู้เข้าใจกันและกันในทีมงาน เข้าถึงและพัฒนางานให้เหมาะสมกับพื้นที่ได้เป็นอย่างดี ดังนั้น ปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นนี้จะช่วยส่งเสริมให้การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา บรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่ตั้งเป้าไว้

ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ สาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์
สาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา ที่ถูกเลือกเข้าสมการคือ
ตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวแปร สามารถร่วมกัน
พยากรณ์และมีผลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา ได้ร้อยละ 51.5 ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

1. ปัจจัยแห่งความสำเร็จการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการมีผลต่อการมีส่วนร่วม ในการ
จัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข $R^2 = 0.387$ ($p < .008$) ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับผู้ที่เคย
ศึกษามาแล้ว ที่พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการที่มีผลต่อการ
มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข (วิลาลินี วงศ์พานูตร และประจักษ์ บัวผัน, 2564;
อัมฤทัย ไชยมาตย์ และประจักษ์ บัวผัน, 2564; พัทธชนก พุทธมนต์สิงห์ และคณะ, 2562) ทั้งนี้เนื่องจากควร
ส่งเสริมให้มีบุคลากรต้นแบบด้านสุขภาพที่ดีผู้ปฏิบัติงานบริการในสถานบริการ ดังนั้นผู้บริหารและ
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรสนับสนุนให้มีบุคลากรต้นแบบด้านสุขภาพที่ดีช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้
ประชาชนมีส่วนร่วม และเรียนรู้ให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองในการปฏิบัติงานปฏิบัติตน
ทั้งในสถานบริการและชุมชน ซึ่งถือเป็นภาพลักษณ์ที่ดีด้วยการทำเป็นตัวอย่างด้านการดูแลสุขภาพในทุกมิติ

2. ปัจจัยแห่งความสำเร็จผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตามมีผลต่อการมีส่วนร่วมใน
การจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข $R^2 = 0.065$ ($p < .011$) ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับผู้ที่เคย
ศึกษามาแล้ว ที่พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตามที่มีผลต่อการ
มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข (ทศพล ใจทาน และคณะ, 2564; เพชรสมร ไพระพะยอม
และประจักษ์ บัวผัน, 2560) ทั้งนี้เนื่องจากควรให้ความสำคัญทุกขั้นตอนของการจัดทำแผนยุทธศาสตร์
สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ได้ประสิทธิภาพอย่างจริงจัง โดยส่งเสริมและ
สนับสนุน การกำหนดนโยบายการปฏิบัติงาน การสนับสนุนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติการสนับสนุน
ทรัพยากรทางการบริหารที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน การติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน การรายงานผล
การติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติงาน เพื่อสนับสนุนทรัพยากรทางการบริหารที่เอื้อต่อการดำเนินงาน
ตามแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข

3. ปัจจัยทางการบริหารด้านบุคลากรมีผลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข
 $R^2 = 0.029$ ($p < .003$) ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าปัจจัยทางการบริหารด้าน
บุคลากรที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข (ไพวัน แก้วปะเลิด และประจักษ์
บัวผัน, 2563; สุวิชัย ถามูลเลิศ และประจักษ์ บัวผัน, 2561) ทั้งนี้เนื่องจากควรจัดสรรอัตรากำลังให้สอดคล้อง

กับโครงสร้างของหน่วยงาน และการมอบหมายงานให้สอดคล้องกับความรู้ความสามารถของบุคลากร รวมทั้ง มีการพัฒนาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางด้านวิชาการในการปฏิบัติงานตามแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จการสร้างความสำเร็จและความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือมีผลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข $R^2 = 0.033$ ($p < .005$) ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับผู้ที่เคยศึกษามาแล้ว ที่พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข (ปัทมวิทย์ คำสมาน และคณะ, 2564; วิลาสินี วงศ์พานิช และประจักษ์ บัวผัน, 2564) ทั้งนี้ ควรสร้างการรับรู้ รับทราบร่วมกัน เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ กระตุ้นให้เกิดความร่วมมือกัน โดยเริ่มจากการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาาร่วมกัน ผู้บริหารในหน่วยงานควรสนับสนุนให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน เพื่อให้เกิดการยอมรับการปฏิบัติงานร่วมกัน และมีแนวทางที่จะแก้ปัญหาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายสูงสุด

สรุปผลการวิจัย

ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ ($p < .008$) ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตาม ($p < .011$) ปัจจัยทางการบริหารด้านบุคลากร ($p < .003$) และปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ ($p < .005$) ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวแปร มีผลและสามารถร่วมกันในการพยากรณ์การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา ได้ร้อยละ 51.5

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดนครราชสีมา

1. ควรส่งเสริมให้ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นต้นแบบที่ดีด้านสุขภาพและส่งเสริมให้ประชาชนในเขตรับผิดชอบมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อลดภาระของบุคลากรสาธารณสุขในการให้บริการ

2. ควรพัฒนากระบวนการทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในแต่ละพื้นที่ โดยการถ่ายทอดนโยบายไปยังระดับพื้นที่ในหลายช่องทาง รวมถึงการจัดทำคู่มือแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติให้กับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

3. ควรส่งเสริมและสนับสนุนทรัพยากรทางการบริหารที่เอื้อต่อการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยพิจารณาปัญหาและความต้องการของหน่วยงานแต่ละแห่งเป็นหลัก

4. ควรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางด้านการวิชาการที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงาน เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถรับผิดชอบงานที่ได้รับมอบหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. ควรส่งเสริมกระบวนการการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข เพื่อให้การบริหารจัดการเป็นไปตามพันธกิจหลักของหน่วยงานและส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดี ตลอดจนมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาบุคลากรต้นแบบในการปฏิบัติงานตามแผนยุทธศาสตร์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารพัสดุของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ รองศาสตราจารย์ ดร.ประจักษ์ บัวผัน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่สนับสนุนในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ตลอดจนผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา ที่ให้ความร่วมมือแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560 – 2579)*. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

กัญญารัตน์ จันทน์โสม, และประจักษ์ บัวผัน. (2563). คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัย มข. (ฉบับ บัณฑิตศึกษา)*, 20(2), 60-71.

ชูชัย สุภวงส์, สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, สุภกิจ ศิริลักษณ์, ลัดดาธิการเลิศ, สุพัตรา ศรีวิจิตร, และเกษม เวชสุทธานนท์. (2553). *คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กระทรวงสาธารณสุข.

- ทศพล ใจทาน, ประจักษ์ บัวผัน, และสุรัชย์ พิมพ์. (2564). ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานเพื่อระวังสอสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดเลย. *วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, 21(3), 161-171.
- นภาพร พรหมศรี, และประจักษ์ บัวผัน. (2564). ปัจจัยแห่งความสำเร็จและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานเวชสถิติในโรงพยาบาลชุมชนเขตสุขภาพที่ 7. *วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, 21(2), 179-191.
- นภาพร รัตนจริยา, และชนะพล ศรีฤาชา. (2564). แรงจูงใจและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานของทันตบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 15(38), 588-604.
- ปณิธิ คำสมาน, มกราพันธุ์ จูฑะรสก, และประจักษ์ บัวผัน. (2564). ปัจจัยแห่งความสำเร็จและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดสกลนคร. *วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, 21(3), 223-235.
- ประจักษ์ บัวผัน. (2558). *หลักการบริหารสาธารณสุข* (พิมพ์ครั้งที่ 4). โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พัทธ์ชนก พุทมนต์สิงห์, ประจักษ์ บัวผัน, และชัยญา อภิบาลกุล. (2562). ปัจจัยแห่งความสำเร็จและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวตามการรับรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, 19(3), 120-130.
- เพชรสมร ไพระขอม, และประจักษ์ บัวผัน. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาระบบสุขภาพระดับตำบลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดหนองคาย. *วารสารวิจัยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 10(3), 11-22.
- ไพวัน แก้วปะเลิด, ประจักษ์ บัวผัน, และสุรัชย์ พิมพ์. (2563). คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลรัฐเขตนครหลวงเวียงจันทน์. *วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, 20(2), 96-107.
- วิลาสินี วงศ์พานูตร, และประจักษ์ บัวผัน. (2564). แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้และมะเร็งท่อน้ำดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, 21(3), 186-199.
- สันติ ทวยมิฤทธิ์. (2562). การพัฒนากระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 14(33), 52-70

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. (2565). *สถานบริการสาธารณสุขในจังหวัดนครราชสีมา*.
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
- สำเร็จ จันทรสุวรรณ, และสุวรรณ บัวทวน. (2547). *ระเบียบวิจัยทางสังคมศาสตร์*. ภาควิชาสังคมวิทยาและ
มานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่น.
- สุวิชัย ถามุลเทศ, และประจักษ์ บัวผัน. (2561). ปัจจัยการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อ
การปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 25(1), 23-34.
- อกิน รพีพัฒน์. (2547). *การมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนา*. ศูนย์การศึกษานโยบายสาธารณสุข.
- อรรพรรณ สิ้นคำ, และชนะพล ศรีฤาชา. (2562). ปัจจัยทางการบริหารและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน
การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัด
ขอนแก่น. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 12(3), 613-622.
- อัมฤทัย ไชยมาตย์, และประจักษ์ บัวผัน. (2564). แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน
ตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, 21(3), 172-185.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavior sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum.
- Cohen, J.M., & Uphoff, N.T. (1986). *World management*. McGraw- Hill.
- Davis, K., & Newstrom, J.W. (1981). *Human behavior at work: Organizational behavior* (7th ed.).
McGraw-Hill.
- Elifson, K.W., Runyon, R.P., & Haber, A. (1990). *Fundamentals of social statistics* (2nd ed.). McGraw-Hill.

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม

รุ่งทิพย์ เจริญศรี วท.ม.¹

รุ่งรัตน์ สายทอง พย.ม.²

จรรยาศรี มีหนองหว้า ปร.ค.^{3*}

วันชัย เลิศวัฒนวิลาส ปร.ค.⁴

(วันที่ส่งบทความ: 7 พฤศจิกายน 2565; วันที่แก้ไข: 6 พฤศจิกายน 2566; วันที่ตอบรับ: 1 ธันวาคม 2566)

บทคัดย่อ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตรูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และยกย่องรูปแบบ ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ และนำไปทดลองใช้ และระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบ เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย แบบแบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้าง แบบบันทึกผลลัพธ์ผู้ป่วย แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล และแบบประเมินความพึงพอใจ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า 1) ได้รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย (1) ระบบประเมินคัดกรองเพื่อวินิจฉัยและรักษาโดยเร็ว (2) การพัฒนาสมรรถนะพยาบาล (3) การพัฒนาและใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล และ (4) การนิเทศทางการพยาบาล 2) ผลลัพธ์ผู้ป่วย พบว่า ภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือดลดลงจากร้อยละ 34.00 เป็น ร้อยละ 30.72 และอัตราการเสียชีวิตลดลง จากร้อยละ 28.00 เป็นร้อยละ 26.00 และ 3) ผลลัพธ์กระบวนการดูแล พบว่า ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล อยู่ในระดับปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 82.14-96.67 และความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบที่พัฒนา อยู่ในระดับมากที่สุด ($M=4.52$, $SD = 0.59$) ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่ารูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ดังนั้นควรมีการสนับสนุนให้มีการนำรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นนี้ไปใช้ในการพยาบาลมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด อย่างต่อเนื่องต่อไป

คำสำคัญ: รูปแบบการพยาบาล, ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด, หน่วยอายุรกรรม

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

⁴ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*ผู้ประพันธ์บทความ: จรรยาศรี มีหนองหว้า อีเมล: jaroonsree@bcnsp.ac.th

A Development of Nursing Care Model for Sepsis Patients in the Medical Department

Rungthip Charoensri, M.Sc.¹

Rungrat Saithong, M.N.S.²

Jaroonsree Meenongwah, Ph.D.^{3*}

Wanchai Lertwatthanawilat, Ph.D.⁴

(Received: November 7th, 2022; Revised: November 6th, 2023; Accepted: December 1st, 2023)

Abstract

Sepsis is a life-threatening condition, underscoring the critical importance of an appropriate nursing care model for ensuring patient safety. This research and development initiative aimed to create and evaluate the outcomes of a nursing model tailored specifically for patients with sepsis. The process involved three key phases: 1) analyzing the situation and formulating the nursing care model, 2) developing and implementing the model, and 3) evaluating the outcomes. The research utilized a range of tools, including semi-structured interviews, patient outcome records, a sepsis knowledge test, practice compliance assessments, and satisfaction evaluations. It was conducted between October 2021 and May 2022, with data analyzed using both statistical methods and content analysis. The research findings revealed the following: 1) the developed nursing model encompasses, (1) a screening assessment system for early diagnosis and treatment, (2) nursing competency development, (3) nursing practice guideline development, and implementation, and (4) nursing supervision. 2) patient outcomes demonstrated a positive trend, with septic shock decreasing from 34.00% to 30.72%, and mortality rates decreasing from 28.00% to 26.00%, and 3) care process outcomes were equally encouraging nurses' knowledge significantly increased at the .05 level. Nurses consistently adhered to the nursing guidelines, with compliance rates ranging from 82.14% to 96.67%. The average satisfaction with the model was rated at the highest level ($M = 4.52$, $SD = 0.59$) across all areas. In conclusion, the research results indicated that the developed nursing model was effective and efficient in caring for patients with sepsis. Therefore, it was strongly recommended to continue using this model for ongoing patient care and to provide continuous support and utilization.

Keywords: nursing care model, sepsis, medical department

¹ Senior Professional Level, Head Nurse, 50th Pansa Maha Vajiralongkorn Hospital.

² Professional Nurse, 50th Pansa Maha Vajiralongkorn Hospital.

³ Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Sunpasitthiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

⁴ Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

* Corresponding author: Jaroonsree Meenongwah, Email: jaroonsree@bcnsp.ac.th

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) มีผลมาจากกระบวนการภูมิคุ้มกันของร่างกายไม่สามารถต่อต้านเชื้อโรคได้ ส่งผลให้เกิดการทำลายเนื้อเยื่อและการทำงานของอวัยวะสำคัญล้มเหลว จนนำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด ซึ่งนับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก ปี พ.ศ. 2563 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ประมาณ 49 ล้านราย และเสียชีวิตประมาณ 11 ล้านราย เป็นอันดับ 1 ใน 5 เป็นภาวะเจ็บป่วยวิกฤติและฉุกเฉิน (World health organization [WHO], 2020) อัตราการเสียชีวิตอยู่ระหว่างร้อยละ 15-50 เฉลี่ยทุก ๆ 2.8 นาทีมีผู้เสียชีวิต 1 ราย (Global Sepsis Alliance, 2022) สำหรับประเทศไทยนั้น ข้อมูลเอกสารแนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ระบุว่าพบผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 175,000 ราย/ต่อปี และเสียชีวิตประมาณ 45,000 ราย/ต่อปี หรือเสียชีวิตเฉลี่ย 5 รายต่อชั่วโมง (กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีอุบัติการณ์ที่สูงมาก เสี่ยงต่ออันตรายถึงชีวิตจึงมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็วเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในระยะยาว

กลยุทธ์ในการดูแลรักษามุ่งเน้นที่ความรวดเร็วในการคัดกรองอาการของผู้ป่วยที่แสดงอาการเบื้องต้นให้ได้รับการตรวจวินิจฉัยและการรักษาทันที ประกอบด้วย การบริหารสารน้ำและเลือดทดแทน การให้ยากระตุ้นการหดตัวของกล้ามเนื้อหลอดเลือดและยาที่เพิ่มการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ การควบคุมความดันในหลอดเลือดดำส่วนกลาง ความเข้มข้นของออกซิเจนในหลอดเลือดดำส่วนกลาง และค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ยให้ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด (WHO, 2020) ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นหนึ่งในสาขาที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญ จึงกำหนดนโยบายให้เขตสุขภาพมีแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) พ.ศ. 2561 - 2565 ตัวชี้วัดที่สำคัญ คือ การเจาะเลือดเพื่อเพาะเชื้อ (Hemoculture) ก่อนให้ปฏิชีวนะ การได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย การได้รับสารน้ำ 30 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัม (1.5 ลิตรสำหรับผู้ใหญ่) ใน 1 ชั่วโมงแรก ในกรณีไม่มีข้อห้าม ซึ่งตัวชี้วัดข้างต้นต้องปฏิบัติตามไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 และอัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤต ภายใน 3 ชั่วโมง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 (กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562) การปฏิบัติตามตัวชี้วัดจะช่วยลดอัตราการตายภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (Septic shock) ที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต และเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญ จึงต้องได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลจึงจำเป็นต้องปรับปรุงรูปแบบเพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของแนวทางการรักษาที่เป็นปัจจุบัน และสอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

โรงพยาบาลที่ศึกษาเป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่มีขนาด 220 เตียง แต่รับผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาลจริง 300 เตียง พบว่า สาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จากข้อมูลปี พ.ศ. 2561 - 2563 พบว่ามีผู้มารักษาด้วยภาวะติดเชื้อในกระแส

เลือดเพิ่มขึ้น คือ 519, 562 และ 658 คน ตามลำดับ อัตราการเสียชีวิตด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดร้อยละ 20.6, 19.2 และ 20.8 ตามลำดับ ระยะเวลานอนเพิ่มขึ้น 14.0, 14.6 และ 15.0 วัน ตามลำดับ (XXXปกปิดเพื่อการประเมินXXX, 2564) โดยพบว่ารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดที่ผ่านมาของโรงพยาบาลที่ศึกษาพบว่ายังไม่มีมาตรฐานชัดเจน พยาบาลมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติน้อย เช่นเดียวกับการศึกษาของ พรนภา วงศ์ธรรมดี และคณะ (2562) พบว่าการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดยังอยู่ในระดับปานกลาง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการเจาะเลือดเพาะเชื้อและได้รับยาปฏิชีวนะภายในระยะเวลา 60 นาที ยังมีอัตราการเกิดภาวะช็อก และอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อลดอัตราการสูญเสียจากการติดเชื้อในกระแสเลือดจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พบหลายรูปแบบ เช่น สมพร รอดจินดา (2563) ใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดที่พัฒนาโดยคำนึงถึงบริบทของโรงพยาบาล โดยมีการบริหารจัดการ การพัฒนาระบบบริการ และระบบการส่งเสริมศักยภาพของบุคลากร ช่วยให้ผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการคัดกรองและเข้าสู่กระบวนการรักษาเพิ่มขึ้น อัตราการเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อและอัตราการตายมีแนวโน้มลดลง ส่วนคณินิจ ศรีษะโคตร และคณะ (2564) ได้ใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อป้องกันอาการทรุดทางคลินิกในผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือด 4 ระยะ คือ 1) สร้างความตระหนักและความต้องการพัฒนา 2) สร้างทีมงาน 3) นำร่องการพัฒนา และขยายแนวร่วมการพัฒนา พบว่ามีผลลัพธ์ของการพยาบาลดีขึ้น และการเกิดอาการทรุดทางคลินิกลดลง จากสถานการณ์การสูญเสียของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ร่วมกับความต้องการการพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการด้านปฏิบัติการพยาบาลให้มีผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีขึ้น

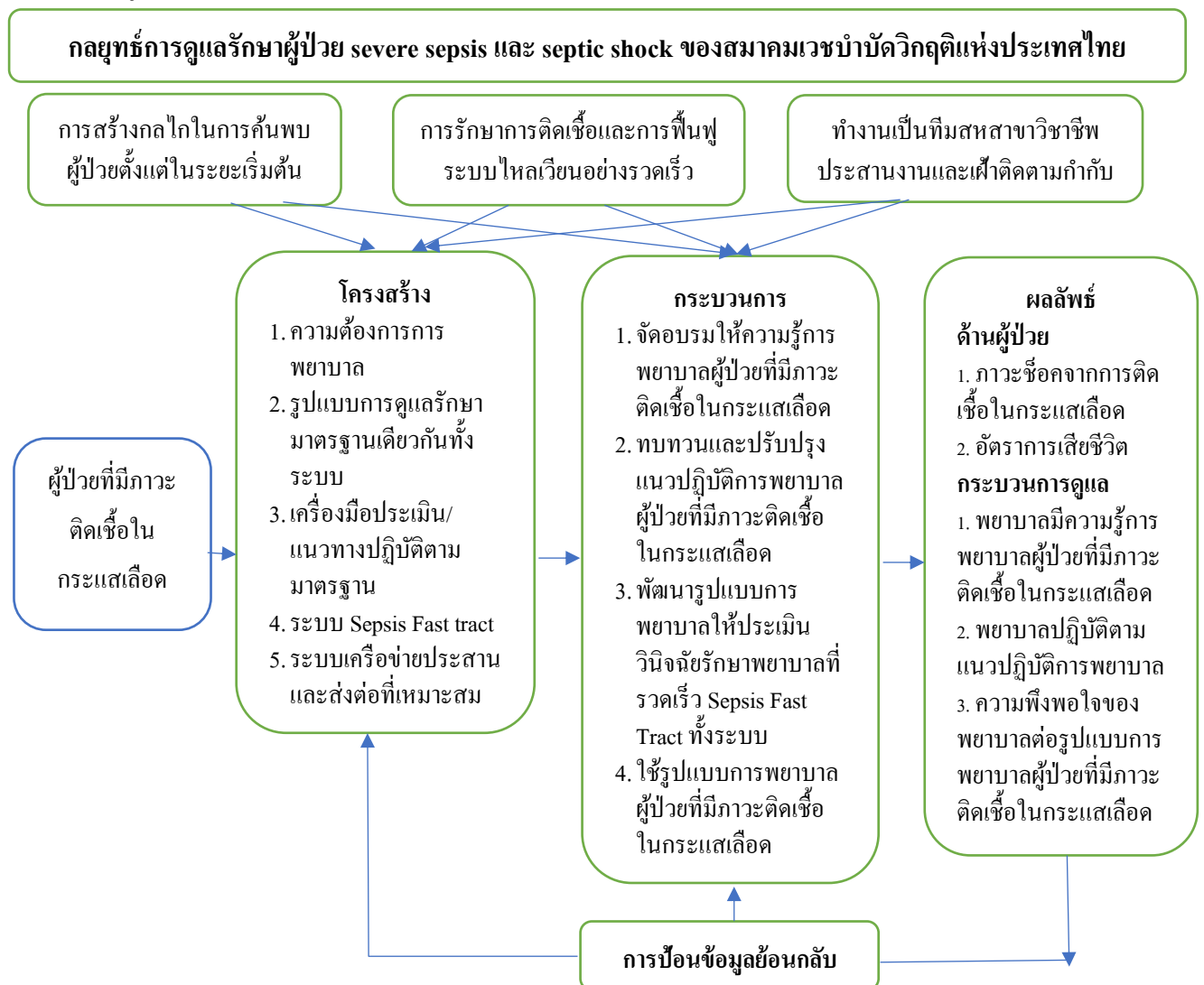
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในหอผู้ป่วยอายุรกรรม
2. ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในหอผู้ป่วยอายุรกรรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพการให้บริการและประเมินคุณภาพ ของ Donabedian (1980) และกลยุทธ์ 3 ขั้นตอนของสมาคมเวชบำบัดวิกฤติแห่งประเทศไทย (2558) เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย โดยในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลฯ ได้ดำเนินงานพัฒนา 3 องค์ประกอบหลักตามแนวคิดพัฒนาคุณภาพการให้บริการและประเมินคุณภาพ คือ 1) ด้านโครงสร้าง (Structure) ได้แก่ (1) ความต้องการการพยาบาล (2) รูปแบบการดูแลรักษามาตรฐานเดียวกันทั้งระบบ (3) เครื่องมือประเมิน/แนวทางปฏิบัติตามมาตรฐาน (4) ระบบ Sepsis Fast track และ (5) ระบบเครือข่ายประสานและส่งต่อที่เหมาะสม 2) ด้านกระบวนการ (Process) เป็นลักษณะของกิจกรรมการดูแลที่ให้แก่ผู้มารับบริการ ลำดับขั้นของการให้บริการ ได้แก่ (1) จัดอบรมให้ความรู้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (2) ทบทวนและปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาล

ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (3) พัฒนารูปแบบการพยาบาลให้ประเมินวินิจัยรักษาพยาบาลที่รวดเร็ว (Sepsis Fast Tract) ทั้งระบบ และ (4) ใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และ 3) ด้านผลลัพธ์ (Outcome) ป่งบอกถึงการเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการอันเป็นผลมาจากกิจกรรมการดูแลที่เกิดขึ้น โดยในการขับเคลื่อนการพัฒนารูปแบบการพยาบาลฯ ในส่วนของโครงสร้างและกระบวนการนั้น ผู้วิจัยได้นำกลยุทธ์ 3 ขั้นตอน ของสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย (2558) มาใช้ควบคู่กัน ได้แก่ 1) การสร้างกลไกในการค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น (Early recognition) 2) การรักษาการติดเชื้อและการฟื้นฟูระบบไหลเวียนอย่างรวดเร็วร่วมกับประคับประคองการทำงานของอวัยวะต่างๆ (Early infection control, early resuscitation, and organ support) และ 3) การทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพการประสานงานและการเฝ้าติดตามกำกับให้มีการดำเนินการตามข้อกำหนดแนวทางการรักษาที่สำคัญอย่างครบถ้วนทันเวลา และการวิจัยนี้ได้มีการประเมินผลลัพธ์ทั้งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ได้แก่ ภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด และอัตราการเสียชีวิต และผลลัพธ์ของกระบวนการดูแล ได้แก่ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาล การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล และความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบที่พัฒนา ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development [R&D]) รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2565 ดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และยกร่างรูปแบบ ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ และนำไปทดลองใช้ และระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบฯ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และยกร่างรูปแบบ

ศึกษาสถานการณ์โดยสัมภาษณ์ผู้บริหาร แพทย์ พยาบาลซึ่งเป็นคณะทำงานเพื่อการพัฒนาจัดทำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ดำเนินการเดือน ตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2564 กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วยผู้บริหารโรงพยาบาลและแพทย์อายุรกรรม 2 คน และพยาบาลผู้พัฒนารูปแบบ ซึ่งเป็นคณะทำงานในการพัฒนารูปแบบที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มีประสบการณ์ในการให้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดไม่น้อยกว่า 3 ปี จำนวน 8 คน โดยเป็นพยาบาลจากหอผู้ป่วยหนัก 2 คน หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 คน หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 คน หน่วยควบคุมการติดเชื้อ 1 คน หอผู้ป่วยศัลยกรรม 1 คน ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน 1 คน และหอผู้ป่วยพิเศษ 1 คน ที่ยินดีเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม รวมกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 10 คน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ และนำไปทดลองใช้

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลฯ และร่างแนวปฏิบัติการพยาบาล (CNP-G-Sepsis) ดำเนินการโดยพยาบาลกลุ่มเดียวกันกับผู้พัฒนารูปแบบในระยะที่ 1 จำนวน 8 คน โดยนำร่างรูปแบบฯ ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ได้แก่ พยาบาลหัวหน้าควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล พยาบาลหัวหน้าห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม และอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรม โดยร่วมพิจารณาและให้ข้อคิดเห็นต่อรูปแบบฯ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะหลังปรับปรุงรูปแบบฯ และนำร่าง CNP-G-Sepsis ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 4 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 1 คน อาจารย์พยาบาลทางอายุรกรรม 2 คน และพยาบาลห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 คน โดยใช้การประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II; [AGREE II]; กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ผลการประเมินคุณภาพ CNP-G-Sepsis พบว่า 1) ข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญที่ประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติว่าจะแนะนำให้ใช้หรือไม่ การศึกษาครั้งนี้ความคิดเห็นภาพรวมเท่ากับ 6 ซึ่งหมายถึงแนวปฏิบัตินี้สามารถนำไปใช้ได้ แต่ต้องพิจารณาบางประเด็น และ 2) คะแนนภาพรวมของคุณภาพของแนวปฏิบัติ คะแนนที่มากเกินร้อยละ 50 ถือว่าแนวทางปฏิบัติหรือมาตรฐานที่ประเมินอยู่เป็นไปตามเกณฑ์ของข้อความหลักนี้ในระดับที่สูงกว่าครึ่งหนึ่งของคะแนนที่เป็นไปได้สูงสุด การศึกษานี้คะแนนอยู่ระหว่าง ร้อยละ 86.54-95.83

จากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำร่าง CNPG-Sepsis ที่แก้ไขสมบูรณ์แล้วไปทดลองใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ที่นอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก และหอผู้ป่วยศัลยกรรม ระหว่างเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 จำนวน 5 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการและอาการแสดงของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เกณฑ์คัดออก คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่นที่มีการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแล้ว หลังจากนั้นจึงสอบถามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่มีต่อ CNPG-Sepsis กับพยาบาลวิชาชีพผู้ให้การดูแลที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไปในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมด้วยวิธีสัมภาษณ์ แลกเปลี่ยนซักถามข้อสงสัย แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบฯ

ระยะประเมินผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบฯ ดำเนินการเดือนมีนาคม - พฤษภาคม 2565 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 10 คน ใช้เกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก เหมือนระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ และนำไปทดลองใช้ โดยประเมินผลลัพธ์ผู้ป่วย ได้แก่ ภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด และอัตราการเสียชีวิต และ 2) กลุ่มพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยจำนวน 20 คน คัดเลือกแบบเจาะจง ตามเกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง และหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย มีประสบการณ์การปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และยินดีเข้าร่วมการวิจัย โดยประเมินผลลัพธ์กระบวนการดูแล ได้แก่ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาล การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล และความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบที่พัฒนา

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ XXX ปกปิดเพื่อการประเมินXXX เลขที่ XXXปกปิดเพื่อการประเมินXXX ลงวันที่ 30 กันยายน 2564 คณะผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิโดยอาสาสมัครมีอิสระในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัย ในกระบวนการขอความยินยอมนั้น ก่อนการวิจัยคณะผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยให้กับอาสาสมัครตัดสินใจโดยลงนามในเอกสารคำยินยอมเป็นอาสาสมัคร ซึ่งอาสาสมัครสามารถยกเลิกการเข้าร่วมโครงการ โดยไม่มีผลต่อบุคคลและการเลือกปฏิบัติ ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะถูกนำเสนอในภาพรวมทางวิชาการเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปสำหรับพยาบาล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ประกอบด้วย ตำแหน่ง อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงานพยาบาล ประสบการณ์การอบรมเรื่องปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเขียนตอบ

2. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ใช้ในระยะศึกษาสถานการณ์และยกกร่างรูปแบบ สำหรับสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาลและแพทย์อายุรกรรม เป็นคำถามปลายเปิด 5 ข้อ เกี่ยวกับการ

รับนโยบายการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การกำหนดนโยบาย การถ่ายทอดนโยบาย ความคาดหวัง และการสนับสนุน ส่วนแบบสัมภาษณ์สำหรับสนทนากลุ่มพยาบาล เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 5 ข้อ ตัวอย่างแนวคำถาม เช่น “ความคาดหวังการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาล/หอผู้ป่วยของท่านเป็นอย่างไร” และ “มีเรื่องใดบ้างที่เป็นปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด” ส่วนคำถามเกี่ยวกับรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่คาดหวัง และองค์ประกอบที่ควรปรับปรุงจำนวน 3 ข้อ ตัวอย่างแนวคำถาม เช่น “มีการใช้แนวปฏิบัติดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างไร” และ “ขั้นตอน กระบวนการ ระยะเวลา และการมีส่วนร่วมของพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อที่หอผู้ป่วยท่านเป็นอย่างไร”

3. แบบประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II; [AGREE II]) ของ The AGREE Research Trust ฉบับแปลโดยสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ สำหรับใช้ในระบัพพัฒนารูปแบบการพยาบาลฯ ในส่วนของการประเมินร่าง CNPG Sepsis ประกอบด้วย 6 หมวด 23 เกณฑ์ได้แก่ 1) ขอบเขตและวัตถุประสงค์ มี 3 เกณฑ์ 2) การมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง มี 3 เกณฑ์ 3) ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ มี 8 เกณฑ์ 4) ความชัดเจนในการนำเสนอ มี 3 เกณฑ์ 5) การนำไปใช้ มี 4 เกณฑ์ และ 6) ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ มี 2 เกณฑ์ โดยแต่ละเกณฑ์ให้คะแนนจาก 1 (ไม่เห็นด้วยเป็นอย่างมาก) จนถึง 7 (เห็นด้วยเป็นอย่างมาก) การแปลผลมี 2 ลักษณะ 1) แปลตามเกณฑ์แต่ละข้อ คะแนน 1-2: ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ คะแนน 3-4: เป็นไปตามเกณฑ์ในระดับที่ค่อนข้างน้อย คะแนน 5-6: เป็นไปตามเกณฑ์ในระดับที่ค่อนข้างมาก 7: เป็นไปตามเกณฑ์อย่างสมบูรณ์ 2) การให้คะแนนคุณภาพแต่ละหมวดซึ่งคิดเป็นร้อยละ พิจารณาจาก 1) ข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญที่ประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติว่าจะแนะนำให้ใช้หรือไม่ และ 2) คะแนนภาพรวมของคุณภาพของแนวทางปฏิบัติ คะแนนที่มากเกินร้อยละ 50 ถือว่าแนวทางปฏิบัติหรือมาตรฐานที่ประเมินอยู่เป็นไปตามเกณฑ์ของข้อความหลักนี้ในระดับที่สูงกว่าครึ่งหนึ่งของคะแนนที่เป็นไปได้สูงสุด

4. แบบบันทึกผลลัพธ์ผู้ป่วย ใช้สำหรับการประเมินผลลัพธ์ผู้ป่วยของการพัฒนารูปแบบการพยาบาลฯ ระยะที่ 2 และ 3 ประกอบด้วยการประเมินภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด และอัตราการเสียชีวิต ลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการและกรอกข้อมูล

5. แบบทดสอบความรู้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ใช้สำหรับการประเมินผลลัพธ์กระบวนการดูแลของการพัฒนารูปแบบการพยาบาลฯ ระยะที่ 3 ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เกี่ยวกับโรค สาเหตุ การรักษา และการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด คำตอบมี 4 ตัวเลือก ให้เลือกคำตอบที่ถูกเพียงข้อเดียว หากตอบถูกจะได้ 1 คะแนน หากตอบผิดจะไม่ได้คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 20 คะแนน แปลผลคะแนนเฉลี่ยตามเกณฑ์ของ Bloom (1971) เพื่อแบ่งระดับความรู้เป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก (ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 หรือ 16.00-20.00

คะแนน) ระดับปานกลาง (ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79.99 หรือ 12.00-15.99 คะแนน) และระดับต่ำ (ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 หรือน้อยกว่า 12 คะแนน) หากได้คะแนนมากกว่า หมายถึง มีความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมากกว่า

6. แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ใช้สำหรับการประเมินผลลัพธ์กระบวนการดูแลของการพัฒนารูปแบบการพยาบาลฯ ระยะที่ 3 ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 33 ข้อ มี 4 ประเด็น คือ 1) การประเมินการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดมี 7 ข้อ 2) การดูแลเฝ้าระวังและปฏิบัติการพยาบาลตามระดับความรุนแรง จากคะแนนการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตโดยใช้ SOS Score (Search out severity score) และการใช้แนวทางการดูแลรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด แบบมุงเบ้า (Sepsis bundle) 18 ข้อ 3) การส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 4 ข้อ และ 4) การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 4 ข้อ ตัวเลือกตอบแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมเลย ปฏิบัติกิจกรรมเป็นบางครั้ง และปฏิบัติกิจกรรมอยู่สม่ำเสมอเป็นประจำ ประเมินผลแต่ละประเด็นจากจำนวนและร้อยละของการเลือกตอบ

7. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ใช้สำหรับการประเมินผลลัพธ์กระบวนการดูแลของการพัฒนารูปแบบการพยาบาลฯ ระยะที่ 3 ประกอบด้วยรายการประเมิน 40 ข้อ เกี่ยวกับ 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลประเมินและคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 10 ข้อ 2) แนวปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 10 ข้อ 3) แนวปฏิบัติการพยาบาลส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 10 ข้อ 4) สื่อสารและสร้างความเข้าใจแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 5 ข้อ และ 5) การกำกับติดตามประเมินอาการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 5 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับและให้คะแนน ตั้งแต่ 1 (รู้สึกพอใจน้อยที่สุด) ถึง 5 (รู้สึกพอใจมากที่สุด) แปลผลคะแนนเฉลี่ย (Mean [M]) เพื่อแบ่งระดับเป็นพึงพอใจมากที่สุด ($M = 4.51-5.00$) พึงพอใจมาก ($M = 3.51-4.50$) พึงพอใจปานกลาง ($M = 2.51-3.50$) พึงพอใจน้อย ($M = 1.51-2.50$) และพึงพอใจน้อยที่สุด ($M = 1.00-1.50$)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 1 ท่าน ผู้บริหารองค์กรแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางอายุรกรรม 2 ท่าน และพยาบาลห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item Objective Congruence [IOC]) ได้มากกว่า .50 ทุกข้อ

2. แบบทดสอบความรู้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด แล แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้

รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 1 ท่าน ผู้บริหารองค์กรแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางอายุรกรรม 2 ท่าน และพยาบาลห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์รายข้อ (Item Objective Congruence [IOC]) อยู่ระหว่าง .60-1.00

แบบทดสอบความรู้ได้นำไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ได้แก่ หอผู้ป่วยอายุรกรรมที่ไม่ใช่หอผู้ป่วยที่ศึกษา 5 คน และหอผู้ป่วยศัลยกรรม 5 คน ได้ค่าความเที่ยงของแบบทดสอบความรู้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยใช้สูตรครุเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson [KR 20]) เท่ากับ .83 ส่วนแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาล และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .89 และ .95 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังโครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีแล้ว คณะผู้วิจัยได้ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ศึกษาเพื่อขออนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลของโรงพยาบาล เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว คณะผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1. แจ้งในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาลที่ศึกษา และในการประชุมของพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล
2. นัดประชุมกลุ่มเป้าหมาย ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย สอบถามความสมัครใจของผู้เข้าร่วมวิจัย บันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเป้าหมาย
3. ดำเนินการโดยสัมภาษณ์ผู้บริหาร โรงพยาบาล และแพทย์ สันทนา กลุ่มพยาบาล ด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เพื่อวิเคราะห์ปัญหาการทำงาน และสรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้อง นำข้อมูลปรับปรุงเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด
4. พัฒนาจัดทำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Clinical Nursing Practice Guideline for Sepsis [CNPG-Sepsis])
5. ผู้วิจัยพบพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ ของรูปแบบฯ และขั้นตอนการใช้ CNPG-Sepsis และประเมินความรู้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ก่อนการใช้ CNPG-Sepsis
6. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องรูปแบบการพยาบาลที่ปรับปรุงใหม่ และการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด รวมทั้งการใช้ CNPG-Sepsis แก่กลุ่มตัวอย่าง เป็นเวลา 2 วัน มีการตรวจสอบความ

เข้าใจการดำเนินการตาม CNPG-Sepsis โดยการถามตอบและซักซ้อมความเข้าใจจนมั่นใจได้ว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนเข้าใจเป็นอย่างดี

7. มอบหมายให้กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการอบรม นำ CNPG-Sepsis พร้อมทั้งคู่มือการใช้ ไปปฏิบัติ โดยดำเนินการ 3 เดือน ผู้วิจัยสังเกตการปฏิบัติของพยาบาล

8. เมื่อสิ้นสุดการใช้ CNPG-Sepsis กลุ่มตัวอย่างประเมินความรู้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบฯ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation [SD]) คะแนนความรู้ก่อนและหลังการทดลองนำมาหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติทดสอบวิลคอกซัน (Wilcoxon signed ranks test) เนื่องจากการทดสอบข้อมูลพบว่าการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาศาณการณการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มีข้อค้นพบ 4 ประเด็น ดังนี้

1. การประเมินคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาล่าช้า พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการวินิจฉัยและการรักษาล่าช้ากว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด เนื่องจากผู้ป่วยมักมาพบแพทย์ด้วยอาการอื่นที่ไม่บ่งบอกว่ามีการติดเชื้อในร่างกายชัดเจน ดังคำกล่าวของหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมที่ว่า “คนไข้ที่มาเราไม่รู้ตั้งแต่แรกว่าเขาเป็น sepsis... พยาบาลไม่สามารถประเมินคัดกรองภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว” (HN1)

2. แนวทางการรักษาและการพยาบาลไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ประกอบกับความรู้การพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานยังไม่เพียงพอ ดังคำกล่าวของพยาบาลที่ว่า “เหมือนมีแนวทางการรักษาใหม่ แต่ยังไม่ได้แจ้งให้ทราบ” (RN3) ส่วนหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมให้ข้อคิดเห็นว่า “ยังไม่มีมีการปรับปรุงแนวปฏิบัติให้ทันสมัยและเหมาะสมกับบริบทการทำงาน CPG- Sepsis ใหม่ ก็ยังใช้แบบเดิมใช้เมื่อ พ.ศ. 2562” (HN2)

3. การเผยแพร่แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด แก่บุคลากรทุกระดับยังไม่ทั่วถึงครอบคลุมทุกหน่วย ยังขาดคู่มือการปฏิบัติการพยาบาล CNPG-sepsis เมื่อมีการปรับปรุง CPG ทาง การแพทย์เรื่องภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เมื่อวันที่ 30 พ.ค.64 ยังเผยแพร่ไม่ทั่วถึงรวมทั้งมี

พยาบาลจบใหม่ที่ยังไม่ได้รับการสอนความรู้ทำให้ขาดความเข้าใจและปฏิบัติการพยาบาลที่ยังไม่สอดคล้องกันตามแนวทางที่กำหนดไว้ ดังคำกล่าวของพยาบาลที่จบมา 2 ปี กล่าวว่า “หมอก็บอกอยู่นะว่า เปลี่ยนการประเมิน เปลี่ยนอะไรก็ใช้การบอก แต่ไม่แจ้งกันเป็นทางการ เราก็ทำตามไป แต่ก็ไม่รู้ลึก” (RN2) “CNPG ใหม่ยังไม่มีประกาศอย่างชัดเจน และมีอะไรเปลี่ยนบ้าง” (RN5)

4. การประเมินติดตามนิเทศกำกับดูแลพยาบาลที่ปฏิบัติงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมายังน้อยและขาดความต่อเนื่อง รวมทั้งการสื่อสารข้อมูลการดูแลรักษาระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีน้อยและไม่ชัดเจน โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมกล่าวว่า “ไม่ค่อยได้ติดตามนิเทศการใช้ CNPG ที่เป็นระบบและสม่ำเสมอ” (HN1) ส่วนแพทย์ผู้รักษาแสดงความเห็นว่า “พูดคุยสื่อสารกับพยาบาลเรื่องไค้ไลน์ใหม่ ๆ อยู่ แต่ไม่เป็นทางการ” (MD)

จากประเด็นดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าควรมีการพัฒนา รูปแบบที่มุ่งส่งเสริมให้พยาบาลมีสมรรถนะ เกิดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด รวมทั้งมีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ช่วยในการตัดสินใจเพื่อลดความแตกต่างในการปฏิบัติการพยาบาลและส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีมาตรฐาน มีการสื่อสารกับสหวิชาชีพที่ชัดเจนและเป็นระบบ

รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ผลการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ระบบประเมินคัดกรองเพื่อวินิจฉัยและรักษาโดยเร็ว 2) การพัฒนาสมรรถนะพยาบาล 3) การพัฒนาและใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล และ 4) การนิเทศทางการพยาบาล รายละเอียดดังนี้

1. ระบบประเมินคัดกรองเพื่อวินิจฉัยและรักษาโดยเร็ว โดยกำหนดให้ เพิ่มการระบุกลุ่มเสี่ยง การเพิ่มเครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วยแรกรับที่สงสัยว่าเป็นผู้ติดเชื้อในกระแสเลือด และประเมินติดตามความรุนแรง มีระบบลงเวลาที่ชัดเจน เช่น เวลาวินิจฉัย ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เวลาขอผลด่วน และเวลาการเริ่มให้ยาปฏิชีวนะ

2. การพัฒนาสมรรถนะพยาบาล โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการพยาบาลวิชาชีพปีละ 1 ครั้ง และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงแนวทางการรักษา

3. การพัฒนาและใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยได้แนวปฏิบัติฯ ที่ทบทวนใหม่ ดังนี้

3.1 ทบทวนการระบุกลุ่มเสี่ยงเพื่อเฝ้าระวังในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจนเกิดแผลขนาดใหญ่ มีแผล/เซลล์เนื้อเยื่ออักเสบ (Cellulitis) หรือถูกไฟลวก ภูมิคุ้มกันร่างกายอ่อนแอ เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ลูกมีเยื่อที่สวนปัสสาวะหรือถูกสอดท่อเข้าไปในหลอดเลือดดำ (Heparin lock/Intravenous infusion) การฟอกไต (Continuous ambulatory peritoneal dialysis [CAPD]/Hemodialysis) ผู้สูงอายุ การได้รับยาสเตียรอยด์

3.2 ให้ใช้เกณฑ์ปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายต่อการติดเชื้อ (Systemic Inflammatory Response Syndrome [SIRS] Criteria ร่วมกับการประเมินลักษณะทางคลินิกอย่างรวดเร็ว โดยใช้ qSOFA (The Quick Sequential Organ Failure Assessment) หรือ การประเมินหน้าที่การทำงานของร่างกายที่มีความ

ล้มเหลวในแต่ละระบบโดยใช้ SOFA Score (The Sequential Organ Failure Assessment) ในการคัดกรองภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและใช้ SOS Score ในการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

3.3 ให้มีการติดตามประเมินอย่างต่อเนื่องโดยใช้ค่า คะแนน SOS Score ที่ประเมินได้ ครั้งแรกเป็นค่าเริ่มต้นในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และต้องมีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามเงื่อนไขที่ค่า SOS Score กำหนดไว้ และรายงานแพทย์รับทราบเมื่อพบอาการผิดปกติ

3.4 ให้ประเมินคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเข้ารับการรักษาพยาบาลภาวะติดเชื้อให้กับผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งฟื้นฟูระบบไหลเวียนและประคับประคองการทำงานของระบบต่าง ๆ ตามแนวทางการรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis bundles)

3.5 ให้ประเมินคัดกรองผู้ป่วยแรกรับที่สงสัย ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ใช้ ชีพจร มือเท้าเย็น ตัวลาย มีภาวะ infection ให้ประเมินด้วย qSoFA score ถ้ามี 2 ใน 3 ข้อ วินิจฉัย ติดเชื้อในกระแสเลือด ค้นหาตำแหน่งติดเชื้อเพิ่มเติม และรายงานแพทย์ทันที กรณี 1) Blood pressure : SBP $\leq$ 100 mmHg 2) Alteration of conscious : GCS $<$ 15 3) Tachypnea : อัตราการหายใจ เร็ว $>$ 22 ครั้ง/นาที qSoFA score $\geq$ 2 ปฏิบัติตาม CNPG ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ภายใน 1 ชั่วโมงแรก

3.6 ให้บันทึกในแบบบันทึกภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบใหม่ โดยให้ระบุเวลาแพทย์วินิจฉัย เวลาส่งตรวจ Hemoculture ระบุ CBC แบบขอผลด่วน ระบุเวลาให้ยา Antibiotic

4. การนิเทศทางการพยาบาล ได้แก่ กำหนดให้มีกิจกรรมทบทวนการดูแลและนิเทศทางคลินิกข้างเคียง โดยหัวหน้าหอผู้ป่วย หรือ ทีมบริหารทางการพยาบาลขอรับ-ส่งเวรทุกวัน โดยใช้ SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) รวมทั้งให้มีการประชุมทบทวนร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทุก 3 เดือนเพื่อทบทวนผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย และทบทวนความเสี่ยงเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

ผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบฯ

กลุ่มตัวอย่าง 20 คน ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยอายุกรรมหญิง 11 คน และหอผู้ป่วยอายุกรรมชาย 9 คน ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 24-30 ปี (ร้อยละ 65) มีประสบการณ์ทำงาน 1-5 ปี (ร้อยละ 65) ทุกคนจบการศึกษาระดับปริญญาตรีและมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมาก่อน ผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบฯ มีดังนี้

1. ก่อนการใช้รูปแบบฯ พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในระดับปานกลาง หลังการใช้รูปแบบฯ คะแนนเฉลี่ยความรู้ในระดับมาก เมื่อเปรียบเทียบพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ด้วย Wilcoxon Signed Rank Test

คะแนนความรู้	M	SD	Z	p-value
ก่อนการใช้รูปแบบฯ	15.75	1.80	-3.122	.002*
หลังการใช้รูปแบบฯ	17.85	1.53		

หมายเหตุ. $n = 20$, * p -value $< .05$

2. ผลประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (CNPg-sepsis) ภาพรวมพบว่ากลุ่มตัวอย่างปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 89.70 เมื่อแยก 4 ด้านได้ผล ดังนี้ 1) การประเมินการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่ากลุ่มตัวอย่างปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 82.14 2) การดูแลเฝ้าระวังและปฏิบัติการพยาบาลตามระดับความรุนแรง กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 96.67 3) การส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 91.25 ยกเว้นการติดตามผลการรักษาจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่พยาบาลไม่เคยปฏิบัติคิดเป็นร้อยละ 25 และ 4) การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 88.70

3. ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยคะแนนเฉลี่ยที่อยู่ระดับมากที่สุด และเรียงลำดับจากด้านที่มีคะแนนสูงที่สุด คือ การพยาบาลส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ($M = 4.66, SD = 0.38$) รองลงมาคือ การสื่อสารและสร้างความเข้าใจแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ($M = 4.65, SD = 0.35$) แนวปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ($M = 4.62, SD = 0.43$) การกำกับติดตามประเมินอาการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ($M = 4.52, SD = 0.52$) ตามลำดับ ส่วนความพึงพอใจด้านการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($M = 4.09, SD = 0.55$) และเป็นด้านเดียวที่อยู่ในระดับมาก

4. ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย พบว่า หลังจากใช้รูปแบบการพยาบาลที่มีการพัฒนาแล้ว ผู้ป่วยที่เกิดภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือดลดลง จาก ในปี พ.ศ. 2564 ร้อยละ 34 เป็นร้อยละ 30.72 ในปี พ.ศ. 2565 และ ผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดลดลง เหลือร้อยละ 26 จากร้อยละ 28 ซึ่งไม่เกินเกณฑ์ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือ ร้อยละ 26

อภิปรายผล

สถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผลการศึกษาพบว่าปัญหาสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ระยะเวลาในการประเมินคัดกรองเพื่อวินิจฉัยและรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่ล่าช้ากว่าเกณฑ์มาตรฐาน ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะช็อคและอาการรุนแรงขึ้นจนเสียชีวิต ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่ การวินิจฉัยที่ล่าช้า ส่งผลให้เริ่มให้ยาปฏิชีวนะช้า และพบว่าสาเหตุของการวินิจฉัยและรักษาล่าช้า ส่วนหนึ่งเกิดจากใช้แนวทางมาตรฐานการดูแลยังไม่ครอบคลุมทุกหน่วย การเผยแพร่สู่พยาบาลผู้ปฏิบัติยังไม่ครบถ้วนทุกคน รวมทั้งขาดการติดตามกำกับประเมินผลต่อเนื่องทำให้การปฏิบัติการพยาบาลไม่เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด สอดคล้องกับการศึกษาของพรนภา วงศ์ธรรมดี และคณะ (2562) พบว่าคุณภาพการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดด้านการจัดการดูแลยังอยู่ในระดับปานกลาง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการเจาะเลือดเพาะเชื้อและได้รับยา

ปฏิชีวนะภายในระยะเวลา 60 นาที ยังมีอัตราการเกิดภาวะช็อกร้อยละ 13.2 และอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 49.5 ซึ่งสูงกว่าตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของคณิงนิจ ศรีชะโคตร และคณะ (2564) พบปัญหาและความต้องการพัฒนา 5 ด้าน คือ 1) การปฏิบัติการพยาบาล 2) การพัฒนาสมรรถนะพยาบาล 3) การบริหารจัดการความเสี่ยง 4) ระบบส่งต่อ และ 5) การให้ข้อมูล ข้อเสนอแนะสอดคล้องกับการรณรงค์การรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีโอกาสรอด โดยสมาคมเวชบำบัดวิกฤตของยุโรป และสหรัฐอเมริกา ซึ่งมีการปรับปรุงคำแนะนำแนวทางการรักษาอย่างต่อเนื่องตามหลักฐานทางเชิงประจักษ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงแนวทางการรักษาลับปรับปรุงล่าสุด (Evans et al., 2021) แสดงให้เห็นความสำคัญและความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่ทันต่อการเปลี่ยนแปลง

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ต้องการความร่วมมือของทีมพัฒนาคุณภาพด้านอายุรกรรมและทีมบริหารทางการพยาบาล เนื่องจากเป็นภาวะที่มีความเสี่ยงสูง พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลร่วมกันกับสหสาขาวิชาชีพ โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจะต้องสอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทของโรงพยาบาลทั่วไปที่ทำหน้าที่เป็นแม่ข่ายการดูแลตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ผู้ใช้รูปแบบต้องเห็นตรงกันว่ามีความเหมาะสม เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและสอดคล้องกับสภาพปัญหา ต้องสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงแนวทางการรักษาล่าสุด ด้วยการสร้างความตระหนัก ส่งเสริมให้พยาบาลมีความรู้ที่ทันสมัย และพัฒนาทักษะการดูแล สนับสนุนให้มีการใช้เครื่องมือประเมินคัดกรองผู้ป่วยให้ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อ การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและได้รับการรักษา ก่อนเกิดภาวะช็อกเพิ่มขึ้น ป้องกันการเกิดภาวะช็อกรุนแรงและเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ส่งเสริมให้พยาบาลรับรู้บทบาทของตนเองอย่างชัดเจน มีการทบทวนแนวปฏิบัติการพยาบาลใหม่เป็น CNPG-Sepsis ของโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของสมพร รอดจินดา (2563) ที่พบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลนั้นต้องปรับปรุงทั้ง 3 ระบบ คือ 1) ระบบบริหารจัดการ 2) ระบบบริการ และ 3) ระบบเสริมสร้างศักยภาพบุคลากร สอดคล้องกับการศึกษาของจริยา พันธุ์วิทยากุล และจิราพร มณีพราย (2561) ที่พบว่ากรณีแนวปฏิบัติทำให้พยาบาลดูแลผู้ป่วยเป็นแนวทางเดียวกัน และมีความเชื่อมั่นว่าสามารถใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้ดี การศึกษานี้ได้พัฒนารูปแบบการพยาบาลและได้มีการประเมินคุณภาพที่ครอบคลุมการวางแผนดูแลเชิงระบบสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดตามแนวคิดของ Donabedian ทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ซึ่งความสำเร็จของการดูแลใช้การขับเคลื่อนด้วยกลยุทธ์ของสมาคมเวชบำบัดวิกฤต พ.ศ. 2558 ช่วยให้การดำเนินการสำเร็จและพัฒนาต่อเนื่องได้

ผลการประเมินการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่พยาบาลประเมินว่าสามารถปฏิบัติตามรูปแบบและแนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นประจำได้มากกว่าร้อยละ 90 ซึ่งเป็นผลจาก

การพัฒนาารูปแบบโดยการมีส่วนร่วมของทีมพยาบาลที่เกี่ยวข้องโดยตรงในการดูแลผู้ป่วย และมีการสื่อสารและสร้างความเข้าใจถึงแนวการปฏิบัติ ตลอดจนการได้ฝึกทักษะการใช้เครื่องมือในการประเมินและคัดกรองผู้ป่วย และเครื่องมือในการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ทำให้พยาบาลเกิดการเรียนรู้ และการมีส่วนร่วมของพยาบาลในการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับเครื่องมือที่นำไปปฏิบัติ เพื่อให้สะดวกและเหมาะสมในการปฏิบัติมากที่สุด สอดคล้องกับผลการศึกษาของสมพร รอดจินดา (2563) ที่พบว่าหลังพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแล้ว อัตราผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการคัดกรองในระยะเริ่มแรกเพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาเพิ่มขึ้น อัตราเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อ และอัตราตายของผู้ป่วยมีแนวโน้มลดลง ด้านผู้ให้บริการสามารถปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลรักษาได้เพิ่มขึ้น ผลการศึกษาค้นคว้านี้ ยังพบว่าพยาบาลมีความรู้หลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ Edwards and Jones (2021) และการศึกษาของ Nakiganda et al. (2022) ที่พบว่าหลังเข้ารับการอบรมเรื่องภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและ SSC แล้วพยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังเพิ่มทักษะและทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยอีกด้วย สรุปได้ว่าผลลัพธ์ทางการพยาบาล จะดีขึ้นและมีมาตรฐานการดูแลนั้นพยาบาลต้องมีการพัฒนาความรู้ที่ทันสมัย ส่งเสริมทัศนคติและฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จึงควรสนับสนุนให้พยาบาลได้รับการอบรมอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งหรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงแนวปฏิบัติใหม่ทางการรักษา

ส่วนระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบและแนวปฏิบัติในการศึกษาค้นคว้านี้อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดทุกด้าน ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด การสื่อสารและสร้างความเข้าใจแนวปฏิบัติ การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และ การกำกับติดตามประเมินอาการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การประเมินและคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ทั้งนี้ ความพึงพอใจดังกล่าวอาจเป็นผลจากการพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่มีส่วนร่วม และมีการกำหนดวิธีปฏิบัติทำให้พยาบาลมีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเป็นรูปแบบเดียวกัน สอดคล้องกับจริยา พันธุ์วิทยากุล และจิราพร มณีพราย (2561) ที่สนับสนุนว่าการมีแนวปฏิบัติทำให้พยาบาลดูแลผู้ป่วยเป็นแนวทางเดียวกัน ไม่เกิดการสับสนจากการปฏิบัติที่แตกต่างกัน ทำให้พยาบาลผู้รู้รูปแบบมีความเชื่อมั่นว่าสามารถใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้ดีและมีความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของภัทรพร นพฤทธิ์ และคณะ (2562) ที่พบว่าการจัดการกระบวนการติดตามประเมินผลเพื่อการพัฒนาต่อเนื่องมีแนวทางการพยาบาลแต่ละระยะอย่างชัดเจน มีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อความพึงพอใจต่อการรู้รูปแบบอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของพัชนีภรณ์ สุรนาทชยานันท์ และคณะ (2561) ที่พบว่าพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อส่งผลให้ พยาบาลวิชาชีพและหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความพึงพอใจโดยรวมต่อการรู้ระบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและกระบวนการพัฒนาในระดับสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของ ประไพพรรณ ฉายรัตน์ และสุพัฒศิริ ทศพรพิทักษ์กุล (2560) พบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจในภาพรวมต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่พัฒนาใหม่

อยู่ในระดับสูงเช่นกัน ดังนั้นการประเมินความพึงพอใจหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเป็นการประกันคุณภาพบริการและยกระดับคุณภาพการให้บริการพยาบาลให้มีมาตรฐานสูงขึ้น

สรุปผลการวิจัย

รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีการพัฒนาสอดคล้องกับบริบทการทำงานและก้าวทันการเปลี่ยนแปลงของแนวทางการรักษา ช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ช่วยลดการเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ส่งผลให้อัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้น รูปแบบการพยาบาลประกอบด้วย 1) การพัฒนาระบบประเมินคัดกรองเพื่อวินิจฉัยและรักษาโดยเร็ว 2) การพัฒนาสมรรถนะพยาบาล 3) การพัฒนาและใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล และ 4) การนิเทศทางการพยาบาลและการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ โดยใช้กลยุทธ์ของสมาคมเวชบำบัดวิกฤต พ.ศ. 2558 เป็นแนวคิดในการขับเคลื่อนผลลัพธ์การพัฒนา ด้านผู้ป่วยพบว่าลดอัตราการสูญเสียจากการเกิดภาวะช็อกและลดอัตราตายจากติดเชื้อในกระแสเลือด ด้านพยาบาลพบว่า พยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้น สามารถปฏิบัติตามรูปแบบและแนวปฏิบัติการพยาบาลได้เพิ่มมากขึ้น และพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับดีถึงดีมากทุกด้าน เนื่องจากเกิดจากการมีส่วนร่วม และความชัดเจนในการดำเนินตามรูปแบบใหม่ ควรมีการสนับสนุนให้มีการใช้รูปแบบอย่างต่อเนื่องต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ทีมพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลควรปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น มีการทำงานที่เชื่อมโยงประสานกัน รวมทั้งทำงานร่วมกับสหวิชาชีพได้ มีการติดตามกำกับ การปฏิบัติตามรูปแบบ และมีการทบทวนรูปแบบการพยาบาลและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลให้สอดคล้องกับแนวปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาสัมพันธ์กับความรู้ที่มีมากขึ้น

2. ทีมพยาบาลควรมีการติดตามผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เมื่อพบว่าผลลัพธ์จากกระบวนการดูแลรักษาที่ได้ยังไม่อยู่ในค่าเป้าหมาย และพัฒนาเพื่อมุ่งเน้นให้เกิดการยกระดับคุณภาพการพยาบาลให้ดีขึ้นและเกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิเคราะห์ และทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาล ตั้งแต่แรกรับจากห้องฉุกเฉินจนถึงจำหน่ายแบบไร้รอยต่อ เพื่อค้นหาความเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ เพื่อปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *เครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II; AGREE II)*
<https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/09/Thai-AGREE-II.pdf>
- กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). *แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562*. สืบค้นจาก
http://data.ptho.moph.go.th/inspec/2562/inspec62_1/9 (14.11.61%20edited).pdf
- คณินิจ ศรียะโคตร, วไลพร ปักกระกา, จุลินทร ศรีโพนทัน, นิสกร วิบูลชัย, สุคนธ์ทิพย์ ปัตติทานัง, รุ่งนภา ธนุชาญ, พุทธกัญญา นารณศิลป์, เพิ่มพูน ศิริกิจ, และชวมัย ปิ่นะเก. (2564). การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อป้องกันอาการทรุดลงทางคลินิกในผู้ป่วยที่มีภาวะเหตุติดเชื้อ. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 27(2), 150-167.
- จิรยา พันธุ์วิทย์กุล, และจิราพร มณีพราย. (2561). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต. *วารสารกองการพยาบาล*, 45(1), 86-104.
- ประไพพรรณ ฉายรัตน์, และสุพัฒศิริ ทศพรพิทักษ์กุล. (2560). ประสิทธิภาพของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(3), 224-231.
- พรนภา วงศ์ธรรมดี, รัชนี นามจันทร์, และ วรินทร์ บินโฮเซ็น. (2562). คุณภาพการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่หน่วยงานอายุรกรรม. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท.*, 1(1), 33-49.
- พัชนีภรณ์ สุรนาทขานันท์, วนิดา เคนทองดี, และสุพัตรา กมลรัตน์. (2561). การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในโรงพยาบาลเลย. *วารสารการดูแลและสุขภาพ*, 36(1), 207-215.
- ภัทรศร นพฤทธิ์, แสงไทย ไตรยางค์, และจรินทร์ โคตรพรม. (2562). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลมุกดาหาร. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 37(1), 221-230.
- โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ. (2564). *รายงานประจำปีโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ*, (เอกสารอัดสำเนา).
- สมพร รอดจินดา. (2563). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลน่าน. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 31(1), 212-231.
- สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย. (2558). *แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย severe sepsis และ septic shock (ฉบับร่าง)*. สืบค้นจาก <http://www.ayhosp.go.th/ayh/images/HA/miniconf/5.pdf>
- Bloom, B.S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. McGraw-Hill.

- Donabedian, A. (1980). *Explorations in Quality Assessment and Monitoring* (Vol. 1). *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*. Health Administration Press.
- Edwards, E., & Jones, L. (2021). Sepsis knowledge, skills and attitudes among ward-based nurses. *British journal of nursing*, 30(15), 920-927. <https://doi.org/10.12968/bjon.2021.30.15.920>
- Evans, L., Rhodes, A., Alhazzani, W., Antonelli, M., Coopersmith, C. M., French, C., Machado, F.R., McIntyre, L., Ostermann, M., Prescott, H.C., Schorr, C., Simpson, S., Wiersinga, W.J., Alshamsi, F., Angus, D.C., Arabi, Y., Azevedo, L., Beale, R., Beilman, G., . . . Levy, M. (2021). Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Intensive Care Medicine*, 47(11), 1181–1247. <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06506-y>
- Global Sepsis Alliance. (2022). *Sepsis*. Retrieved from <https://www.global-sepsis-alliance.org/sepsis>
- Nakiganda, C., Atukwatse, J., Turyasingura, J., & Niyonzima, V. (2022). Improving Nurses' Knowledge on Sepsis Identification and Management at Mulago National Referral Hospital: A Quasi Experimental Study. *Nursing: Research and Reviews*, 12, 169-176. <https://doi.org/10.2147/NRR.S363072>
- World Health Organization. (2020). *Global report on the epidemiology and burden of sepsis: current evidence, identifying gaps and future directions*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010789>

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนสังกัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษานครราชสีมา

ภรณ์ทิพย์ ผลกระโทก, พย.ม.¹

สุหทัย โตสังวาลย์, Ph.D.^{1 *}

(วันที่ส่งบทความ: 5 เมษายน 2566; วันที่แก้ไข: 5 พฤศจิกายน 2566; วันที่ตอบรับ: 1 ธันวาคม 2566)

บทคัดย่อ

นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายมีแนวโน้มในการเกิดความเครียดสูง เนื่องจากต้องเผชิญกับการปรับตัวและการเปลี่ยนแปลงสูง การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ เพื่อศึกษาระดับความเครียด การเห็นคุณค่าในตนเอง พลังสุขภาพจิต และความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองและพลังสุขภาพจิตกับความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 6 ที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษานครราชสีมา ในช่วงภาคการเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2565 จำนวน 351 คน โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความเครียด แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง และแบบประเมินพลังสุขภาพจิต ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .95 .86 และ .85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 41.88) ส่วนใหญ่มีการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 68.66) และพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 61.82) นอกจากนี้ยังพบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองและพลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_s(351) = -.483, p < .001$; $r_s(351) = -.430, p < .001$) ตามลำดับ ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมให้นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายได้พัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองและพลังสุขภาพจิตเพื่อลดการเกิดความเครียดในประชากรกลุ่มนี้ต่อไป

คำสำคัญ: ความเครียด, การเห็นคุณค่าในตนเอง, พลังสุขภาพจิต, นักเรียนมัธยมศึกษา

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: สุหทัย โตสังวาลย์, อีเมล: suhathai@knc.ac.th

Selected Factors Related to Stress of High School Students at a School under the Secondary Education Service Nakhon Ratchasima

Pornthip Pholkrathok, M.N.S.¹

Suhathai Tosangwarn, Ph.D.^{1*}

(Received: April 5th, 2023; Revised: November 5th, 2023; Accepted: December 1st, 2023)

Abstract

High school students tend to have severe stress due to high adaptation and challenges. This descriptive correlational study aimed to examine the level of stress and the relationships between self-esteem and resilience quotient with stress in high school students. The participants consisted of 351 high school students who were studying in their first semester of the academic year 2022 at a school under the secondary education service Nakhon Ratchasima. Stratified random sampling was used in the study. Data was collected by using a demographic data questionnaire, Suanprung Stress Test-20, Thai version of Rosenberg Self-Esteem Scale and Resilience Quotient, which had Cronbach's alpha coefficient of .95, .86 and .85 respectively. Data was analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation, and Spearman's rank-order correlation. The findings suggested that most high school students had stress at a high level (41.88 %). The majority of students had self-esteem at a moderate level (68.66%) and a resilience quotient within the normal range (61.82%). Moreover, it showed that self-esteem and resilience quotient had a negatively significant correlation with stress among high school students respectively ($r_s(351) = -.483, p < .001$; $r_s(351) = -.430, p < .001$). The results of this study could be used to promote and develop self-esteem and resilience in this population.

Keywords: stress, self-esteem, resilience quotient, high school students

¹ Lecturer, Boromarajonnani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute
Ministry of Public Health

*Corresponding author: Suhathai Tosangwarn, E-mail: suhathai@knc.ac.th

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงในสังคมที่เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลาถือเป็นสิ่งกระตุ้นที่ทำให้บุคคลเกิดความกดดันหรือรู้สึกถูกคุกคามทางด้านร่างกายและจิตใจจนกลายเป็นความเครียด วัยรุ่นจึงเป็นอีกช่วงวัยหนึ่งที่มีพัฒนาการของชีวิตอยู่ในช่วงระหว่างความเป็นเด็กกับความเป็นผู้ใหญ่ ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการหลายๆ ด้านพร้อมกันจนอาจกลายเป็นความเครียด โดยเฉพาะช่วงวัยรุ่นตอนปลายที่มีความสนใจเกี่ยวกับเอกลักษณ์ของตนเอง ต้องการอิสระ ต้องการเป็นที่ยอมรับจากเพื่อนและสังคม นอกจากนี้ยังพบวัยรุ่นกลุ่มหนึ่งที่กำลังศึกษาอยู่ในสถานศึกษานั้นคือนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยี ภายใต้อิทธิพลแรงกดดันในการสอบแข่งขันสำหรับการศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษา เพื่อให้ตนเองได้รับโอกาสที่ดีทางการศึกษาและการประกอบอาชีพในอนาคต (พรหมณี โสชิน, 2557; Goel & Bardhan, 2016) สิ่งเหล่านี้อาจเป็นสาเหตุนำไปสู่การเกิดความเครียดในวัยรุ่นได้ หากไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้ อาจทำให้วัยรุ่นเกิดปัญหาต่างๆ ตามมา โดยเฉพาะปัญหาทางด้านสุขภาพจิต จะเห็นได้ว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายนับเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดความเครียดได้สูง เนื่องจากต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหลายๆ ด้านพร้อมกัน ภายใต้อิทธิพลแรงกดดันทางการศึกษา

การรายงานปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่นไทย (อายุต่ำกว่า 20 ปี) พ.ศ. 2563 พบว่า วัยรุ่นมีความเครียดสูงถึงร้อยละ 28 (กรมสุขภาพจิต, 2564) สอดคล้องกับรายงานภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นไทย พ.ศ. 2562 ที่พบว่า วัยรุ่นส่วนใหญ่โทรมาปรึกษาเรื่องความเครียดสูงสุด ร้อยละ 51.36 รองลงมาคือ ปัญหาความรัก ร้อยละ 21.39 และซึมเศร้า ร้อยละ 9.82 (สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์, 2563) นอกจากนี้ยังพบผลการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตพื้นที่จังหวัดต่างๆ ในประเทศไทย ประกอบด้วย นุริรัมย์ ตรัง สมุทรสงคราม และกรุงเทพมหานคร โดยในช่วงปี พ.ศ. 2564 พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายมีความเครียดในระดับสูง ถึงร้อยละ 51.60-54.7 (นิธิสนิ รุจิรังสี เจริญ และคณะ, 2564; วณัญญา แก้วแก้วปาน, 2564) ผลการศึกษาที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่านักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายจำนวนมากกำลังเผชิญกับความเครียดสูง

ความเครียด เป็นภาวะของอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่ทำให้รู้สึกถูกกดดันจิตใจจนทำให้เกิดความทุกข์ใจ ส่งผลให้เสียสมดุลของสภาวะร่างกายและจิตใจ (กรมสุขภาพจิต, 2565) หากวัยรุ่นเผชิญกับสภาวะแบบนี้เป็นระยะเวลานาน จนเกิดเป็นความเครียดสะสม อาจส่งผลเสียต่อทางด้านร่างกาย ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ปวดท้อง ปวดหลัง ใจสั่น ขณะเดียวกันความเครียดยังส่งผลเสียต่อทางด้านจิตใจทำให้สูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง ขาดสมาธิ วิตกกังวล หงุดหงิด โกรธง่าย เบื่อหน่าย คิดมาก เศร้าหมอง ท้อแท้ หดหู่ หากมีความเครียดที่รุนแรงอาจเกิดภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายนามาสังความสูญเสีย นอกจากนี้ยังส่งผลต่อพฤติกรรม เช่น หนีบขโมย เก็บตัว สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ใช้สารเสพติด รวมถึงอาจเกิดความขัดแย้งกับบุคคลรอบข้างบ่อยๆ บางคน

ล้มเหลวในชีวิตการเป็นนักเรียนและลาออกจากการเรียนส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทรัพยากรบุคคล เกิดการสูญเสียค่าทางการศึกษาเป็นอย่างมาก (เกียรติภูมิ วงศ์รจิต, 2563; พรหมณี ไชยอิน, 2557; หงษ์ศิริ ภิโยชิตลักษ์ และ คณะ, 2558) อย่างไรก็ตามจากการศึกษาที่ผ่านมาจะมีวัยรุ่นกลุ่มหนึ่งที่แม้ว่าจะต้องเผชิญกับความเครียดแต่วัยรุ่นกลุ่มนี้ก็สามารถปรับตัวต่อความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นกลุ่มนี้มีคุณลักษณะบางประการที่ช่วยให้สามารถจัดการกับความเครียด เอาชนะอุปสรรคต่างๆ และดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

ผลการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดที่ผ่านมา พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง (ความภาคภูมิใจตนเอง) มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด ($r = -.294$) นั้นหมายถึง นักเรียนมัธยมศึกษาที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำมีแนวโน้มที่จะมีความเครียดสูง (นิธิสนิ รุจิรังสีเจริญ และคณะ, 2564) การศึกษาในวัยรุ่น เขตจัมมู ประเทศอินเดีย พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดจากการเรียนในระดับน้อย (Mool & Sabita, 2021) นอกจากนี้ยังพบว่า พลังสุขภาพจิต (ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต) มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความเครียด ($r = -.54$) นั้นหมายความว่า นักเรียนมัธยมศึกษาที่มีพลังสุขภาพจิตต่ำจะมีแนวโน้มที่มีการรับรู้ความเครียดสูง (ชุดิมา จิรัฐเกรียงไกร และคณะ, 2563) สอดคล้องกับการศึกษาในวัยรุ่นเขตมณฑลเหลียวหนิง ประเทศจีน พบว่า วัยรุ่นที่มีพลังสุขภาพจิตต่ำมีแนวโน้มเกิดความเครียดภายหลังเหตุการณ์ร้ายแรงสูง ($r = -.36$; Shi et al., 2015) ในขณะการศึกษาในนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย พบว่า นักศึกษาที่มีพลังสุขภาพจิตต่ำจะมีแนวโน้มที่มีความเครียดสูง ($r = -.226$) (สมจิตร นคราพานิช และรัตนา พึ่งเสมอ, 2564) สัมพันธ์กับการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยราชธานี อุบลราชธานี พบว่า นักศึกษาพยาบาลพลังสุขภาพจิตที่มีสูงมีแนวโน้มที่มีความเครียดสูง ($r = .191$; สุจิตรา กฤติยวรรณ, 2559) จากผลการศึกษาที่ผ่านมาจึง พบว่า ตัวแปรการเห็นคุณค่าในตนเอง ตัวแปรพลังสุขภาพจิตยังมีความสัมพันธ์ที่หลากหลายทิศทางกับความเครียด

จะเห็นได้ว่ากลุ่มวัยรุ่นในสถานศึกษาโดยเฉพาะนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 นั้น เป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มที่จะเกิดความเครียดได้สูง เนื่องจากการแข่งขันทางการศึกษาค่อนข้างสูง จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในบางจังหวัด เช่น บุรีรัมย์ ตรัง สมุทรสงคราม และกรุงเทพมหานคร (ชนิกานต์ จำเหมือน และคณะ, 2559; นธิสนิ รุจิรังสีเจริญ และคณะ, 2564; วรรณกร พลพิชัย และจันทรา อึ้งอึ้ง, 2561; วนัญญา แก้วแก้วปาน, 2564) ร่วมกับยังมีข้อค้นพบที่หลากหลายในทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองและพลังสุขภาพจิตกับความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย นอกจากนี้ยังพบว่าการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตัวเอง พลังสุขภาพจิต กับความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษานครราชสีมายังมีอยู่อย่างจำกัด ดังนั้นเพื่อสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของกลุ่มประชากรดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนว

ทางการส่งเสริมสุขภาพจิต ให้สามารถเผชิญความเครียดและภาวะวิกฤตชีวิตของวัยรุ่น ป้องกันการเกิด
ความเครียดและมีสุขภาพจิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาระดับความเครียด การเห็นคุณค่าในตนเอง และพลังสุขภาพจิตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอน
ปลาย โรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา นครราชสีมา

2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองและพลังสุขภาพจิตกับความเครียดของ
นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา นครราชสีมา

สมมุติฐานการวิจัย

การเห็นคุณค่าในตนเองและพลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษา
ตอนปลาย โรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา นครราชสีมา

กรอบแนวคิดการวิจัย

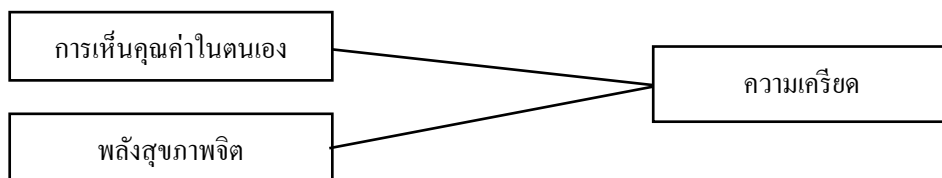
กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความเครียด
การเห็นคุณค่าในตนเอง และพลังสุขภาพจิต มาเป็นกรอบในการศึกษาดังนี้

ความเครียด คือ ปฏิกริยาของร่างกายและจิตใจที่มีต่อการคุกคามทำลายด้านจิตใจและร่างกาย (สุวัฒน์
มัทนรินทร์ และคณะ, 2540) ตามกรอบแนวคิดด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคม (Bio-Psycho-Social Model)
ของ Engle (1977) เชื่อว่า ความเครียดที่เกิดขึ้นกับบุคคลเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีววิทยา จิตใจ
สังคม และสิ่งแวดล้อม ที่คุกคามบุคคลจนทำให้รู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจ หรือกดดันจิตใจ จนทำให้เกิด
ความทุกข์ใจ สับสน โกรธ หรือเสียใจ

การเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเองเป็นการแสดงความรู้สึกหรือประเมินตนเอง
ที่จะยอมรับหรือไม่ยอมรับตนเอง ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการเห็นคุณค่าในตนเอง ของ Rosenberg (1965)
ได้ให้ความหมายว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นมิติหนึ่งที่มีความสำคัญของอัตมโนทัศน์ โดยเป็นเรื่อง
ของทัศนคติเชิงบวกหรือเชิงลบที่บุคคลมีต่อตนเอง เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในของบุคคล เป็นการ
พิจารณาตัดสินคุณค่าของตนเองเกี่ยวกับความสำเร็จ ความล้มเหลวในชีวิต การปฏิเสธตนเอง การยอมรับใน
ตนเอง การเห็นคุณค่าและเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าในสังคม การพึ่งตนเอง รวมถึงการได้รับ
การยอมรับจากครอบครัวและสังคม ซึ่งมีอิทธิพลมาจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ครอบครัวและสังคม

พลังสุขภาพจิต เป็นความสามารถทางอารมณ์และจิตใจในการปรับตัว และฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติ
ภายหลังพบเหตุการณ์วิกฤติหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบากในชีวิต อันเป็นคุณสมบัติหนึ่งที่ช่วย
ให้บุคคลผ่านพ้นปัญหาอุปสรรค และดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข (กรมสุขภาพจิต 2552; Grotberg, 1995)
ตามกรอบแนวคิดของกรอทเบิร์ก (Grothberg, 1995) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) I am เป็นลักษณะ
ความเข้มแข็งของแต่ละบุคคล ไม่ว่าจะเป็นความรู้สึกนึกคิด ทัศนคติ และความเชื่อ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับ
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความหวัง และมีเป้าหมายในชีวิต 2) I have เป็นการที่บุคคลรับรู้ว่าคุณค่ามี

แหล่งสนับสนุน หรือแหล่งส่งเสริมภายนอกคอยสนับสนุนคอยให้ความช่วยเหลือขณะที่บุคคลนั้นกำลังประสบกับปัญหา ตกอยู่ในสถานการณ์ในแง่ลบ และ 3) I can เป็นทักษะทางสังคมในการจัดการกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล หรือความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การที่บุคคลมีพลังสุขภาพจิตสูงมีแนวโน้มที่มีความเครียดต่ำ



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสหสัมพันธ์ เพื่อศึกษาระดับความเครียด และความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง และพลังสุขภาพจิตกับความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา นครราชสีมา เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2565 ถึงตุลาคม พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา นครราชสีมา เขตอำเภอเมือง จำนวน 2,900 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา นครราชสีมา เขตอำเภอเมือง ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2565 ในช่วงเดือนกันยายน 2565 ถึง ตุลาคม 2565 จำนวน 351 คน โดยเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1. เป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา นครราชสีมา 2. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ 3. ในกรณีที่อายุต่ำกว่า 18 ปีต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้มีอำนาจในการให้เข้าร่วมการวิจัย

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยแบ่งสถานศึกษาในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา นครราชสีมา ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง ตามลักษณะของการเป็นหัวหน้ากลุ่มสถานศึกษา มีทั้งหมด 5 กลุ่ม โดยลักษณะของนักเรียนภายในโรงเรียนที่เป็นหัวหน้ากลุ่มสถานศึกษา ประกอบด้วย 1) นักเรียนส่วนใหญ่ที่เป็นนักเรียนชาย 2) นักเรียนส่วนใหญ่ที่เป็นนักเรียนหญิง และ 3) นักเรียนส่วนใหญ่ที่เป็นทั้งชายและหญิง ใช้การสุ่มตัวอย่างจากโรงเรียนที่เป็นหัวหน้ากลุ่มสถานศึกษาในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา (สพม.) นครราชสีมา ตามสัดส่วน (Proportional

Allocation) เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด ภายหลังจากนั้นใช้วิธีการสุ่มเลขที่ของนักเรียนในแต่ละโรงเรียน โดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ได้อาสาสมัครจำนวนในแต่ละโรงเรียนดังนี้ โรงเรียนที่ 1-5 เท่ากับ 76 คน 58 คน 83 คน 50 คน และ 84 คน ตามลำดับ

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการวิเคราะห์กำลังทดสอบ (power analysis) ของโคเฮน โดยใช้โปรแกรม G * Power (Faul et al., 2007) จากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาค่าความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเครียดของวัยรุ่นตอนกลางและตอนปลาย ที่มีช่วงอายุและพัฒนาการของชีวิตใกล้เคียงกันกับนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 6 พบว่า ค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรที่เป็นปัจจัยคัดสรรกับความเครียด ดังนี้ ตัวแปรการเห็นคุณค่าในตนเองมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน มีค่าอยู่ระหว่าง .27 - .29 (นิธินี รุจิรังสีเจริญ และคณะ, 2564; วรรณพร คำพิลา และคณะ, 2562) และตัวแปรพลังสุขภาพจิตมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันมีค่าอยู่ระหว่าง .22 - .54 (ชุดิมา จิรัฐเกรียงไกร และคณะ, 2563; สมจิตร นราพานิช และรัตนา พึ่งเสมา, 2564) ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้จึงได้กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .2 ค่ากำลังทดสอบ (power) เท่ากับ .95 และค่านัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ .05 จากการคำนวณโปรแกรม G * Power ใช้สถิติสหสัมพันธ์ (correlation) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 319 ราย เพื่อป้องกันการไม่สมบูรณ์ของข้อมูล เพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 จำนวนเท่ากับ 32 ราย รวมทั้งสิ้น 351 ราย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้นำโครงการวิจัยเสนอคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา โดยได้รับการอนุมัติเลขที่ NRPH 084 ณ วันที่ 18 สิงหาคม 2565 หลังได้รับอนุมัติแล้วผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา นครราชสีมาหรือผู้อำนวยการโรงเรียนเพื่อเก็บข้อมูล ในการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และจัดทำหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนาม กรณีที่กลุ่มตัวอย่างอายุน้อยกว่า 18 ปีบริบูรณ์ กลุ่มตัวอย่างต้องนำหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัยไปให้ผู้ปกครองหรือผู้ที่มีอำนาจอนุญาตลงนามก่อน การเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีการบังคับใดๆ และสามารถออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลาที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องการ ไม่มีผลกระทบต่อผลการเรียนใดๆ ทั้งสิ้น มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นความลับ ไม่มีการแจ้งชื่อผู้ให้ข้อมูล และนำเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ เพศ แผนการเรียน

ส่วนที่ 2 แบบวัดความเครียด (Suanprung Stress Test-20; SPST-20) ของกรมสุขภาพจิต ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540) เป็นเครื่องมือวัดความเครียดสำหรับคนไทย มีจำนวน 20 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 คะแนน คือ ไม่รู้สึกเครียด, รู้สึกเครียดเล็กน้อย, รู้สึกเครียดปานกลาง, รู้สึกเครียดมาก และรู้สึกเครียดมากที่สุด คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 20-100 คะแนน การแปลผลนำคะแนนรวมเทียบตามเกณฑ์ดังนี้ 1) 0-23 คะแนน มีความเครียดระดับน้อย 2) 24-41 คะแนน มีความเครียดระดับปานกลาง 3) 42-61 คะแนน มีความเครียดระดับสูง และ 4) 62 คะแนนขึ้นไป มีความเครียดระดับรุนแรง ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคจากกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้จำนวน 351 คน เท่ากับ .95

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง (Thai version of Rosenberg Self-Esteem Scale; RSES-TR-10) ซึ่งสร้างจากแนวคิดทฤษฎีของ Rosenberg (1965) แปลโดย ทินกร วงศ์ปการันย์ และ ณัทธ วงศ์ปการันย์ (Wongpakaran & Wongpakaran, 2012) มีจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1-4 คะแนน คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง, เห็นด้วย, ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 10-40 คะแนน หากคะแนนสูง แสดงว่ามีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง ซึ่งผู้วิจัยมีเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 3 ระดับ แบ่งตามค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (30.18 ± 5.45) ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเองระดับสูง (มากกว่า 35 คะแนนขึ้นไป) การเห็นคุณค่าในตนเองระดับปานกลาง (24-35 คะแนน) และการเห็นคุณค่าในตนเองระดับต่ำ (น้อยกว่า 24 คะแนน) ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคจากกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้จำนวน 351 คน เท่ากับ .86

ส่วนที่ 4 แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (Resilience Quotient; RQ) พัฒนาโดย กรมสุขภาพจิต (2552) เพื่อวัดพลังสุขภาพจิต (ภูมิคุ้มกัน) ของคนไทยในสภาวะที่ยากลำบาก มีจำนวน 20 ข้อ เป็นการประเมินความสามารถของบุคคล 3 ด้าน คือ 1) ด้านความทนทานทางอารมณ์ (ฮึด) 10 ข้อ 2) ด้านกำลังใจ (ฮึด) 5 ข้อ และ 3) ด้านการจัดการกับปัญหา (สู้) 5 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ เป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1-4 คะแนน คือ ไม่จริง, จริงบางครั้ง, ค่อนข้างจริง และจริงมาก คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 20-80 คะแนน แปลผลเทียบกับเกณฑ์ที่กรมสุขภาพจิตกำหนด โดยเกณฑ์ปกติของคะแนนรวมทั้ง 3 ด้านคือ 55-69 คะแนน และเกณฑ์ปกติ ด้านความทนทานทางอารมณ์, ด้านกำลังใจ และด้านการต่อสู้เอาชนะอุปสรรค คือ 27-34 คะแนน, 14-19 คะแนน และ 13-18 คะแนน ตามลำดับ ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคจากกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้จำนวน 351 คน เท่ากับ .85

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้รับความยินยอมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมาเรียบร้อยแล้ว คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา นครราชสีมา หรือ ผู้อำนวยการ โรงเรียนเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย

2. หลังได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับครูแนะแนวของแต่ละโรงเรียนเพื่อแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงติดต่อนัดหมายวันและเวลาที่เหมาะสมในการเข้าพบนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย หากนักเรียนคนใดสนใจเข้าร่วมการวิจัยสามารถให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยได้โดยลงนามในใบให้ความยินยอมการวิจัย หากนักเรียนคนใดไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยแสดงความเคารพถึงการตัดสินใจของนักเรียนโดยไม่ถามถึงเหตุผล

4. ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างอายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือจากอาสาสมัครในการขอความยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้ที่มีอำนาจของอาสาสมัคร โดยนำหนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยไปให้ผู้ปกครองหรือผู้ที่มีอำนาจพิจารณาและลงนามให้ความยินยอมก่อนการให้ข้อมูลในการวิจัย

5. นอกจากนี้ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามออนไลน์ ส่งให้กับอาสาสมัครในกรณีที่อาสาสมัครบางส่วนไม่สะดวกในการให้ข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามแบบกระดาษ อาสาสมัครสามารถเข้าไปตอบแบบสอบถามในช่วงเวลาที่ตนเองสะดวกได้

6. เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลครบตามกำหนดแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกชุดที่ได้รับ และนำข้อมูลมาวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางโดยใช้สถิติบรรยาย คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ อธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน อธิบายตัวแปรที่ศึกษา และใช้สถิติอ้างอิง คือ สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank-order correlation) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองและพลังสุขภาพจิต กับความเครียด เนื่องจากตัวแปรการเห็นคุณค่าในตนเองและพลังสุขภาพจิต มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วย Kolmogorov-Smirnov test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 51.85) อายุอยู่ในช่วงระหว่าง 16-20 ปี อายุเฉลี่ย 17.34 ปี ($SD = 0.52$) ส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ในแผนการศึกษาวิชาชีพคณิต (ร้อยละ 50.71) ส่วนใหญ่มีเกรดเฉลี่ยสะสมระหว่าง 3.01-4.00 (ร้อยละ 85.75) และปัจจุบันพักอาศัยอยู่กับบิดาและมารดา (ร้อยละ 77.20)

2. ความเครียด การเห็นคุณค่าในตนเอง และพลังสุขภาพจิต

นักเรียนมัธยมศึกษาส่วนใหญ่มีเครียดอยู่ในระดับสูง มีการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และมีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับปกติ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคะแนนความเครียด การเห็นคุณค่าในตนเอง พลังสุขภาพจิตโดยรวมและรายด้าน ($n = 351$)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับคะแนนความเครียดโดยรวม		
0 - 23 คะแนน (ความเครียดระดับน้อย)	3	0.85
24 - 41 คะแนน (ความเครียดระดับปานกลาง)	98	27.92
42 - 61 คะแนน (ความเครียดระดับสูง)	147	41.88
62 คะแนน ขึ้นไป (ความเครียดระดับรุนแรง)	103	29.35
$M = 53.34, SD = 15.64, \text{Minimum} = 20, \text{Maximum} = 93$		
ระดับคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองโดยรวม		
น้อยกว่า 24 คะแนน (การเห็นคุณค่าในตนเองระดับต่ำ)	43	12.25
24-35 คะแนน (การเห็นคุณค่าในตนเองระดับปานกลาง)	241	68.66
มากกว่า 35 คะแนน (การเห็นคุณค่าในตนเองระดับสูง)	67	19.09
$M = 30.18, SD = 5.45, \text{Minimum} = 10, \text{Maximum} = 40$		
ระดับคะแนนพลังสุขภาพจิตโดยรวม		
น้อยกว่า 55 คะแนน (พลังสุขภาพจิตระดับต่ำกว่าปกติ)	99	28.21
55-69 คะแนน (พลังสุขภาพจิตระดับปกติ)	217	61.82
มากกว่า 69 คะแนน (พลังสุขภาพจิตระดับสูงกว่าปกติ)	35	9.97
$M = 58.97, SD = 7.86, \text{Minimum} = 35, \text{Maximum} = 77$		
ระดับคะแนนพลังสุขภาพจิตรายด้าน		
ด้านความมั่นคงทางอารมณ์		
น้อยกว่า 27 คะแนน (ความมั่นคงทางอารมณ์ระดับต่ำกว่าปกติ)	104	29.63
27-34 คะแนน (ความมั่นคงทางอารมณ์ระดับปกติ)	203	57.83
มากกว่า 34 คะแนน (ความมั่นคงทางอารมณ์ระดับสูงกว่าปกติ)	44	12.54
$M = 29.03, SD = 4.51, \text{Minimum} = 16, \text{Maximum} = 40$		

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ด้านกำลังใจ		
น้อยกว่า 14 คะแนน (กำลังใจระดับต่ำกว่าปกติ)	193	54.98
4-19 คะแนน (กำลังใจระดับปกติ)	150	42.74
มากกว่า 19 คะแนน (กำลังใจระดับสูงกว่าปกติ)	8	2.28
$M = 13.39, SD = 2.99, \text{Minimum} = 5, \text{Maximum} = 23$		
ด้านการจัดการปัญหา		
น้อยกว่า 13 คะแนน (การจัดการปัญหาระดับต่ำกว่าปกติ)	194	55.27
13-18 คะแนน (การจัดการปัญหาระดับปกติ)	142	40.46
มากกว่า 18 คะแนน (การจัดการปัญหาระดับสูงกว่าปกติ)	15	4.27
$M = 13.32, SD = 3.52, \text{Minimum} = 5, \text{Maximum} = 23$		

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง พลังสุขภาพจิต และความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา นครราชสีมา

พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองและพลังสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.483, p < .001$ และ $-.430, p < .001$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (r_s) ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองและพลังสุขภาพจิตกับความเครียด

ตัวแปร	r_s	$p\text{-value}$
การเห็นคุณค่าในตนเอง	-0.483**	< .001
พลังสุขภาพจิต	-0.430**	< .001

หมายเหตุ. $n = 351, * p < .001$

อภิปรายผลการวิจัย

ความเครียด

ผลการวิจัย พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 41.88) รองลงมา คือ ระดับรุนแรง (ร้อยละ 29.35) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่ผ่านมาในจังหวัดกรุงเทพฯ สมุทรสงครามและตรัง ที่พบความเครียดของนักศึกษามัธยมตอนปลายในระดับสูง (ปัญญกรณ์ ชนกรนุวัฒน์, 2565; วณัญญา แก้วแก้วปาน, 2564; วรณกร พลพิชัย และ จันทรา อึ้งอึ้ง, 2561) สาเหตุของความเครียดในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายอาจเกิดจากหลายปัจจัย ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ (วณัญญา แก้วแก้วปาน, 2564) การเตรียมตัวศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้นโดยเฉพาะกลัวไม่ได้ศึกษาต่อในคณะที่คาดหวัง ความคาดหวังจากบุคคลใกล้ชิด และรายจ่ายจากการสอบแข่งขัน (ปัญญกรณ์ ชนกรนุวัฒน์, 2565; วรณกร พลพิชัย และ

จันทรา อ้อยเอ็ง, 2561) ดังนั้นผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ซึ่งนักเรียนควรได้รับการช่วยเหลือ และควรได้รับความรู้ในการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม เพื่อป้องกันระดับความเครียดที่รุนแรง และอาจนำมาสู่การทำร้ายตนเองได้

การเห็นคุณค่าในตนเอง

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายส่วนใหญ่มีความรู้สึกรู้เห็นคุณค่าในตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติการที่นักเรียนมัธยมศึกษาารู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูงมีแนวโน้มที่จะมีความเครียดน้อย สอดคล้องกับการศึกษาในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 สังกัดกรุงเทพมหานคร ที่พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด (นิธิสนี รุจิรังสีเจริญ และคณะ 2564) เช่นเดียวกับการศึกษาในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย เขตอุดรธานี ประเทศอินเดีย พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดจากการเรียน (Nikitha et al., 2014) และการศึกษาในวัยรุ่นตอนปลาย (นักศึกษาปริญญาตรีปี 1-3) พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด (พิมพ์ชนก วชิรปราการสกุล และศิริลักษณ์ สุภปิฎพร, 2565) นอกจากนี้ยังพบว่า วัยรุ่นในครุฑที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงจะมีผลสัมฤทธิ์การเรียนที่ดีและมีความสุขในการเรียนสามารถฝ่าฟันปัญหาต่างๆ ได้ (Askun et al., 2015) การที่นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูง อธิบายได้ว่า นักเรียนสามารถพิจารณาคุณค่าของตนเองมองเห็นตนเองเป็นคนมีคุณค่า รู้สึกที่ดีกับตนเอง พึงพอใจในตนเอง รับรู้ว่าคุณค่ามีด้านที่ดี รู้ดีกว่าตนเอง เปรียบเทียบกับคนอื่น มีความสามารถเหมือนกับคนอื่น และเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง (กชพรรณ สังข์สระสิทธิ์, 2561) เมื่อมีปัญหาอุปสรรค หรือมีสิ่งคุกคามที่ทำให้รู้สึกกดดันไม่สบายใจจนเกิดเป็นความเครียด นักเรียนจะพยายามคิดไตร่ตรองหาแนวทางในการแก้ปัญหา และพยายามดึงศักยภาพของตนเองที่มีอยู่มาใช้ในการแก้ไขปัญหา ด้วยความมุ่งมั่น ตั้งใจ โดยไม่ย่อท้อ จนสามารถเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ได้สำเร็จ เมื่อผ่านพ้นช่วงเวลาแห่งความยากลำบากเหล่านั้นไปได้ย่อมนำไปสู่ความภาคภูมิใจในตนเองตามมา (กรมสุขภาพจิต, 2564ข; นธิสนี รุจิรังสีเจริญ และคณะ 2564, ศศนัชชร์ณ ประสมทรัพย์ และคณะ, 2564) ดังนั้น นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายที่มีความรู้สึกรู้เห็นคุณค่าในตนเองสูงจึงมีแนวโน้มที่จะมีความเครียดต่ำ

พลังสุขภาพจิต

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายส่วนใหญ่มีพลังสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับปกติ พลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การที่นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายมีพลังสุขภาพจิตที่ดีมีแนวโน้มที่จะมีความเครียดน้อย ผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนรัฐบาล ประเภทสหศึกษา กรุงเทพมหานคร พบว่า พลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด (ชุดิมา จิรัฐเกรียงไกร และคณะ, 2563) เช่นเดียวกับการศึกษาในวัยรุ่น เขตมณฑลเหลียวหนิง ประเทศจีน พบว่า พลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด (Shi et al., 2015) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาล

สหราชอาณาจักร พบว่า พลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด (สมจิตร นคราพานิช และรัตนา พึ่งเสมา, 2564; อ้อยทิพย์ บัวจันทร์ และคณะ, 2562) การที่นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายมีพลังสุขภาพจิตที่ดี จึงมีแนวโน้มที่จะมีความเครียดต่ำ อธิบายได้ว่า นักเรียนที่มีพลังสุขภาพจิตดีนั้นเสมือนมีภูมิคุ้มกันทางใจที่เข้มแข็งจากการได้รับวัคซีนทางใจ (โสมรัช วิไลยุค, 2564) ด้วยการฝึกเผชิญและคิดหาหนทางจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่คุกคามชีวิต (ด้านการจัดการกับปัญหา; ฐ์) แม้ว่าสภาพจิตใจจะเป็นทุกข์อยู่ แต่ยังรับรู้อารมณ์ของตนเอง และสามารถจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกของตนเองต่อแรงกดดันที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้อย่างเหมาะสมไม่จมอยู่กับทุกข์ (ด้านความทนทานทางอารมณ์; อิด) และที่สำคัญการจะฝ่าฟันปัญหาอุปสรรคไปได้ ส่วนหนึ่งต้องอาศัยกำลังใจที่ดี (ด้านกำลังใจ; อิด) ที่อาจสร้างขึ้นด้วยตนเองหรือได้รับจากครอบครัว คนใกล้ชิด เพื่อเป็นแรงผลักดันให้ลุกขึ้นสู้กับความรู้สึกท้อแท้ และเอาชนะอุปสรรคด้วยความหวัง (กรมสุขภาพจิต, 2563; พชรินทร์ นินทจันทร์, 2558; Grotberg, 1995) ดังนั้น นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายที่มีพลังสุขภาพจิตที่ดีจึงมีแนวโน้มที่จะมีความเครียดต่ำ

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่านักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา มัธยมศึกษา นครราชสีมา มีความเครียดอยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 41.88 และพบว่าปัจจัยด้านการเห็นคุณค่าในตนเองและพลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นปัจจัยนำเข้าในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมให้นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายเห็นคุณค่าในตนเองและมีพลังสุขภาพจิตที่ดี เพื่อลดการเกิดความเครียด ปรับตัวและเผชิญปัญหาในชีวิตได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1. ในการศึกษาพบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับสูง ควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม และหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างมีความเครียดในระดับรุนแรง ควรได้รับการช่วยเหลือจากครูอาจารย์ ผู้ปกครอง หรือหน่วยงานให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตอย่างทันท่วงที
2. ทางโรงเรียนควรจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรเพื่อพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองและพลังสุขภาพจิตให้แก่ นักเรียนทุกกลุ่มอย่างต่อเนื่อง และติดตามผลใกล้ชิดในกลุ่มที่เห็นคุณค่าในตนเองและพลังสุขภาพจิตต่ำ

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ควรศึกษาเชิงคุณภาพควบคู่กันกับการศึกษาเชิงปริมาณเกี่ยวกับปัจจัยและวิธีการเผชิญความเครียดที่มีความเฉพาะเจาะจงในรายบุคคล เพื่อหาแนวทางในการช่วยเหลือนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายที่มีความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองและพลังสุขภาพจิต จัดทำโปรแกรมพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองและพลังสุขภาพจิต เพื่อลดความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณาจารย์จากโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษานครราชสีมาที่เอื้ออำนวยในการเข้าไปเก็บข้อมูลวิจัย ขอขอบคุณนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 ที่เข้าร่วมการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ทุกท่าน และขอขอบคุณผู้ช่วยวิจัยทุกท่านที่เสียสละเวลาในการเก็บข้อมูลวิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- กษพรรณ สังข์สระสิทธิ์. (2561). การเห็นคุณค่าในตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาโรงเรียนราชประชานุเคราะห์ 45 จังหวัดกาญจนบุรี. ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- กรมสุขภาพจิต. (2563). เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี พลังสุขภาพจิต (RQ: Resilience quotient) (พิมพ์ครั้งที่ 4). ปิยอนด์พับลิชชิง.
- กรมสุขภาพจิต. (2564). ประเมินสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นไทยกว่า 1.8 แสนราย พบเครียดสูง เสี่ยงซึมเศร้า ติดจอติดเกมออนไลน์มากขึ้น!! สืบค้นเมื่อ 15 กรกฎาคม 2565, จาก <https://rb.gy/49qj>
- กรมสุขภาพจิต. (2564ข). ความพยายาม ไม่ท้อถอย จะช่วยสร้างความภาคภูมิใจให้กับตนเอง. สืบค้นเมื่อ 12 มีนาคม 2566, จาก <https://shorturl.asia/UPW0G>
- กรมสุขภาพจิต. (2565). เคล็ดลับบอกเล่าความเครียด. สืบค้นเมื่อ 19 กรกฎาคม 2565, จาก <https://dmh.go.th/news/view.asp?id=2469>
- เกียรติภูมิ วงศ์รจิต. (2563). กรมสุขภาพจิต เผยวัยรุ่นไทยปรึกษาสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ปี 62 พบ “ปัญหาเครียด” มากสุด แนะนำเทคนิคจัดการความเครียด. สืบค้นเมื่อ 19 กรกฎาคม 2565, จาก <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30744>
- ชนิกานต์ จำเหมือน, อานนท์ วรยิ่งยง, และวิฑูรย์ โล่สุนทร. (2559). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนบุรีรัมย์พิทยาคม. ธรรมชาติศาสตร์เวชสาร, 16(4), 642-649.

- ชุดิมา จิรัฐเกรียงไกร, นพพร ว่องสิริมาศ, วาริรัตน์ ถาน้อย, และสุภาภัก เกตราสุวรรณ. (2563). ปัจจัยทำนาย
สุขภาพทางจิตใจในวัยรุ่นตอนปลาย. *Nursing Sciences Journal of Thailand*, 39(2), 77-89.
- นิธสินี รุจิรังสีเจริญ, นิดา ลัมสุวรรณ, ศิริไชย หงส์สวนศรี, และบัญญัติ ยงยวน. (2564). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ
ความเครียดของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 66(1), 53-68.
- ปัญญาภรณ์ ธนกรนุวัฒน์. (2565). ความเครียดของกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ที่กำลังจะสอบเข้า
มหาวิทยาลัยปี 2566 (TCAS 66). *วารสารวิชาการสถาบันพัฒนาพระวิทยากร*, 5(4), 52-59.
- พรมมณี โซชิน. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในการเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย
โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยรามคำแหง [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต ไม่ได้ดีพิมพ์]. มหาวิทยาลัย
รามคำแหง.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์. (2558). ความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience). ใน พัทธรินทร์ นินทจันทร์ (บ.ก.), *ความ
แข็งแกร่งในชีวิต: แนวคิด การประเมิน และการประยุกต์ใช้* (น. 3-32). จุฑทอง.
- พิมพ์ชนก วชิรปราการสกุล, และศิริลักษณ์ ศุภปิติพร. (2565). การเห็นคุณค่าในตนเองและความรู้สึกเครียด
ในนักศึกษาคณะสัตวแพทยศาสตร์. *วารสารจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต*, 12(1), 49-63.
- วรรณกร พลพิชัย, และจันทร์ อุ้ยเอ็ง. (2561). การศึกษาความเครียดและวิธีเผชิญความเครียดของนักเรียน
ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในอำเภอเมือง จังหวัดตรัง. *วารสารนาคบุตรปริทรรศน์ มหาวิทยาลัยราช
ภัฏนครศรีธรรมราช*, 61(10), 94-106.
- วรรณพร คำพิลา, บังอร ศุภวิทพัฒนา, และนงลักษณ์ เกลิมสุข. (2562). ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
สัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส และความเครียดในการเลี้ยงดูบุตรของมารดาวัยรุ่นครั้งแรก. *วารสารการ
พยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 37(1), 98-107.
- วันัญญา แก้วแก้วปาน. (2564). การศึกษาความเครียดของนักเรียนวัยรุ่นชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนสังกัด
สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 10 จังหวัดสมุทรสงคราม. *วารสารศึกษาศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา*, 32(2), 13-28.
- ศศนัษสรณ์ ประสมทรัพย์, กิตติคุณ ปานน้อย, นิจนาวี คำไชยเทพ, ผกามาศ ไผ่ตรีมิตร, ศรีณย์ กอสนาน, และ
ลีอรัตน์ อนุรัตน์พานิช. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของนักศึกษาคณะเภสัชศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 30(6), 1122-1133.
- สมจิตร นราพานิช, และรัตนา พึ่งเสมอ. (2564). ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของนักศึกษายาบาลชั้นปีที่ 1
วิทยาลัยสภากาชาดไทย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 35(1), 128-145.
- สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. (2563). *เปิดสถิติวัยรุ่นไทยขอคำปรึกษาสายด่วนสุขภาพจิต
1323 มากสุดปัญหาความเครียดอันดับ 1*. สืบค้นเมื่อ 19 กรกฎาคม 2565, จาก <https://1300thailand.m-society.go.th/article/126>

- สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, และพิมพ์มาศ ตาปัญญา. (2540). การสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรง. *วารสารสวนปรง*, 13(3), 1-20.
- สุจิตรา กฤติยวรรณ. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับความเครียดของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี. *การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 2: เรื่อง สร้างเสริมสหวิทยาการ ผสมผสานวัฒนธรรมไทย ก้าวอย่างมั่นใจเข้าสู่ AC* (น. 1686-1698). อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยราชธานี.
- โสมรัช วิไลยุค. (2564). *วัคซีนกาย วัคซีนใจ*. สืบค้นเมื่อ 1 เมษายน 2566, จาก <https://www.rama.mahidol.ac.th/atrama/issue041/easy-living>.
- หงษ์ศิริ ภัยโยคิลกชัย, อรุณวรรณ กัมภูศิริพงษ์, มยุรี สวัสดิ์เมือง, และทัศนีย์ จันทรรณาส. (2558). ความเครียดและการแก้ปัญหาความเครียดของนักศึกษาสาขาวิชาเทคโนโลยีสารสนเทศทางธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลรัตนโกสินทร์ บพิตรพิมุข จักรวรรดิ. สืบค้นเมื่อ 15 มิถุนายน 2565, จาก http://110.164.147.155/kmhealth_new/Document/psychiatry/adult/P1.2.10.pdf
- อ้อยทิพย์ บัวจันทร์, ธมลวรรณ สวัสดิ์สิงห์, ณัฐปภัสน์ นวลสีทอง, และเทพไทย โชติชัย. (2562). ความแข็งแรงในชีวิตและความเครียดของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ. *วารสารบัณฑิตศึกษามหาจุฬาลงกรณ์*, 6(4), 258-269.
- Askun, D.C., Fatih, C., & Erkut, T. (2015). The role of proximal and distal resilience factors and locus of control in understanding hope, self-esteem and academic achievement among Turkish pre-adolescents. *Psychology*, 34, 321–345. <https://doi.org/10.1007/s12144-014-9260-3>
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
- Goel, A., & Bardhan, S. (2016). Effect of stress on self-efficacy and emotional intelligence among college students of humanities and sciences: A study on gender differences. *International Journal of Applied Research*, 2(12), 318-328.
- Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. The Bernard Van Leer Foundation.
- Mool, R., & Sabita. (2021). Academic stress of adolescents in relation to self-esteem. *International Journal of Research and Analytical Reviews*, 8(1), 172-181.

- Nikitha, S., Jose, T., & Valsaraj, B.P. (2014). A correlational study on academic stress and self-esteem among higher secondary students in selected schools of Udupi district. *Nitte University Journal of Health Science*, 4(1), 106-108. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1703742>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.
<https://doi.org/10.1515/9781400876136>
- Shi, M., Wang, X., Bian, Y., & Wang, L. (2015). The mediating role of resilience in the relationship between stress and life satisfaction among Chinese medical students: A cross-sectional study. *BMC Medical Education*, 15(16), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12909-015-0297-2>
- Wongpakaran, T., & Wongpakaran, N. (2012). A reliability and construct validity comparison between the original and the revised version of the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Psychiatry Investing*, 9(1), 54-58. <https://doi.org/10.4306/pi.2012.9.1.54>

ผลของการใช้กล่องของเล่นภูมิปัญญาไทยต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

ญาณภัทร นิยมสัจย์, พย.ม.^{1*}

ศรีมณีนยา นิยมคำ, ประ.ด.²

วิระยุทธ อินพะเนา, พย.ม.¹

พิชญานันท์ แก้วอำไพ, พย.ม.¹

วิไล ผดุงตาล, ศษ.ม.³

(วันที่ส่งบทความ: 15 กุมภาพันธ์ 2566; วันที่แก้ไข: 6 พฤศจิกายน 2566; วันที่ตอบรับ: 1 ธันวาคม 2566)

บทคัดย่อ

เด็กปฐมวัยเป็นช่วงวัยสำคัญต่อการพัฒนาให้เป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณค่าของประเทศ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากล่องของเล่นภูมิปัญญาไทยและศึกษาประสิทธิภาพต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 72 คน กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน และการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย กลุ่มละ 36 คน โดยทั้งสองกลุ่มมีอายุและเพศอยู่ในระดับเดียวกัน กลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมพัฒนาการด้วยกล่องของเล่นภูมิปัญญาไทย ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการส่งเสริมพัฒนาการตามแนวปฏิบัติของศูนย์ เป็นเวลา 1 เดือน เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบวัดพัฒนาการด้านจริยธรรมสำหรับเด็กปฐมวัย 2) แบบวัดพัฒนาการด้านเพศสำหรับเด็กปฐมวัย 3) แบบบันทึกการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามช่วงอายุ โดยเครื่องมือมีความเชื่อมั่น 0.75 0.77 และ 0.82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test สถิติ Mann Whitney U test สถิติ Chi square test สถิติ t-test และสถิติ Generalized Estimating Equation ผลการศึกษาพบว่า พัฒนาการของเด็กปฐมวัยภายหลังการส่งเสริมด้วยกล่องของเล่นภูมิปัญญาไทยสูงกว่าก่อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และพัฒนาการของเด็กปฐมวัยกลุ่มที่ส่งเสริมด้วยกล่องของเล่นภูมิปัญญาไทยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการตามแนวปฏิบัติของศูนย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จึงสามารถนำกล่องของเล่นภูมิปัญญาไทยไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต่อไป

คำสำคัญ: กล่องของเล่นภูมิปัญญาไทย, พัฒนาการ, เด็กปฐมวัย

¹ อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
กระทรวงสาธารณสุข

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

³ ครู วิทยฐานะครูชำนาญการพิเศษ, ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสวนหม่อน จังหวัดนครราชสีมา

* ผู้ประพันธ์บทความ: ญาณภัทร นิยมสัจย์, Email: kanyapat@knc.ac.th

Effects of Thai Traditional Toys on Early Childhood Development

Yapat Niyomsat, M.N.S.^{1*}

Srimana Niyomkar, Ph.D.²

Weerayuth Inpanao, M.N.S.¹

Phitchayanat Kaewampai, M.N.S.¹

Vilai Padugtan, M.Ed.³

(Received: February 15th, 2023; Revised: November 6th, 2023; Accepted: December 1st, 2023)

Abstract

Early childhood is a critical stage of development to become a valuable member of society. The objectives of this study were to develop and examine the effects of Thai Traditional Toys on early childhood development. The study samples were 72 students from a child development center in Nakhon Ratchasima, Thailand. They were selected by multi-stage sampling and simple random sampling. They were assigned to either the control or experimental group, 36 in each. The two groups were pair-matched by age and gender. The experimental group was promoted their development by using Thai Traditional Toys, whereas the control group was promoted their development by using the child development center's guidelines as usual, for 1 month. The research instruments were three in total: 1) A moral development assessment form, 2) A sexual development assessment form, and 3) A developmental surveillance and promotion record. The reliability of each instrument was as follows: 0.75, 0.77, and 0.82. Data were analyzed using descriptive statistics, and hypotheses were tested by t-test Wilcoxon signed rank test, Mann Whitney U test, Chi-square test, t-test, and Generalized Estimating Equation. The study found that children who received the Thai Traditional Toys had significantly higher developmental scores than children who did not ($p < 0.05$). The experimental group also had significantly higher developmental scores than the control group ($p < 0.05$). Therefore, the findings of this study indicate the effectiveness of Thai Traditional Toys in promoting Thai early childhood development in child development centers.

Keywords: Thai traditional toys, child development, early childhood

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

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

³ Senior Professional Level Teachers, Suan Mon child development center Nakhon Ratchasima

* Corresponding author: Yapat Niyomsat, Email: kanyapat@knc.ac.th

บทนำ

“เด็กในวันนี้ คือผู้ใหญ่ในวันหน้า” มีนัยถึงเด็กคือทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณค่าของประเทศ เป็นกำลังสำคัญที่ต้องเติบโตขึ้นและพัฒนาชาติบ้านเมืองให้เจริญก้าวหน้า มั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน ดังนั้นอนาคตของประเทศนั้นจะเป็นเช่นไรย่อมขึ้นอยู่กับคุณภาพของเด็กในวันนี้ การพัฒนาคนให้เติบโตอย่างมีคุณภาพนั้นต้องเริ่มตั้งแต่ช่วงปฐมวัย พัฒนาการของเด็กตั้งแต่แรกเกิดถึง 5 ปี ถือเป็นก้าวที่สำคัญของการเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพเด็กเพื่อให้เติบโตอย่างมีคุณภาพ จึงเปรียบเสมือนการลงทุนทางสังคมเพื่ออนาคตซึ่งให้ผลตอบแทนสูง 6.7-17.6 เท่า (Walker et al, 2011) แม้การส่งเสริมพัฒนาการเป็นเรื่องที่สำคัญและจำเป็นแต่กลับพบข้อมูลว่าเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการไม่สมวัย

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่าเด็กทั่วโลกประมาณร้อยละ 20-25 มีพัฒนาการไม่สมวัย (World Health Organization [WHO], 2020) เช่นเดียวกับการศึกษาระยะยาวระหว่าง ค.ศ. 1990-2016 จาก 195 ประเทศทั่วโลก พบว่ามีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่มีพัฒนาการไม่สมวัยถึง 52.9 ล้านราย (Olusanya et al, 2018) สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2553, 2557 และ 2560 พบว่าเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 73.40, 72.00 และ 67.50 ตามลำดับ (จินตนา พัฒนพงศ์ธร, 2561) ซึ่งมีแนวโน้มลดลงและไม่บรรลุตามค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้คือเด็กมีพัฒนาการสมวัยไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2566) มีข้อมูลที่น่าสนใจว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีเด็กที่พัฒนาการสมวัยเพียงร้อยละ 50-60 เท่านั้นเมื่อเทียบกับภูมิภาคอื่นของประเทศไทย (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่ามีการพัฒนาการด้านภาษาล่าช้ามากที่สุด รองลงมาคือด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ (บำเพ็ญ พงศ์เพชรดิศ และบุษบา อรรถาวิโร, 2566) และจากผลการวิจัยตลอด 20 ปีที่ผ่านมาของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าเด็กอายุ 3 - 5 ปี มีพัฒนาการสมวัยน้อยกว่าเด็กอายุ 0 - 2 ปีทั้งที่เป็นเด็กที่เข้าสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแล้ว และอาจเป็นสาเหตุหนึ่งของการศึกษาเด็กไทยที่กำลังเป็นปัญหาใหญ่ในขณะนี้ ประมาณร้อยละ 10-15 ของเด็กไทยชั้น ป.3 และ ป.6 “อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ คิดไม่เป็น” (สุริย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์ และคณะ, 2561) การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยจึงเป็นเรื่องที่ท้าทายและมีความสำคัญอย่างยิ่ง

วิถีแห่งการเรียนรู้ที่เป็นธรรมชาติและง่ายที่สุดสำหรับเด็กคือการเล่น การเล่นเป็นกิจกรรมที่จะทำให้เด็กเป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อมในโลกได้อย่างสมบูรณ์ (Piaget, 1972) เป็นกระบวนการที่มีผลช่วยส่งเสริมพัฒนาการทุกด้าน และยังเป็นสัญลักษณ์ของการถ่ายทอดประสบการณ์ของเด็ก (รมร เข้มประทุม, 2559) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ารูปแบบหนึ่งของการเล่นที่สามารถส่งเสริมพัฒนาการได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านสติปัญญา ด้านภาษา ด้านสังคมและอารมณ์ ด้านคุณธรรมจริยธรรม และด้านการเคลื่อนไหว คือการเล่นพื้นบ้าน (Durojaiye, 1977) การเล่นพื้นบ้านเป็นกิจกรรมการเล่นในยามว่างของเด็กไทยที่มีมาแต่โบราณ

กาล และสืบทอดต่อกันมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน โดยของเล่นพื้นบ้านเป็นสิ่งของวัสดุที่นำมาเล่นโดยทำมาจากวัสดุที่หาง่ายในท้องถิ่น เป็นผลผลิตจากธรรมชาติหรืออาจเหลือใช้จากธรรมชาติก็ได้ (กุสุมาลี โพธิ์ปัสสา, 2562) การใช้ของเล่นภูมิปัญญาไทยในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จะช่วยให้เด็กเรียนรู้ผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 5 การดูของเล่นที่มีสีสันสดใส การสัมผัสกับของเล่นที่มีรูปร่างต่าง ๆ เป็นของเล่นที่คุ้นเคยเพราะมาจากแหล่งเรียนรู้ใกล้ตัวในท้องถิ่น การมีอุปกรณ์ของเล่นช่วยให้เด็กมีความคิดสร้างสรรค์ในการเล่น เล่นได้ซับซ้อนและนานขึ้น สามารถเล่นเป็นทีมหรือเป็นกลุ่มเพื่อฝึกการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ได้ฟังพาอาศัยกัน ฝึกการปรับตัวตามกติกาของการเล่นแต่ละชนิด ฝึกพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กจากการหยิบ จับ การวาดภาพ ฝึกพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ผ่านการเดิน การกระโดด การวิ่ง ฝึกพัฒนาการทางภาษาจากการฟัง นิทาน ฟังเพลงกล่อมเด็ก นอกจากจะได้จินตนาการตามสิ่งที่ได้ยิน ได้ฟังแล้วยังช่วยพัฒนาด้านคุณธรรม จริยธรรม การรู้จักผิดชอบชั่วดี การเห็นแบบอย่างที่ดีจากเรื่องราวที่ได้ฟังในด้านความอดทน ขยัน ความกตัญญู ความเสียสละ และความพอเพียง ระหว่างการเล่นเด็กมีความรู้สึกสนุกสนาน ที่สำคัญยังช่วยสืบสานภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เป็นภูมิปัญญาที่ทรงคุณค่าให้คงอยู่คู่ประเทศไทยต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ทั้งในเด็กกลุ่มที่มีพัฒนาการปกติ (ชลธิพร นาห้วนนิล และคณะ, 2563; จินตนา นิลทวี และสมพร ชาลีเครือ, 2564) และเด็กกลุ่มที่มีความต้องการพิเศษ (ธนวัฒน์ ปากหวาน, 2564) เมื่อวิเคราะห์พบว่างานวิจัยที่ผ่านมาศึกษาพัฒนาการในด้านใดด้านหนึ่ง ดังเช่นพัฒนาการด้านสังคม (จินตนา นิลทวี และสมพร ชาลีเครือ, 2564) พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ (ชลธิพร นาห้วนนิล และคณะ, 2563; ฟาลาดี หมดเต๊ะ, 2557) พัฒนาการทางคณิตศาสตร์ (จันทร์เพ็ญ ไชยมงคล และปัทมาวดี เล่ห์มงคล, 2564) พัฒนาการด้านสติปัญญา (Pahenra et al., 2021) ซึ่งไม่ครอบคลุมพัฒนาการทุกด้านในเด็กปฐมวัย โดยเฉพาะพัฒนาการด้านเพศ การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศซึ่งอาจมีบริบทและความเชื่อที่แตกต่างจากประเทศไทย คนไทยมักมีเงินออมเมื่อพูดถึงเรื่องเพศ (อรรพรณ ชมดง และอรทัย เพ็ญยุระ, 2557) อนึ่งยังเป็นการศึกษาการละเล่นที่เฉพาะเจาะจงแต่ละพื้นที่ ซึ่งไม่ครอบคลุมการเล่นพื้นบ้านทุกภูมิภาคของประเทศไทย นอกจากนี้การศึกษาที่ผ่านมาศึกษาประสิทธิภาพของการละเล่นในเด็กปฐมวัยกลุ่มเดียว ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ จึงอาจไม่สามารถให้คำตอบที่ชัดเจนได้ถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยใช้กล่องของเล่นภูมิปัญญาไทย เพื่อนำผลการศึกษาและการพัฒนาที่ได้มาเป็นรูปแบบและแนวทางในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย เมื่อเด็กปฐมวัยได้รับการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเพิ่มมากขึ้น ย่อมส่งผลให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการที่สมวัยเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่ทรงคุณค่าในอนาคตของประเทศไทยสืบไป

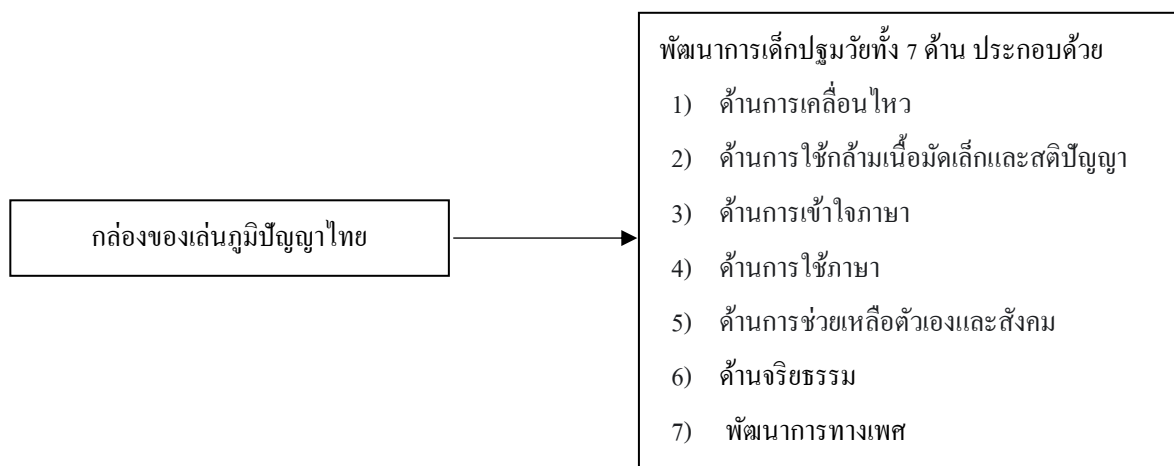
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพัฒนาการเด็กปฐมวัยก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมพัฒนาการ

2. เพื่อเปรียบเทียบพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา ด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม ด้านจริยธรรม และพัฒนาการทางเพศ ระหว่างเด็กปฐมวัยที่ได้รับการส่งเสริมด้วยกล่องของเล่นภูมิปัญญาไทยและเด็กปฐมวัยที่ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของกล่องของเล่นภูมิปัญญาไทย ต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภูมิปัญญาไทยด้านการละเล่นพื้นบ้าน พัฒนาการของเด็กปฐมวัย และแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเล่นแบบกระบวนการทางความคิดการคิดของ Piaget (1963) และทฤษฎีแห่งวิวัฒนาการของ Olson (1959) โดยกล่องของเล่นภูมิปัญญาไทยพัฒนาขึ้นบนพื้นฐานของการเล่นและการเล่านิทาน ประกอบด้วย 15 กิจกรรม ได้แก่ เพลงกล่อมไทย การเล่านิทานพื้นบ้าน และการละเล่นพื้นบ้าน เพื่อส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัยทั้ง 7 ด้าน หากเด็กปฐมวัยได้รับการส่งเสริมพัฒนาการอย่างถูกต้องและเหมาะสม จะส่งผลให้เด็กเติบโตขึ้นเป็นกำลังสำคัญเพื่อพัฒนาชาติบ้านเมืองให้เจริญก้าวหน้า มั่นคง มั่งคั่ง และอนุรักษวัฒนธรรมไทยให้ยั่งยืนสืบต่อไป ดังภาพ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (Two group pretest-posttest design) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ เด็กเพศชายและหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 2 ปี ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ซึ่งกำลังศึกษาอยู่ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 2 แห่ง สังกัดเทศบาลนครนครราชสีมา อำเภอเมืองนครราชสีมา

จังหวัดนครราชสีมา ในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2565 จำนวน 72 คน กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน และการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ด้วยวิธีจับฉลากแบบไม่ใส่คืน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ อ้างอิงจากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกันกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย คือการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดแม่ฮ่องสอน (ปฐม นวลคำ, 2560) คำนวณค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ตามสูตรของกลาส (Glass et al., 1981) ได้ 0.66 กำหนดค่าอำนาจการทำนาย (Power of test) ที่ .80 (Polit, 2010) และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ผู้วิจัยกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตามกำหนดร้อยละ 20 (Polit, 2010) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 72 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 36 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 36 คน สุ่มตัวอย่างด้วยการจับคู่ โดยทั้งสองกลุ่มมีอายุและเพศอยู่ในระดับเดียวกัน กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือสามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจตามพัฒนาการของวัย และไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคที่มีผลต่อพัฒนาการ

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา เลขรับรอง COA No. 2/2565 ก่อนเริ่มดำเนินโครงการ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กปฐมวัย ถือว่าอยู่ในกลุ่มเปราะบางคือกลุ่มที่ไม่มีอิสระพอในการตัดสินใจ ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิโดยการขออนุญาตกับผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูลโครงการวิจัย และสิทธิในการถอนตัวได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องบอกเหตุผลและไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้จะปกปิดเป็นความลับ โดยจะนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้นและไม่มีการเปิดเผยชื่อ

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1.1 กล่องของเล่นภูมิปัญญาไทย

เป็นกล่องที่มีวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการส่งเสริมพัฒนาการสำหรับเด็กปฐมวัยบนพื้นฐานของการเล่นและการเล่านิทาน จำนวน 15 กิจกรรม เพื่อส่งเสริมพัฒนาการให้ครอบคลุมทั้ง 7 ด้าน คือด้านการเคลื่อนไหว ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา ด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม ด้านจริยธรรม และพัฒนาการทางเพศ ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้ 1) หนังสือนิทานพื้นบ้าน จำนวน 5 เรื่อง 2) QR code เพลงกล่อมเด็ก จำนวน 4 เพลง 3) สมุดวาดภาพระบายสีวาดลายไทย 4) อุปกรณ์ติดลูกแก้ว 5) อุปกรณ์เล่นขายของ 6) ตุ๊กตุน้อยแสน 7) ผ้าสำหรับเล่นมอญซ่อนผ้า 8) อุปกรณ์เดินกะลา 9) การ์ดการเล่นกระต่ายขาเดียว 10) การ์ดการเล่นรีรีข้าวสาร 11) การ์ดการเล่นงูกินหาง 12) ตุ๊กตาชาหยิง พร้อมชุดประจำภาค 13) การ์ดการเล่นจ้ำจี้ 14) อุปกรณ์เป่ากบ และ 15) ปั้นดินให้เป็นดาว

ผู้วิจัยพัฒนากล่องของเล่นภูมิปัญญาไทยขึ้นโดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภูมิปัญญาไทยด้านการละเล่นพื้นบ้านในรูปแบบที่หลากหลายซึ่งครอบคลุมทุกภูมิภาคของประเทศไทย แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในด้านต่างๆ รวมถึงสัมภาษณ์ปราชญ์ชาวบ้านที่มีความรู้เกี่ยวกับการละเล่นพื้นบ้าน มาสังเคราะห์และสร้างกล่องของเล่นภูมิปัญญาไทย ภายหลังการสร้างกล่องของเล่นภูมิปัญญาไทยผู้วิจัยได้มีการทดสอบคุณภาพก่อนทดลองใช้ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ในด้านการออกแบบ ด้านการใช้งาน ด้านความปลอดภัย และด้านประโยชน์ที่ได้รับ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยปราชญ์ชาวบ้านด้านการละเล่นไทย 1 ท่าน ครูปฐมวัย 1 ท่าน พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพเด็ก 1 ท่าน แพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 1 ท่าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีลักษณะแบบปรนัย จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติปัญหาด้านพฤติกรรมหรือพัฒนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองและเด็ก อาชีพของผู้ปกครอง และภาวะโภชนาการ โดยใช้ข้อมูลจากทะเบียนประวัตินักเรียน

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามช่วงอายุ โดยพ่อแม่ผู้ปกครอง ครู ผู้ดูแลเด็ก และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual [DSPM]) พัฒนาโดยสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2563) เป็นแบบประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิด ถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ในพัฒนาการ 5 ด้าน คือด้านการเคลื่อนไหว ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา และด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม โดยเครื่องมือมีความไวในการคัดกรอง (Sensitivity) เท่ากับ 96.04 และความจำเพาะของแบบทดสอบ (Specificity) เท่ากับ 64.67 ซึ่งเป็นค่าที่ได้มาตรฐานและน่าเชื่อถือ ผลการประเมินแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) พัฒนาการสมวัย คือเด็กที่ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการตามช่วงวัย ผ่านการประเมินทั้ง 5 ด้าน และ 2) พัฒนาการไม่สมวัย คือเด็กที่ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการตามช่วงวัยไม่ผ่านการประเมินด้านใดด้านหนึ่งหรือทุกด้าน ในกลุ่มที่มีพัฒนาการสมวัยผู้วิจัยใช้การแปลผลพัฒนาการโดยพิจารณาความสามารถสูงสุดของพัฒนาการเด็กปฐมวัยออกมาเป็นอายุ เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง หากพัฒนาการที่ประเมินได้เกินความสามารถสูงสุดของอายุนั้นจะเป็นพัฒนาการก้าวหน้า พัฒนาการก้าวหน้า 1 ช่วงคือ ความสามารถสูงสุดตามแบบประเมินเกินมา 1 ช่วงอายุ และพัฒนาการก้าวหน้ามากกว่า 1 ช่วงคือ ความสามารถสูงสุดตามแบบประเมินเกินมามากกว่า 1 ช่วงอายุ

ส่วนที่ 3 แบบวัดพัฒนาการทางด้านจริยธรรม เป็นประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรมการแสดงออกทางด้านจริยธรรมของเด็กปฐมวัย ในคุณธรรม 6 ด้าน คือ ความสุภาพเรียบร้อย ความมีเหตุผล ความกตัญญู กตเวที ความสามัคคี ความซื่อสัตย์ และความขยันหมั่นเพียร ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามทฤษฎีการพัฒนาการทางจริยธรรมของ Kohlberg (1981) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ลักษณะแบบวัดเป็นรูปภาพประกอบสถานการณ์ จำนวน 12 ข้อ ซึ่งแต่ละข้อเป็นแบบปลายปิด ลักษณะเป็นปรนัย คำตอบมีลักษณะเป็นแนวทางในการเลือกปฏิบัติให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ 0 และ 1 คะแนนรวมมีค่า 0-12 คะแนน การแปลผลคะแนนตั้งแต่ 9 คะแนนขึ้นไป หมายถึงเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการทางด้านจริยธรรมระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบวัดพัฒนาการด้านเพศ เป็นแบบประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรมการแสดงออกทางเพศของเด็กปฐมวัย เกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างเพศ บทบาทที่เหมาะสมกับเพศ ความภาคภูมิใจในเพศ และการป้องกันปัญหาการล่วงละเมิดทางเพศที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของ Freud (1917) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบปลายปิด จำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ (Rating scale) คะแนนรวมมีค่า 14-70 คะแนน การแปลผลคะแนนตั้งแต่ 52 คะแนนขึ้นไป หมายถึงเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการทางเพศระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบวัดพัฒนาการด้านจริยธรรม และแบบวัดพัฒนาการด้านเพศ ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ จำนวน 5 ท่าน คือปราชญ์ชาวบ้านด้านการละเล่นไทย ครูปฐมวัย พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพเด็ก แพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา คือ 1

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย โดยค่าความเที่ยงด้วยวิธีทดสอบซ้ำ (Test-retest reliability) ของแบบบันทึกการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามช่วงอายุ เท่ากับ 0.82 ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดพัฒนาการด้านจริยธรรม โดยสูตร Kuder and Richardson 20 (KR20) คือ 0.75 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบวัดพัฒนาการด้านเพศ คือ 0.77

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ผู้วิจัยมีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมผู้ช่วยวิจัย

ผู้วิจัยคัดเลือกครูที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นผู้ช่วยวิจัยเพื่อดำเนินการวิจัย และรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 คน โดยครูปฐมวัยคนที่หนึ่งเป็นผู้ใช้กล่องของเล่นภูมิปัญญาไทยในการส่งเสริมพัฒนาการ

เด็กปฐมวัย ส่วนครุคนที่ 2 เป็นผู้เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย เครื่องมือ และฝึกอบรมครูในการใช้กล่องของเล่นภูมิปัญญาไทย ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของการใช้กล่องของเล่นภูมิปัญญาไทยของผู้ช่วยวิจัยจนถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยเก็บข้อมูลในช่วงเวลาเดียวกันทั้ง 2 กลุ่ม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ช่วงเวลา	กลุ่มเปรียบเทียบ	กลุ่มทดลอง
วันที่ 1	2.1 ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย และให้ผู้ปกครองลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัยในเอกสาร 2.2 รวบรวมข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ข้อมูลจากทะเบียนประวัตินักเรียนในแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของเด็กปฐมวัย 2.3 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้แบบบันทึกการเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามช่วงอายุ โดยพ่อแม่ ผู้ปกครอง ครู ผู้ดูแลเด็ก และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แบบวัดพัฒนาการทางด้านจริยธรรม และแบบวัดพัฒนาการทางเพศ ใช้เวลา 45 นาที	2.1 ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย และให้ผู้ปกครองลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัยในเอกสาร 2.2 รวบรวมข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ข้อมูลจากทะเบียนประวัตินักเรียนในแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของเด็กปฐมวัย 2.3 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้แบบบันทึกการเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามช่วงอายุ โดยพ่อแม่ ผู้ปกครอง ครู ผู้ดูแลเด็ก และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แบบวัดพัฒนาการทางด้านจริยธรรม และแบบวัดพัฒนาการทางเพศ ใช้เวลา 45 นาที 2.4 สร้างไลน์กลุ่มเพื่อใช้ในการกำกับติดตามกระตุ้นเตือน และให้คำปรึกษา
สัปดาห์ที่ 1 ถึง 3	2.4 ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามแนวปฏิบัติของศูนย์ โดยครูที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์	2.5 ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยกล่องของเล่นภูมิปัญญาไทยตามแผนการจัดประสบการณ์ และคู่มือการเล่น เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ รายละเอียดแผนการจัดประสบการณ์โดยใช้กล่องของเล่นภูมิปัญญาไทย ดังตารางที่ 2 2.6 เมื่อเด็กปฐมวัยสามารถเล่นกิจกรรมบรรลุวัตถุประสงค์ในแต่ละกิจกรรม จะได้รับสติ๊กเกอร์สะสมประสบการณ์สำหรับติดสมุดบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรม โดยให้เด็กปฐมวัยเป็นผู้ติดสติ๊กเกอร์ด้วยตนเอง คุณครูปฐมวัยกล่าวชื่นชมเด็ก เพื่อส่งเสริมความภาคภูมิใจ

ช่วงเวลา	กลุ่มเปรียบเทียบ	กลุ่มทดลอง
สัปดาห์ที่ 4	2.5 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) โดยใช้แบบบันทึกการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามช่วงอายุ โดยพ่อแม่ ผู้ปกครอง ครู ผู้ดูแลเด็ก และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แบบวัดพัฒนาการทางด้านจริยธรรมและแบบวัดพัฒนาการทางเพศ ใช้เวลา 45 นาที 2.6 หากพบว่ากล่องของเล่นภูมิปัญญาไทยมีประสิทธิภาพตามที่กำหนด ผู้วิจัยพินิจสิทธิ์ของกลุ่มเปรียบเทียบโดยให้ข้อมูลการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยกล่องของเล่นภูมิปัญญาไทยกับครูที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 2.7 ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล	2.7 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) โดยใช้แบบบันทึกการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามช่วงอายุ โดยพ่อแม่ ผู้ปกครอง ครู ผู้ดูแลเด็ก และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แบบวัดพัฒนาการทางด้านจริยธรรมและแบบวัดพัฒนาการทางเพศ ใช้เวลา 45 นาที 2.8 ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางที่ 2 แผนการจัดประสบการณ์โดยใช้กล่องของเล่นภูมิปัญญาไทย

สัปดาห์ที่	กิจกรรม	เวลา	หมายเหตุ
สัปดาห์ที่ 1			
จันทร์	- เล่านิทาน (พิกลทอง) - เพลงกล่อมเด็ก - วาดภาพระบายสีวาดลายไทย - จำใจ - เดินกะลา	2 ชั่วโมง	- เพลงกล่อมเด็กให้เปิดก่อนนอน - กิจกรรมอื่นสามารถจัดก่อนหลังได้ตามความเหมาะสม
อังคาร	- เล่านิทาน (จันทโครพ) - เพลงกล่อมเด็ก - ปั่นดินให้เป็นดาว - ภูิกินหาง	2 ชั่วโมง	- เพลงกล่อมเด็กให้เปิดก่อนนอน - กิจกรรมอื่นสามารถจัดก่อนหลังได้ตามความเหมาะสม
พุธ	- เล่านิทาน (สังข์ทอง) - เพลงกล่อมเด็ก - แต่งตัวตุ๊กตาชาย- หญิง - มอญซ่อนผ้า	2 ชั่วโมง	- เพลงกล่อมเด็กให้เปิดก่อนนอน - กิจกรรมอื่นสามารถจัดก่อนหลังได้ตามความเหมาะสม

ลำดับที่	กิจกรรม	เวลา	หมายเหตุ
พลุหัดสปีด	- เล่นนิทาน (ปลาตู้ทอง) - เพลงกล่อมเด็ก - เล่นขายของ - กระต่ายขาเดียว - เป่ากบ	2 ชั่วโมง	- เพลงกล่อมเด็กให้เปิดก่อนนอน - กิจกรรมอื่นสามารถจัดก่อนหลังได้ตามความเหมาะสม
สุกัร	- เล่นนิทาน (นกกระจาบแตกความสามัคคี) - เพลงกล่อมเด็ก - ดัดลูกแก้ว - ทอยเส้น - รีรข้าวสาร	2 ชั่วโมง	- เพลงกล่อมเด็กให้เปิดก่อนนอน - กิจกรรมอื่นสามารถจัดก่อนหลังได้ตามความเหมาะสม

ลำดับที่ 2 3 และ 4 คงเดิม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล มีดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย

2. เปรียบเทียบพัฒนาการของเด็กปฐมวัยด้านการเคลื่อนไหว ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา ด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม ก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมพัฒนาการ ทดสอบด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi square test) และเปรียบเทียบระหว่างเด็กปฐมวัยที่ได้รับการส่งเสริมด้วยกลองของเล่นภูมิปัญญาไทยและเด็กปฐมวัยที่ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการตามปกติ ทดสอบด้วยการวิเคราะห์สมการประมาณค่าร้อยละ (Generalized Estimating Equation) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

3. เปรียบเทียบพัฒนาการด้านจริยธรรมของเด็กปฐมวัยก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมพัฒนาการ ทดสอบด้วยสถิติทดสอบทีไม่เป็นอิสระ (Paired t-test) และเปรียบเทียบระหว่างเด็กปฐมวัยที่ได้รับการส่งเสริมด้วยกลองของเล่นภูมิปัญญาไทยและเด็กปฐมวัยที่ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการตามปกติ ทดสอบด้วยสถิติทดสอบทีที่เป็นอิสระ (Independent t-test) เนื่องจากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test of Normality ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($\alpha > 0.05$) พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ

4. เปรียบเทียบพัฒนาการทางเพศก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมพัฒนาการ ทดสอบด้วยสถิติวิลคอกซัน (Wilcoxon signed ranks test) และเปรียบเทียบระหว่างเด็กปฐมวัยที่ได้รับการส่งเสริมด้วยกลอง

ของเล่นภูมิปัญญาไทยและเด็กปฐมวัยที่ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการตามปกติ ทดสอบด้วยสถิติแมน-วิทนีส์ยู (Mann-Whitney U test) เนื่องจากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test of Normality ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($\alpha > 0.05$) พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

ลักษณะข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 72 คน แบ่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ 36 คน และกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการส่งเสริมพัฒนาการด้วยกล่องของเล่นภูมิปัญญาไทย 36 คน โดยกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 3.35 ปี ($SD = 0.44$) ทั้งหมดไม่มีโรคประจำตัวและไม่มีปัญหาด้านพฤติกรรมหรือพัฒนาการ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 55.6) อาศัยอยู่กับบิดา/มารดา (ร้อยละ 91.6) ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีอาชีพทำไร่/ทำนา/ทำสวน (ร้อยละ 69.4) มีน้ำหนักตามเกณฑ์อายุอยู่ในช่วงน้ำหนักก่อนข้างน้อย (ร้อยละ 72.2) ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุอยู่ในช่วงส่วนสูงตามเกณฑ์ (ร้อยละ 83.3) และน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงอยู่ในช่วงสมส่วน (ร้อยละ 69.4) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 3.33 ปี ($SD = 0.43$) ทั้งหมดไม่มีโรคประจำตัวและไม่มีปัญหาด้านพฤติกรรมหรือพัฒนาการ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 55.6) อาศัยอยู่กับบิดา/มารดา (ร้อยละ 77.8) ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีอาชีพทำไร่/ทำนา/ทำสวน (ร้อยละ 38.9) มีน้ำหนักตามเกณฑ์อายุอยู่ในช่วงน้ำหนักก่อนข้างน้อย (ร้อยละ 86.1) ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุอยู่ในช่วงส่วนสูงตามเกณฑ์ (ร้อยละ 88.9) และน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงอยู่ในช่วงสมส่วน (ร้อยละ 94.4) เมื่อเปรียบเทียบลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มพบว่าไม่แตกต่างกันในด้านเพศ และอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยนำเสนอตามวัตถุประสงค์มีรายละเอียด ดังนี้

1. ผลการเปรียบเทียบพัฒนาการของเด็กปฐมวัยด้านการเคลื่อนไหว ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา ด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม ก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมพัฒนาการ พบว่าก่อนทดลองทั้ง 2 กลุ่มมีพัฒนาการสมวัยทั้งหมด (ร้อยละ 100) ภายหลังได้รับการส่งเสริมพัฒนาการกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีพัฒนาการแตกต่างจากก่อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.01 และยังพบข้อมูลที่น่าสนใจว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีพัฒนาการก้าวหน้ามากกว่าหนึ่งช่วง (ร้อยละ 2.7) ภายหลังได้รับการส่งเสริมพัฒนาการด้วยกล่องของเล่นภูมิปัญญาไทย ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตารางเปรียบเทียบพัฒนาการ 5 ด้านของเด็กปฐมวัยก่อนและหลังการส่งเสริมพัฒนาการ

ระยะเวลา	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			χ^2	p-value
	ก้าวหน้า	ก้าวหน้า	ก้าวหน้า	ก้าวหน้า	ก้าวหน้า	ก้าวหน้า		
	1 ช่วง	มากกว่า 1 ช่วง	มากกว่า 1 ช่วง	1 ช่วง	มากกว่า 1 ช่วง	มากกว่า 1 ช่วง		
พัฒนาการ 5 ด้าน								
กลุ่มทดลอง	5 (13.9%)	5 (13.9%)	16 (44.4%)	15 (41.7%)	1 (2.7%)		37.98	.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	4 (11.1%)	4 (11.1%)	13 (36.1%)	13 (36.1%)			45.42	.008*

หมายเหตุ. n = กลุ่มละ 36 คน, * $p < .001$

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านจริยธรรมของเด็กปฐมวัยก่อนและหลังการส่งเสริมพัฒนาการ พบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านจริยธรรมหลังการส่งเสริมพัฒนาการสูงกว่า ก่อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.01 โดยกลุ่มทดลองมีพัฒนาการทางด้านจริยธรรมระดับสูง (ร้อยละ 97.2) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีพัฒนาการทางด้านจริยธรรมระดับสูง (ร้อยละ 77.8) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ตารางเปรียบเทียบพัฒนาการด้านจริยธรรมของเด็กปฐมวัยก่อนและหลังการส่งเสริมพัฒนาการ

ระยะเวลา	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		df	t	p-value
	M	SD	M	SD			
พัฒนาการด้านจริยธรรม							
กลุ่มทดลอง	7.25	2.37	11.33	0.97	35	-11.58	.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	7.64	2.64	10.17	1.95	35	-6.36	.001*

หมายเหตุ. n = กลุ่มละ 36 คน, * $p < .001$

3. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการทางเพศของเด็กปฐมวัยก่อนและหลังการส่งเสริมพัฒนาการ พบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการทางเพศหลังแตกต่างจากก่อนส่งเสริมพัฒนาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.01 โดยกลุ่มทดลองทั้งหมดมีพัฒนาการทางเพศระดับสูง (ร้อยละ 100) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีพัฒนาการทางเพศระดับสูง (ร้อยละ 97.2) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ตารางเปรียบเทียบคะแนนพัฒนาการทางเพศของเด็กปฐมวัยก่อนและหลังการส่งเสริมพัฒนาการ

ระยะเวลา	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	Z	p-value
	Mean rank	Mean rank		
พัฒนาการทางเพศ				
กลุ่มทดลอง	.00	18.50	-5.265	.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	.00	16.50	-4.950	.001*

หมายเหตุ. n = กลุ่มละ 36 คน, * $p < .001$

4. ผลการเปรียบเทียบพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา ด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม ระหว่างเด็กปฐมวัยที่ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการด้วยกล่องของเล่นภูมิปัญญาไทยและเด็กปฐมวัยที่ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการตามปกติ พบว่าก่อนการทดลองทั้ง 2 กลุ่มมีพัฒนาการ 5 ด้านไม่แตกต่างกัน ($\beta = .111$, $p = .441$) แต่ภายหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีพัฒนาการดีขึ้น ($\beta = -.004$, $p < .001$) และกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีแนวโน้มพัฒนาการก้าวหน้ามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($RR = .863$, $95\% CI = [.782-.952]$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.01 ($\beta = -.147$, $p = .003$) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ตารางเปรียบเทียบประสิทธิผลของการส่งเสริมพัฒนาการทั้ง 5 ด้านของเด็กปฐมวัย ด้วยวิธี Generalized Estimation Equation (GEE)

พารามิเตอร์	พัฒนาการก้าวหน้าเทียบกับ ไม่ก้าวหน้า			
	Estimation (SE)	RR (95% CI)	Wald Chi-square	P-Value
Intercept	1.856 (.429)	6.397 (2.758, 14.835)	18.694	.001*
ก่อนทดลอง:กลุ่มทดลองเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ	.111 (.144)	1.118 (.842, 1.483)	.594	.441
หลังทดลองเทียบกับก่อนทดลอง	-.004 (.001)	.996 (.994, .998)	18.193	.001*
หลังทดลอง:กลุ่มทดลองเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ	-.147 (.050)	.863 (.782, .952)	8.624	.003*

หมายเหตุ. n = กลุ่มละ 36 คน, * $p < .001$

5. ผลการเปรียบเทียบพัฒนาการด้านจริยธรรมระหว่างเด็กปฐมวัยที่ได้รับการส่งเสริมด้วยกล่องของเล่นภูมิปัญญาไทยและเด็กปฐมวัยที่ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการตามปกติ พบว่าคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านจริยธรรมของกลุ่มทดลอง ($M=11.33$, $SD=0.99$) สูงกว่าของกลุ่มเปรียบเทียบ ($M= 10.17$, $SD=1.95$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.01 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านจริยธรรม ของเด็กปฐมวัย

ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		df	t	p-value
	M	SD	M	SD			
พัฒนาการด้านจริยธรรม							
ก่อนการทดลอง	7.25	2.37	7.64	2.64	70	-.657	.262
หลังการทดลอง	11.33	0.99	10.17	1.95	70	3.205	.001*

หมายเหตุ. n = กลุ่มละ 36 คน, * $p < .001$

6. ผลการเปรียบเทียบพัฒนาการทางเพศระหว่างเด็กปฐมวัยที่ได้รับการส่งเสริมด้วยกล่องของเล่นภูมิปัญญาไทยและเด็กปฐมวัยที่ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการตามปกติ พบว่าคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการทางเพศของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.01 ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการทางเพศของเด็กปฐมวัย

ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ	Mann	
	Mean rank	Mean rank	Whitney U test	p-value
พัฒนาการทางเพศ				
ก่อนการทดลอง	43.43	29.57	-2.829	.005
หลังการทดลอง	47.10	25.90	-4.327	.001*

หมายเหตุ. n = กลุ่มละ 36 คน, * $p < .001$

อภิปรายผลการวิจัย

พัฒนาการของเด็กปฐมวัยภายหลังการส่งเสริมด้วยกล่องของเล่นภูมิปัญญาไทยสูงกว่าก่อนการส่งเสริม ทั้งนี้เนื่องจากกล่องของเล่นภูมิปัญญาไทยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเล่นแบบกระบวนการทางความคิดการคิดของ Piaget (1963) และทฤษฎีแห่งวิวัฒนาการของ Olson (1959) กล่าวคือการเล่นเป็นการถ่ายทอดเอกลักษณ์แห่งวัฒนธรรมจากรุ่นหนึ่งสู่อีกรุ่นหนึ่ง เพื่อส่งเสริมให้เด็กได้เรียนรู้สิ่งที่อยู่รอบตัว และยังเป็นกระบวนการที่ช่วยส่งเสริมพัฒนาการด้านสติปัญญาและเตรียมความพร้อมให้เด็กเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ อนุรักษ์และสืบสานวัฒนธรรมไทยให้คงอยู่สืบต่อไป การออกแบบกิจกรรมในกล่องของเล่นพัฒนาบนพื้นฐานของการเล่นและการเล่านิทาน จำนวน 15 กิจกรรม มีอุปกรณ์การเล่นที่หลากหลาย ทำให้เกิดความสนุกสนาน เพลิดเพลิน และสะท้อนถึงความงดงามของวัฒนธรรมไทยที่เป็นมรดกอันทรงคุณค่าที่สืบทอดมา ครูที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีแนวทางการจัดกิจกรรมโดยใช้แผนการจัดประสบการณ์โดยใช้กล่องของเล่นภูมิปัญญาไทย ซึ่งมีรายละเอียดกิจกรรมภายในแต่ละสัปดาห์ ระยะเวลา และผลลัพธ์ที่คาดหวังที่ชัดเจนในการส่งเสริมพัฒนาการทุกด้านอย่างครอบคลุม และมีความต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ มีการระบุถึงข้อควรระวังในแต่ละกิจกรรมเพื่อป้องกันอุบัติเหตุหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับเด็กปฐมวัย และเมื่อบรรลุนิติภาวะแต่ละกิจกรรม เด็กปฐมวัยจะได้รับสติ๊กเกอร์ส่งเสริมประสบการณ์ สำหรับติดสมุดบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรมจากครูปฐมวัย ซึ่งประกอบด้วยสติ๊กเกอร์ทั้งหมด 19 แบบ เป็นกิจกรรมการฟังนิทานพื้นบ้าน 5 แบบ กิจกรรมการฟังเพลงกล่อมไทย 1 แบบ และกิจกรรมการเล่นพื้นบ้าน 13 แบบ โดยให้เด็กปฐมวัยเป็นผู้คิดด้วยตนเอง ครูปฐมวัยกล่าวชื่นชมเด็ก เพื่อส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งเป็นพื้นฐานทางด้านจิตใจที่สำคัญ

การส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา จากการหยิบจับสิ่งของ การวาดภาพระบายสีวาดลายไทย การแปะติดภาพ ติดลูกแก้ว เล่นขายของ ทอยเส้น มอญซ่อนผ้า แต่งตัวตุ๊กตาชาย-หญิง จำใจ ปั่นดินให้เป็นดาว รีรข้าวสาร เป่ากบ ทำให้กล้ามเนื้อมัดเล็กแข็งแรง ขณะเดียวกันยังเป็นการส่งเสริมการใช้สายตาให้สัมพันธ์กับมือ ทั้งนี้การส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและมัดใหญ่ต้อง

ควบคู่กันไป เด็กปฐมวัยได้รับการส่งเสริมพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว ผ่านการยืน การเดิน การวิ่ง การโยน และการกำ รวมถึงการออกแบบการเคลื่อนไหวของร่างกายให้เหมาะสม ระหว่างการเล่นเป็นทีม เด็กปฐมวัยจะมีการปรับตัวเข้าร่วมกับผู้อื่นจากการเรียนรู้กติกาการเล่นเป็นทีม พุทธศาสนิกชนภายในกลุ่ม เป็นผลให้เกิดพัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม การส่งเสริมพัฒนาการทางด้านจริยธรรม เด็กปฐมวัยได้พัฒนาความสามารถในการกล้าแสดงออกทางกาย วาจา ใจ และสติปัญญาตามความสามารถของเด็กปฐมวัยโดยไม่มีการว่ากล่าว ตักเตือน ผ่านกิจกรรมการเล่นิทานพื้นบ้าน ซึ่งช่วยส่งเสริมคุณธรรมจริยธรรมใน 6 ด้าน คือด้านความสุภาพเรียบร้อย ความมีเหตุผล ความกตัญญูกตเวที ความสามัคคี ความซื่อสัตย์ และความขยันหมั่นเพียร เด็กจะได้เรียนรู้พฤติกรรมที่เหมาะสมผ่านตัวละครในนิทาน และได้ข้อคิดจากเรื่องราว รวมถึงการประยุกต์ใช้คุณธรรมแต่ละด้านในชีวิตประจำวัน เกิดการเชื่อมโยงข้อคิดจากนิทานเข้ากับประสบการณ์ส่วนตัว นำไปสู่การวางกรอบความคิดและการตัดสินใจทางจริยธรรม (ปัทมา ศิวะโกศิฐ และ วิมลทิพย์ มุสิกพันธ์, 2562) โดยตัวแบบที่เห็นจากภาพในหนังสือนิทาน ถ้าบอกเล่าด้วยคำพูดหรือข้อมูลที่เขียนเป็นลายลักษณ์อักษร จะช่วยให้เด็กปฐมวัยเกิดการสังเกต เรียนรู้ หล่อหลอม และเลียนแบบพฤติกรรมทางจริยธรรมที่เหมาะสมต่อไป (Bandura, 1989) รวมถึงการฟังเพลงกล่อมเด็กขณะนอนกลางวัน เด็กจะได้เรียนรู้พฤติกรรมที่เหมาะสมผ่านการฟังและการใช้กระบวนการคิดเป็นผลให้เกิดพัฒนาการด้านการใช้ภาษา และการเข้าใจภาษา อนึ่งยังช่วยส่งเสริมพัฒนาการทางเพศ ซึ่งพัฒนาการด้านเพศเป็นสิ่งจำเป็นและควรพัฒนาตั้งแต่ระดับปฐมวัยเพื่อเป็นจุดเริ่มต้นของการเรียนรู้ถึงวิธีการควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ที่เหมาะสม ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้สามารถส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศได้ในอนาคต (Balter et al., 2016) การเล่นกล่อของเล่นภูมิปัญญาไทยเด็กปฐมวัยจะมีความเข้าใจถึงอัตลักษณ์ทางเพศ ความแตกต่างระหว่างผู้หญิงและผู้ชาย อวัยวะของร่างกายที่ควรระมัดระวัง และความภาคภูมิใจในเพศ ผ่านการเล่นตุ๊กตา 4 ภาคและแฟลชการ์ด เด็กจะได้เรียนรู้สังเกตและเลียนแบบพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อให้สามารถปรับตัวและใช้ชีวิตการอยู่ร่วมกันในสังคมกับคนอื่นได้

การพัฒนาการของเด็กปฐมวัยกลุ่มที่ส่งเสริมด้วยกล่อของเล่นภูมิปัญญาไทยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการในรูปแบบปกติ นั้น ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการในกล่อของเล่นภูมิปัญญาไทย มีจำนวนถึง 15 กิจกรรม ซึ่งมีความหลากหลายทั้งเพลงกล่อมไทย นิทาน รวมถึงกิจกรรมการเล่นพื้นบ้านอื่นๆ ในรูปแบบการเล่นเดี่ยวและการเล่นเป็นทีม และในแต่ละกิจกรรมยังสามารถส่งเสริมพัฒนาการพร้อมกันได้หลายด้าน เด็กปฐมวัยจึงได้รับการส่งเสริมพัฒนาการครอบคลุมทั้ง 7 ด้าน ในขณะที่รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการปกติเน้นการส่งเสริมพัฒนาการ 5 ด้านคือด้านการเคลื่อนไหว ด้านการใช้กล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา และด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคมเท่านั้น ไม่ครอบคลุมพัฒนาการด้านจริยธรรม และพัฒนาการทางเพศ ประการต่อมาอาจเนื่องมาจากวัสดุอุปกรณ์ในกล่อของเล่นภูมิปัญญาไทย เช่น กะลามะพร้าว ตุ๊กตุน้อยเส้น อุปกรณ์เล่นขายของ อุปกรณ์ทำกับข้าวจากเครื่องปั้นดินเผา เป็นวัสดุที่มีสีสัน สัมผัส และรูปร่างที่คุ้นเคยและหาได้ง่ายในท้องถิ่น เด็ก

ปฐมวัยจึงรู้สึกสนุกสนานเพลิดเพลิน เกิดความคิดสร้างสรรค์ในการประยุกต์สิ่งต่างๆรอบตัวมาเล่นเพิ่มเติม เล่นได้นานขึ้นจากการเล่นเป็นทีม และแสดงบทบาทสมมติเป็นบทบาทต่างๆ ด้วยเหตุผลดังกล่าวเด็กปฐมวัย กลุ่มที่ส่งเสริมด้วยกล่องของเล่นภูมิปัญญาไทยจึงมีพัฒนาการสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการในรูปแบบปกติซึ่งใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ในการส่งเสริมพัฒนาการ

สรุปผลการวิจัย

การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยกล่องของเล่นภูมิปัญญาไทย สามารถส่งเสริมพัฒนาการทั้ง 7 ด้าน ครอบคลุมด้านการเคลื่อนไหว ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา ด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม ด้านจริยธรรม และพัฒนาการทางเพศของเด็กปฐมวัยได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้จัดกิจกรรมต้องคำนึงถึงความปลอดภัยในการเล่นและสถานที่ที่เหมาะสมสำหรับการจัดกิจกรรมการเล่น โดยยึดตามคู่มือการเล่นกล่องของเล่นภูมิปัญญาไทย
2. ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดต่อในเด็ก ควรจัดชุดอุปกรณ์การเล่นให้เด็ก 1 คน ต่อของเล่น 1 ชิ้น และหลังจากเด็กเล่นเสร็จ ต้องทำความสะอาดอุปกรณ์ทุกชิ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มระยะเวลาการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในระยะยาว เช่น 2 เดือน หรือ 3 เดือน หรือ 6 เดือน เพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการเด็กทั้ง 7 ด้านชัดเจนมากยิ่งขึ้น
2. ควรออกแบบแผนการจัดประสบการณ์ให้เหมาะสมสำหรับแต่ละช่วงอายุ เนื่องจากพัฒนาการของเด็กมีความแตกต่างกันตามช่วงวัย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณบิดามารดาที่มอบร่างกายและสติปัญญาที่บริบูรณ์ ขอขอบพระคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ที่หล่อหลอม บ่มเพาะความรู้ด้านการสอนและการพยาบาล ขอขอบพระคุณ ผศ.ดร. ศรีมณา นิยมคำที่เป็นต้นแบบทั้งการดำเนินชีวิตและการทำวิจัย ขอขอบพระคุณศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เป็นแหล่งรวบรวมข้อมูล และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมาที่สนับสนุนงบประมาณในการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- กุสุมาลี โพธิ์ปัสสา. (2562). การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น. *วารสารโรงพยาบาล สกลนคร*, 22(3), 115-128.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)*. องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *โครงการสำรวจสถานการณ์พัฒนาการและพฤติกรรมการเล่นของเด็กปฐมวัยของครอบครัวไทย ปี 2560*. กระทรวงสาธารณสุข.
- จินตนา นิลทวี, และสมพร ชาลีเครือ. (2564). การพัฒนาพฤติกรรมทางสังคมของเด็กปฐมวัยโดยใช้กิจกรรมการเล่นพื้นบ้านไทย. *ศึกษา วารสารศึกษาศาสตร์*, 8(1), 57-66.
- จินตนา พัฒนพงษ์สร. (2561). รายงานการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยครั้งที่ 6 พ.ศ.2560. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย.
- จันทร์เพ็ญ ไชยมงคล, และปัทมาวดี เล่ห์มงคล. (2564). ผลของการจัดกิจกรรมการเล่นวัสดุสร้างสรรค์ที่มีต่อทักษะพื้นฐานทางคณิตศาสตร์ด้านความรู้สึกละเอียดเชิงจำนวนสำหรับเด็กปฐมวัย. *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยปทุมธานี*, 13(2), 468-484.
- ชลธิพร นาห้วนนิล, นนทชนน ปภพ ปาลินทร, อภิรติ ไชยกาล, และชลลิตา บุญบงก์. (2563). การใช้กิจกรรมการเล่นของเด็กไทยเพื่อส่งเสริมพัฒนาการกล้ามเนื้อใหญ่สำหรับเด็กปฐมวัย. *วารสาร มจร อุบล ประิทรศน์*, 5(3), 379-390.
- ชนวันัน ปากหวาน. (2564). การพัฒนาชุดกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยเทคนิคฟลอร์ไทม์ร่วมกับเล่นปนเรียนแบบพื้นบ้านและกระบวนการกลุ่มสัมพันธ์ที่ส่งผลต่อการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นการสื่อสาร และมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ สำหรับเด็กออทิสติกระดับช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดมุกดาหาร. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น*, 18(1), 203-220.
- บำเพ็ญ พงศ์เพชรดิถ, และบุษบา อรรถาวิรี. (2566). การศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย: ศูนย์อนามัยที่ 5 ปี 2564. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 33(1), 102-117.
- ปฐม นวลคำ. (2560). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดแม่ฮ่องสอน. *วารสารสุขภาพประชาชน*, 12(1), 36-45.
- ปัทมา ศิวะ โกศิษฐ, และวิมลทิพย์ มุสิกพันธ์. (2562). ผลของการเล่นนิทานและบทบาทของนิทานในการส่งเสริมพฤติกรรมทางจริยธรรมของเด็กปฐมวัยที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*, 30(1), 178-188.

- ฟาลาดี หมดเต๊ะ. (2557). ผลของการฝึกการเล่นพื้นบ้านที่มีต่อการพัฒนาการของเด็กปฐมวัย. (วิทยานิพนธ์ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- รอมร แยมประทุม. (2559). ความสำคัญของการเล่นต่อการพัฒนาการในเด็ก. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 6(3), 275-281.
- สุริย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์, รวิวรรณ รุ่งไพบรวัณ, ทิพวรรณ ทรัพย์คุณาชัย, บานชื่น เบญจสุวรรณเทพ, อติสรุศดา เพ็ญฟู, จริยา จุฑาทิสิทธิ์ และพัญ โรจน์มัทนามงคล. (บ.ก.). (2561). *ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก เล่ม 4*. บริษัท พี. เอ.ลิฟวิ่ง จำกัด.
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2566). *แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2566-2580 (ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม)*. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- อรรวรรณ ชมคง, และอรทัย เพ็ญยุระ. (2557). เพศวิถีและสังคมไทยในวรรณกรรมเพลงลูกทุ่ง. *วารสารบัณฑิตศึกษา มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 3(2), 77-98.
- Balter, A. S., van Rhijn, T. M., & Davies, A. W. (2016). The development of sexuality in childhood in early learning settings: An exploration of early childhood educators' perceptions. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 25(1), 30-40. <https://doi.org/10.3138/cjhs.251-A3>
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44(9), 1175. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.9.1175>
- Durojaiye, S. M. (1977). Children's traditional games and rhymes in three cultures. *Educational Research*, 19(3), 223-226. <https://doi.org/10.1080/0013188770190307>
- Freud, S. (1977). *Introductory lectures on psychoanalysis*. WW Norton & Company.
- Glass, G. V., McGaw, B., & Smith, M. L. (1981). *Meta-analysis in social research* (Vol. 56). Sage Publication.
- Kohlberg, L. (1981). *The philosophy of moral development*. Harper & row.
- Olson, W.C. (1959). *Child Development* (2nd ed.). Heath.
- Olusanya, B.O., Davis, A.C., Wertlieb, D., Boo, N-Y., Nair, M.K.C., Halpern, R., Kuper, H., Breinbauer, C., de Vries, P.J., Gladstone, M., Halfon, N., Kancharla, V., Mulaudzi, M.C., Kakooza-Mwesige, A., Ogbo, F.A., Olusanya, J.O., Williams, A.N., Wright, S.M., Manguerra, H., ... Kassebaum, N.J. (2018). Developmental disabilities among children younger than 5 years in 195 countries and territories, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Global Health*, 6(10), e1100-e1121. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30309-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30309-7)

- Pahenra, P., Winarni, W., Salma, S., Amaludin, R., & Amalia, W. S. (2021). Engklek: A Traditional Play to Improve Children's Cognitive. *AWLADY: Jurnal Pendidikan Anak*, 7(2), 198-210.
<https://doi.org/10.24235/awlad.v7i2.8299>
- Piaget, J. (1963). *The origins of intelligence in children*. W.W. Norton & Company.
- Polit, D.F. (2010). *Statistic and analysis for nursing research* (2nd ed.). Pearson Education.
- Walker, S. P., Wachs, T. D., Grantham-McGregor, S., Black, M. M., Nelson, C. A., Huffman, S. L., Baker-Henningham, H., Chang, S.M., Hamadani, J.D., Lozoff, P.B., Gardner, M. M., Powell, C.A., Rahman, P.A. & Richter, L. (2011). Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *The lancet*, 378(9799), 1325-1338. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60555-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60555-2)
- World Health Organization. (2020). *Improving early childhood development: WHO guideline*.
World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/97892400020986>

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมือ : การทบทวนแบบบูรณาการ

วิศรียาพรรณ สืบศิริกุล, พย.บ.,ศษ.ม.¹

ประภัสสร ชาญช้าง, พย.ม.²

วิมลพรรณ สังข์สกุล, พย.ม.^{1*}

เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร, พย.ม.²

(วันที่ส่งบทความ: 16 กรกฎาคม 2565; วันที่แก้ไข: 18 พฤศจิกายน 2566; วันที่ตอบรับ: 1 ธันวาคม 2566)

บทคัดย่อ

การติดเชื้อมือเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่งผลกระทบต่อการรักษา ต้องใช้ยามากขึ้น ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น อาจเกิดการแพร่กระจายเชื้อต่อผู้ป่วยรายอื่นและบุคลากร ที่สำคัญคืออาจส่งผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ อย่างไรก็ตาม สถานการณ์การติดเชื้อมือเกิดการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา บทบาทของพยาบาลจึงต้องทันต่อการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินและสังเคราะห์วรรณกรรมเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลในการจัดการเชื้อมือ โดยการวิเคราะห์งานวิจัยจากฐานข้อมูล PubMed, Google Scholar, ThaiJo, และ CINAHL ที่เผยแพร่ระหว่างปี พ.ศ.2553 - 2564 (ค.ศ.2010 - 2021) โดยเป็นงานวิจัยการทบทวนอย่างเป็นระบบ งานวิจัยเชิงทดลอง งานวิจัยกึ่งทดลอง งานวิจัยเชิงบรรยาย งานวิจัยที่เกี่ยวกับการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมือ จำนวน 15 เรื่อง ผลการสังเคราะห์สามารถสรุปบทบาทพยาบาลในประเด็นหลักๆ ได้ดังนี้ 1) การเฝ้าระวังเชื้อมือ 2) การให้ข้อมูล การสื่อสาร และความรู้แก่บุคลากรและญาติ 3) การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อมือ 4) การรับและการส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อมือ และ 5) การส่งเสริมการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ผลจากการศึกษาครั้งนี้ มีข้อเสนอว่า ควรมีการนำรูปแบบการจัดการการเปลี่ยนแปลง 4Es Model ร่วมกับการใช้กลวิธีที่หลากหลายไปใช้ในหอผู้ป่วยที่มีการแพร่กระจายของเชื้อมือในกลุ่มควบคุมพิเศษ และศึกษาต่อยอดเป็นงานวิจัยเพื่อศึกษาผลของการจัดการเชื้อมือในหน่วยงาน

คำสำคัญ: ผู้ป่วยติดเชื้อมือ, บทบาทพยาบาล, การทบทวนแบบบูรณาการ, การสังเคราะห์

¹ อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

*ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: วิมลพรรณ สังข์สกุล, อีเมล: Wimonpan_s@yahoo.com

Nursing Role in Patients with Multi Drug Resistant : Integrative Review

Wisariyapan Seubsirinukul, RN., M.Ed.¹

Prapasson Kwanchang, M.N.S.²

Wimonpan Sangsakul, M.N.S.^{1*}

Benjamaporn Wongkri, M.N.S.²

(Received: July 16th, 2022; Revised: November 6th, 2023; Accepted: December 1st, 2023)

Abstract

Drug-resistant infections are common problems among hospitalized patients which affects the treatment to require more medication. Patients need to stay in the hospital longer and may spread the infection to other patients and staff. Importantly, it may cause the patient's death. However, the situation of drug-resistant infections is constantly changing. The role of nurses must always keep pace with changes. The objective of this integrated literature review was to assess and synthesize literature on the role of nurses in the management of drug-resistant bacteria. Databases included PubMed, Google Scholar, ThaiJo, and CINAHL databases published between 2010 and 2021. The selected papers were systematic review research, experimental research, quasi-experimental research, descriptive research, research on the study of factors related to the care of patients with drug-resistant bacteria, academic articles that update information about caring for drug-resistant patients and the role of nurses in caring for drug-resistant patients and strategies/strategies for dealing with drug-resistant bacteria, in a total of 15 papers were selected. The synthesis results can summarize the role of nurses in the main issues as follows: 1) surveillance for drug-resistant bacteria; 2) information, communication, and knowledge to personnel and relatives; 3) prevention and control of transmission; 4) admission and referral of patients infected with drug-resistant bacteria; and 5) promotion of ongoing and sustainable practice. As a result of this study, it is suggested that the 4Es Model change management model, along with the use of a variety of strategies, should be implemented in wards with the spreading of the special control groups of drug-resistant infections and should be further studied into research about the results of drug resistance management in the department.

Keywords: drug-resistant patients, nursing role, integrative review, synthesis

¹ Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Sunpasithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

² Registered Nurse, Sunpasithiprasong Hospital

* Corresponding author: Wimonpan Sangsakul, E-mail: Wimonpan_s@yahoo.com

บทนำ

การติดเชื้อดื้อยาคับเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของผู้ป่วยและการรักษาตัวในโรงพยาบาลที่นานขึ้น คาดการณ์ว่า ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อดื้อยาปีละ 700,000 คน และหากไม่เร่งแก้ไขปัญหาคาดว่าใน พ.ศ.2593 การเสียชีวิตจากการติดเชื้อดื้อยาจะสูงถึง 10 ล้านคน ประเทศในแถบเอเชียจะมีคนเสียชีวิตมากที่สุดคือ 4.7 ล้านคน คิดเป็นกระทบการเศรษฐกิจสูงถึงประมาณ 3.5 พันล้านบาท สำหรับประเทศไทย การศึกษาเบื้องต้นพบว่าการติดเชื้อดื้อยาประมาณปีละ 88,000 ราย โดยเสียชีวิตประมาณปีละ 38,000-45,000 ราย คิดเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจโดยรวมสูงถึง 4.2 หมื่นล้านบาท (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559; คณะกรรมการประสานและบูรณาการงานด้านการดื้อยาต้านจุลชีพ ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

การดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลเกิดจาก 2 ปัจจัยหลัก ได้แก่ 1) การใช้ยาต้านจุลชีพจะชักนำให้แบคทีเรียที่ไวต่อยาต้านจุลชีพกลายพันธุ์เป็นแบคทีเรียที่ดื้อยาต้านจุลชีพอาศัยอยู่และก่อให้เกิดโรคติดเชื้อดื้อยาตามมา และ 2) แบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพแพร่กระจายจากผู้ป่วยรายหนึ่งไปยังผู้ป่วยรายอื่นโดยบุคลากรโรงพยาบาลมิได้ปฏิบัติตามมาตรการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง เช่น การล้างมือ การใช้เครื่องป้องกันร่างกาย หรือผู้ป่วยได้รับเชื้อดื้อยาที่ปนเปื้อนอยู่ในอาหาร น้ำดื่ม สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล หรือวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา (วิชญ์ ธรรมลิขิตกุล, 2558; ชลธิศ บุญร่วม และคณะ, 2563) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อดื้อยา ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อด้านการทำหัตถการอย่างต่อเนื่องมากกว่า 7 วัน เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจ การให้อาหารทางสายยาง การใส่ Endotracheal tube การใส่สายสวนปัสสาวะ ปัจจัยเสี่ยงด้านลำดับก่อนหลังการรักษาด้วยยาต้านจุลชีพที่สำคัญ เช่น Trimethoprim, Quinolone, Third generation Cephalosporins, Amonoglycoside, Carbapenem และ Piperacillin/Tazobactam ตามลำดับ (นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ และคณะ, 2555)

จากสถานการณ์ด้านกระบวนการรักษาในโรงพยาบาล พบปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะที่หลากหลายเปลี่ยนแปลง ด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม พบเชื้อดื้อยาจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น ท่อช่วยหายใจ ชุดให้น้ำเกลือ สายสวนปัสสาวะ (อัจฉริยา ยศบุญเรือง และคณะ, 2560) ห้องแยกไม่เพียงพอ การแยกโซนผู้ป่วยยังไม่เป็นระบบ ด้านอุปกรณ์เครื่องใช้ในการป้องกันการติดเชื้อมีจำกัด ไม่เพียงพอ เช่น Mask เสื้อกาวน์ ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยคือ ทำให้โรครุนแรงมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น ต้องให้ยาปฏิชีวนะที่สูงขึ้น สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย โดยเฉพาะค่ายาปฏิชีวนะที่มีราคาแพง หรือค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอุปกรณ์การแพทย์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษา และส่งผลกระทบต่ออัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่สูงขึ้น ด้านบุคลากรที่ปฏิบัติงานมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อดื้อยาจากผู้ป่วย การปฏิบัติของบุคลากรในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อยังขาดความตระหนัก ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา และความต่อเนื่องในการปฏิบัติ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลในการจัดการเชื้อดื้อยา พบว่า มีการดำเนินการและการใช้กลวิธีที่หลากหลายในการจัดการเชื้อดื้อยา (ประจวบ ทองเจริญ และคณะ, 2558; วิไลลักษณ์ วงศ์จุลชาติ, 2560; มุจรินทร์ แจ่มแสงทอง และคณะ, 2562; ณัฐวิภา บุญเกิดรัมย์ และคณะ, 2563) การนำใช้แนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา (สมฤดี ชัชเวช และคณะ, 2560; ทศนีย์ สีหาบุญนาท, 2560) การทบทวนการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในกลุ่มควบคุมพิเศษ (Tomczyk et. al., 2019) รูปแบบ/โปรแกรมการส่งเสริมการปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรทางการแพทย์ (ปิยะฉัตร วิเศษศิริ และคณะ, 2558; บัวจันทร์ ธงเชื้อ และคณะ, 2560; มุขพล ปุณภพ และคณะ, 2561; นาดยา ปริกัมสีล และคณะ, 2561) การพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนาน (จิตติมา มานะพัฒนเสถียร และคณะ, 2561; กุลดา พุดิวรรธน และคณะ, 2560) แต่อย่างไรก็ตามสถานการณ์การติดเชื้อดื้อยาเกิดการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา บทบาทของพยาบาลจึงต้องทันต่อการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ

เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีความจำเป็นต้องรักษาด้วยยาปฏิชีวนะหลายชนิด ร่วมกับภาวะการติดเชื้อ สภาพร่างกายของผู้ป่วย และจากการศึกษาสถานการณ์เชื้อดื้อยาในประเทศไทยพบปัญหาสำคัญ คือ การดื้อยาปฏิชีวนะของเชื้อแบคทีเรียแกรมลบในโรงพยาบาล ซึ่งปัจจัยดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์การดื้อยาด้านจุลชีพ ที่ทำให้ที่ผู้ป่วยโอกาสจะติดเชื้อดื้อยาและมีการแพร่กระจายของเชื้อได้สูง ผู้เขียนจึงได้ทบทวนวรรณกรรม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้ เกี่ยวกับบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา การป้องกันและการลดการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา รวมถึงกลยุทธ์/กลวิธีในการที่จะส่งเสริมให้มีความต่อเนื่องในการปฏิบัติ เพื่อให้มีประสิทธิภาพทันต่อการตอบสนองของสถานการณ์การติดเชื้อดื้อยาที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

การดำเนินงาน

การวิจัยนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ (Integrative review) โดยนำขั้นตอนการทบทวนวรรณกรรมของ Cooper (1998) มาใช้ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. การกำหนดปัญหา (The problem formulation stage) โดยกำหนดปัญหาเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา รวมถึงกลยุทธ์/กลวิธีในการจัดการกับเชื้อดื้อยา โดยใช้กรอบแนวคิด PICOS (Harris et al., 2001 อ้างใน สุพรรณิ กัณห์ดิลก และคณะ, 2560)

2. การรวบรวมข้อมูลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (The literature search stage) โดยการสืบค้นอย่างเป็นระบบ และพิจารณาคัดเลือกรายงานวิจัยที่สืบค้นตามเกณฑ์ ดังต่อไปนี้ ประชากร (P = Type of participant) ในรายงานวิจัยที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา การจัดการกระทำ (I : Type of intervention) การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา รวมถึงกลยุทธ์/กลวิธีในการส่งเสริม จัดการกับเชื้อดื้อยา การเปรียบเทียบ (C : Type of comparison) การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาตามปกติ หรือไม่ได้รับการส่งเสริมด้วย กลยุทธ์/กลวิธีในการจัดการกับเชื้อดื้อยา ผลลัพธ์ (O : Type of outcome measurement) จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อ

คือยาอัตราการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา การศึกษา (S : Type of study) เป็นรายงานการศึกษาวิจัย การทบทวนอย่างเป็นระบบ งานวิจัยเชิงทดลอง งานวิจัยกึ่งทดลอง งานวิจัยเชิงบรรยาย งานวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาและบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา รวมถึงกลยุทธ์/กลวิธีในการจัดการกับเชื้อดื้อยาของผู้ป่วยในโรงพยาบาล การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา บทความวิชาการที่ทบทวนให้ทันสมัย ข้อความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่เผยแพร่ระหว่างปี พ.ศ.2553 - 2564 (ค.ศ.2010 - 2021) โดยการกำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น คือ เชื้อดื้อยา , บทบาทพยาบาล , กลยุทธ์/กลวิธีในการจัดการกับเชื้อดื้อยา, Infection control strategies , AMR (Antimicrobial resistant) strategies , Nursing care และ Nursing role สืบค้นจากฐานข้อมูล CINAHL , PubMed , Google , Google Scholar , Clinical Key , Thai Jo โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกรายงานวิจัยเข้าในการศึกษา คือ ต้องเป็นงานวิจัยหรือรายงานที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา และบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา รวมถึงกลยุทธ์/กลวิธีในการจัดการกับเชื้อดื้อยาทั้งงานวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ

3. การตรวจสอบและประเมินคุณภาพของงานวิจัย (The Data Evaluation Stage) ประเมินคุณภาพงานวิจัยโดยใช้เกณฑ์ประเมินตามแนวทางของ The Basic Research Review Check list (BRR) แปลโดย สุเพียร โภคทิพย์ (2557) มีจำนวน 6 ประเด็นหลัก ๆ คือ 1) วัตถุประสงค์ของการศึกษา 2) การระบุปัญหาในการวิจัย 3) การทบทวนวรรณกรรม 4) ระเบียบวิธีวิจัย 5) ผลการวิจัย และ 6) ภาพรวมของการศึกษาวิจัย โดยคะแนนการประเมินต้องผ่านเกณฑ์ $> 80\%$ ในแต่ละประเด็นหลักจะมีหัวข้อย่อย รวมทั้งสิ้น 22 หัวข้อย่อยตอบว่าใช่ ได้ 1 คะแนน ถ้าไม่ใช่ ไม่ได้คะแนน จากนั้นนำคะแนนที่ได้มารวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ยร้อยละงานวิจัยจะต้องผ่านเกณฑ์ $> 80\%$

4. การวิเคราะห์ และสังเคราะห์งานวิจัย (The Data Analysis Stage) โดยนำมาสรุปและจัดทำเป็นตารางสรุปการทบทวนวรรณกรรม

5. การสรุป ดีความ และนำเสนอผลงานวิจัย (The Interpretation and Presentation) โดยนำเอกสารงานวิจัยที่สืบค้นได้มาสรุปและตีความโดยทีมผู้วิจัย จากนั้นสรุปสิ่งที่สกัดได้ องค์ความรู้ที่ได้ จากนั้นนำเสนอสรุปเป็นองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา และบทบาททางการพยาบาล จากนั้นนำผลงานที่ได้ส่งผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ จำนวน 5 ท่าน ประกอบไปด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ (ICN) 2 ท่าน พยาบาลผู้ดูแลด้านโรคติดเชื้อประจำหน่วยงาน (ICWN) 2 ท่าน หลังจากนั้นนำข้อเสนอแนะที่ได้รับมาปรับปรุง และสรุปผลที่ได้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

รายงานวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา และบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา รวมถึงกลยุทธ์/กลวิธีในการจัดการกับเชื้อดื้อยาของผู้ป่วยในโรงพยาบาล คุณสมบัติของกลุ่มประชากรมีเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้ : เป็นรายงานการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา และบทบาทของ

พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา รวมถึงกลยุทธ์/กลวิธีในการจัดการกับเชื้อดื้อยา ของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่เผยแพร่ระหว่างปี พ.ศ.2553 - 2564 (ค.ศ.2010 - 2021) โดยเป็นงานวิจัย ได้แก่ การทบทวนอย่างเป็นระบบ งานวิจัยเชิงทดลอง งานวิจัยกึ่งทดลอง งานวิจัยเชิงบรรยาย งานวิจัยที่เกี่ยวกับการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา บทความวิชาการที่ update ข้อความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ทำการประเมินคุณภาพงานวิจัยโดยใช้เกณฑ์ประเมินตามแนวทางของ The Basic Research Review Check list (BRR) โดยคะแนนต้องผ่านเกณฑ์ > 80%

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามแนวทางหลักจริยธรรมวิจัยเกี่ยวกับคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP เลขที่โครงการ 3/2564

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้มี 3 ประเภท ได้แก่

1. แบบตรวจสอบคุณภาพงานวิจัย ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ประเมินตามแนวทางของ The Basic Research Review Check list (BRR) แปลโดย สุเพียร โภคทิพย์ (2557) มีจำนวน 6 ประเด็นหลัก ๆ คือ 1) วัตถุประสงค์ของการศึกษา 2) การระบุปัญหาในการวิจัย 3) การทบทวนวรรณกรรม 4) ระเบียบวิธีวิจัย 5) ผลการวิจัย และ 6) ภาพรวมการศึกษา โดยคะแนนงานวิจัยจะต้องผ่านเกณฑ์ > 80%

2. แบบประเมินระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐานอ้างอิง (Level of evidence) ซึ่งผู้วิจัยได้อ้างอิงตามเกณฑ์ของ The Joanna Briggs Institute (JBI, 2014) มี 5 Level

3. แบบการวิเคราะห์ สังเคราะห์ผลการสืบค้นงานที่ได้ ผู้วิจัยได้จัดทำเป็นตารางสรุปการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับ ชื่อผู้วิจัย-ผู้เขียน ปีที่ทำการวิจัย ชื่อเรื่อง วัตถุประสงค์ การออกแบบวิจัย ระดับ (Level) ของงานวิจัย กลุ่มตัวอย่าง สถานที่วิจัย วิธีวิจัย-ดำเนินการ ผลการวิจัย-ดำเนินการ การวิเคราะห์ และสังเคราะห์ การนำผลการวิจัยไปใช้ โดยผู้วิจัยได้นำตารางวิเคราะห์ข้อมูลไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบจำนวน 3 ท่าน เพื่อความเหมาะสมของหัวข้อและประเด็นที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ด้วยการหาค่าความสอดคล้อง (IOC) สรุปได้ค่า IOC = 0.96 สามารถนำตารางวิเคราะห์ข้อมูลไปใช้ได้ เนื่องจากค่า IOC > 0.5

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพงานวิจัยโดยใช้เกณฑ์ประเมินตามแนวทางของ The Basic Research Review Check list (BRR) โดยคะแนนงานวิจัยจะต้องผ่านเกณฑ์ > 80% และทำการประเมินระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐานอ้างอิง (Level of evidence) ผู้วิจัยได้อ้างอิงตามเกณฑ์ JBI (2014)

เกณฑ์การพิจารณาบทความวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมงานวิจัยโดยการสืบค้นอย่างเป็นระบบ โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้น ตามกรอบแนวคิด PICOS (Harris et al., 2001 อ้างใน สุพรรณิ กัณหติลล และคณะ, 2560) และพิจารณาคัดเลือกบทความที่สืบค้นตามเกณฑ์ ดังต่อไปนี้ ประชากร (P = Type of participant) คือรายงานวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมีดื้อยา และบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมีดื้อยา รวมถึงกลยุทธ์/กลวิธีในการจัดการกับเชื้อมีดื้อยา ของผู้ป่วยในโรงพยาบาล การจัดการกระทำ (I : Type of intervention) การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมีดื้อยา บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมีดื้อยา รวมถึงกลยุทธ์/กลวิธีในการส่งเสริมการจัดการกับเชื้อมีดื้อยา การเปรียบเทียบ (C : Type of comparison) การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมีดื้อยาตามปกติ หรือไม่ได้รับการส่งเสริมด้วยกลยุทธ์/กลวิธีในการจัดการกับเชื้อมีดื้อยา ผลลัพธ์ (O : Type of outcome measurement) จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อมีดื้อยา อัตราการแพร่กระจายของเชื้อมีดื้อยา การศึกษา (S : Type of study) เป็นรายงานการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมีดื้อยาและบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมีดื้อยา รวมถึงกลยุทธ์/กลวิธีในการจัดการกับเชื้อมีดื้อยา ของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่เผยแพร่ระหว่างปี พ.ศ.2553 - 2564 (ค.ศ.2010 - 2021)

เกณฑ์ในการคัดเลือกรายงานวิจัยเข้าในการศึกษา คือ ต้องเป็นงานวิจัยหรือรายงานที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมีดื้อยา และบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมีดื้อยา รวมถึงกลยุทธ์/กลวิธีในการจัดการกับเชื้อมีดื้อยาทั้งงานวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ รายงานการวิจัยที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยผู้วิจัยทำการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ลักษณะทั่วไปของงานวิจัย รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ในรูปความถี่ร้อยละ เช่น จำนวนเรื่องและจำนวนร้อยละของงานวิจัยแต่ละประเภท ผลงานแต่ละประเภทที่ค้นได้
2. วิเคราะห์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมีดื้อยา บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมีดื้อยา รวมถึงกลยุทธ์/กลวิธีในการจัดการกับเชื้อมีดื้อยาที่นำมาใช้ โดยใช้การวิเคราะห์สรุปเชิงเนื้อหา
3. วิเคราะห์ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมีดื้อยา บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมีดื้อยา รวมถึงกลยุทธ์/กลวิธีในการจัดการกับเชื้อมีดื้อยาที่นำมาใช้ โดยใช้การวิเคราะห์สรุปเชิงเนื้อหา
4. จากนั้นนำข้อมูลที่วิเคราะห์ได้ มาสรุปการดูแล บทบาท กลยุทธ์ กลวิธี ที่พยาบาลต้องใช้เพื่อส่งเสริมการจัดการกับเชื้อมีดื้อยา เพื่อให้ผู้ป่วยติดเชื้อมีดื้อยาได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และปลอดภัย

ผลการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมและสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมีดื้อยา รูปแบบ กลวิธีต่างๆ ที่ใช้ในการดูแล และส่งเสริมการปฏิบัติ ทั้งหมด 15 เรื่อง เป็นงานวิจัย

ภาษาไทยจำนวน 12 เรื่อง และภาษาอังกฤษ 3 เรื่อง ตรวจสอบคุณภาพงานวิจัยโดยใช้เกณฑ์ประเมินตาม
แนวทาง The Basic Research Review Check list (BRR) งานวิจัยส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 80
ตารางที่ 1 ตัวอย่างการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา

ลำดับ	ชื่อผู้วิจัย/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย / Level	ผลการวิจัยที่น่าสนใจ
1	ปิยะพัตร วิเศษศิริ, อะเคื่อ อุณหเลขกะ, และ นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล. (2558). การพัฒนาแบบการส่งเสริมการปฏิบัติการ ป้องกันการติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรพยาบาล แผนกอายุรกรรมในโรงพยาบาลระดับตติย ภูมิ	Development research 2c	รูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติในการ ป้องกันการติดเชื้อดื้อยาของบุคลากร
2	ประจวบ ทองเจริญ, วันชัย มั่งคั่ง, และอะเคื่อ อุณหเลขกะ. (2558). ผลของการใช้กลวิธีหลากหลายต่อการปฏิบัติ ของบุคลากรสุขภาพในการป้องกันการติด เชื้อแบคทีเรียดื้อยาหลายขนาน	Quasi- experimental 2c	กลวิธีที่หลากหลายโดยการอบรม การติด โปสเตอร์ การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการ สนับสนุนอุปกรณ์
3	สมฤดี ชัชเวช, รุ่งฤดี เวชนิชสนอง, กุสุมา บุญรักษ์, ไพจิตร มามาตย์, ไพรัช พิมล, และ สุพรรณษา บุญศรี. (2560). ผลของการนำ ใช้แนวปฏิบัติการป้องกันและ ควบคุมการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยา ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาล ระดับตติยภูมิ	Quasi- experimental 2c	รูปแบบการจัดการการเปลี่ยนแปลง (The change model) หรือ 4Es model
4	วิไลลักษณ์ วงศ์จุลชาติ. (2560). การใช้กลวิธีหลากหลายเพื่อส่งเสริมการ ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันและควบคุมการ แพร่กระจายเชื้อดื้อยา ใน โรงพยาบาลวชิระ ภูเก็ต	Action research 2d	การใช้กลวิธีที่หลากหลาย ได้แก่ การจัด อบรมเชิงปฏิบัติการ อบรม IC Delivery การติดโปสเตอร์เตือน การจัดบอร์ด การ ประเมินผลและการให้ข้อมูลย้อนกลับ การ สนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลและ อุปกรณ์การแพทย์ และการรณรงค์การทำ ความสะอาดมือ
5	ทัศนีย์ สีหาบุญนาถ. (2560). การพัฒนาวิธีปฏิบัติในการป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อดื้อยาใน โรงพยาบาล	Action research 2c	H : Hand hygiene I : Isolation precaution PPE : Personal protective equipment

ลำดับ	ชื่อผู้วิจัย/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย / Level	ผลการวิจัยที่นำมาใช้
6	บัวจันทร์ ชงเชื้อ, ปัทมา คำฟู, และสุทธิพันธ์ ถนอมพันธ์. (2560). ผลของโปรแกรมการล้างมือต่อความรู้ และ การปฏิบัติด้านการป้องกันและควบคุม การ ติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยและญาติในแผนกศัลยกรรม ศัลยกรรม กระดูกและข้อ โรงพยาบาลนครพิงค์.	Quasi- experimental 2d	โปรแกรมการล้างมือ
7	กุดดา พฤติวรรณ, รัชนิย์ วงศ์แสน, สุทธิ พันธ์ ถนอมพันธ์, และสมรรถเนตร ตะริโย. (2560). การเพิ่มประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดการ ติดเชื้อดื้อยา แผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลนครพิงค์	Action research 2c	แนวคิดการบริหารการเปลี่ยนแปลงองค์กร ของคอตเตอร์
8	มุขพล ปุณภพ, พรทิพย์ มาลาธรรม, และ กำธร มาลาธรรม. (2561). การปฏิบัติของบุคลากรตามแนวทางการแยก ผู้ป่วยแบบสัมผัสในผู้ป่วยที่มีเชื้อดื้อยา ปฏิชีวนะหลายขนานในโรงพยาบาลตติยภูมิ	Random and blinded non- participatory observation 3e	การสังเกตการปฏิบัติของบุคลากรในการ ล้างมือ การสวมเสื้อกาวน์ การสวมถุงมือ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ ดื้อยา
9	นาตยา ปริกัมสิต, สุภา เพ็งเลา, และสมใจ สายสม. (2561). ผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วย ติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาควบคุมพิเศษต่อความรู้ และการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อ แบคทีเรียดื้อยาควบคุมพิเศษของบุคลากร สุขภาพ ผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาลโพธาราม	วิจัยแบบก่อน ทดลอง (Pre- experimental research) 2d	โปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อ แบคทีเรียดื้อยาควบคุมพิเศษ
10	จิตติมา มานะพัฒนเสถียร, จิตราภรณ์ จิตริเชื้อ, และนางเยาว์ เกษตร์ภิบาล. (2561). การพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ในการ ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนาน สำหรับพยาบาลวิชาชีพ	Research and development 5b	หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องการป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนาน
11	มุจรินทร์ แจ่มแสงทอง, วันชัย เลิศวัฒนวิลาส , และอะเคือ อุณหเลขกะ. (2562).	Descriptive 4b	กิจกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ แบคทีเรียดื้อยาหลายขนานของโรงพยาบาล ศูนย์

ลำดับ	ชื่อผู้วิจัย/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย / Level	ผลการวิจัยที่นำมาใช้
	การดำเนินการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ แบคทีเรีย คือยาหลายขนานของโรงพยาบาล ศูนย์		
12	ณัฐวิภา บุญเกิดรัมย์, วัฒนาชัย พิเชิธรเสถียร, และพิมพ์ภรณ์ กลั่นกลิ่น. (2563). การพัฒนาแผนการดูแลทางคลินิกสำหรับ การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจาย ของ เชื้อดื้อยาหลายกลุ่มใน โรงพยาบาล	Research and development 2d	แผนการดูแลทางคลินิกสำหรับการป้องกัน และควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา หลายกลุ่ม
13	ชลธิศ บุญร่วม, อะเคื้อ อุณหเลขกะ, และวัน ชัย เลิศวัฒนวิลาส. (2563). ปัจจัยทำนายการปฏิบัติการป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานสำหรับ พยาบาลวิชาชีพ	การวิจัยเชิง ทำนาย (Predictive research)	ปัจจัยทำนายการปฏิบัติการป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อดื้อยาเพื่อนำมาปรับปรุง คุณภาพและความปลอดภัยในการดูแล สุขภาพและผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่เข้ารับ บริการด้านสุขภาพ ตลอดจนความ ปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์
14	Kasatpibal, N., Chittawatanarat, K., Nunnga m, N., Kampeerapanya, D., Duangsoy, N., R achakom, C., Soison, U., & Apisamthanara, A. (2021). Impact of multimodal strategies to reduce multidrug-resistant organisms in surgical intensive care units: Knowledge, practices and transmission: A quasi-experimental study	Quasi- experimental 2c	แนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการ แพร่กระจายเชื้อดื้อยา การใช้กลวิธีหลากหลายในการจัดการเชื้อ ดื้อยา
15	Tomczyk, S., Zanichelli, V., Grayson, M. L., Twyman, A., Abbas, M., Pires, D., & Harbarth, S. (2019). Control of Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae, Acinetobacter baumannii, and Pseudomonas aeruginosa in Healthcare Facilities: A Systematic Review and Reanalysis of Quasi-experimental Studies	Systematic review 1b	นำหลักการ contact precautions active, surveillance cultures, monitoring, audit and feedback of measures, patient isolation or cohorting, hand hygiene, and environmental cleaning มาใช้ในการจัดการ ป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อ ยา กลุ่ม CRE, CRAB, CRPs-A

สรุปผลการวิจัย

การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์บทบาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเชื้อดื้อยา โดยได้มีการทบทวนเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยและจัดการเชื้อดื้อยา แนวทาง/กลยุทธ์ในการจัดการเชื้อดื้อยา คุณภาพของงานวิจัยที่นำมาทบทวนส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ชนิดของงานวิจัยเป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ จำนวน 8 เรื่อง เชิงคุณภาพ จำนวน 6 เรื่อง Systematic reviews 1 เรื่อง รวมงานวิจัยที่นำมาใช้วิเคราะห์และสังเคราะห์ 15 เรื่อง สามารถรวบรวมประเด็นสำคัญที่เป็นบทบาทของพยาบาลที่จะสามารถนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยและจัดการเชื้อดื้อยา ได้ 5 ประเด็นหลักๆ คือ 1) การเฝ้าระวังเชื้อแบคทีเรียดื้อยา 2) การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ 3) การรับและการส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยา 4) การให้ข้อมูล การสื่อสาร และความรู้แก่บุคลากรและญาติ และ 5) การส่งเสริมการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน จากการศึกษาสามารถสรุปบทบาทพยาบาลในการจัดการเชื้อดื้อยา ได้ดังนี้

1. การเฝ้าระวังเชื้อแบคทีเรียดื้อยา (อะเคื่อ อุณหเลขกะ และคณะ, 2557; มุจรินทร์ แจ่มแสงทอง และคณะ, 2562; ณัฐวิภา บุญเกิดรัมย์ และคณะ, 2563)

1.1 เฝ้าระวังผลการตรวจเพาะเชื้อในผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม จนกระทั่งจำหน่าย

1.2 ส่งตรวจเชื้อดื้อยาในสิ่งส่งตรวจตามแนวทางการรักษา

1.3 ICN ลง Ward เพื่อร่วมเฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อ, การจัดตั้งทีมควบคุมการติดเชื้อเพื่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในหน่วยงาน (วิไลลักษณ์ วงศ์จุลชาติ, 2560)

1.4 กำหนดอุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยา เพื่อประเมินสถานการณ์การแพร่กระจายเชื้อและความสำเร็จในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยา

1.5 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อแสดงแนวโน้มของการติดเชื้อดื้อยา ปัจจัยเสี่ยง ผลกระทบ และผลการดำเนินงานตามมาตรการการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล

1.6 ติดตามแนวโน้มของการพบเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลเป็นระยะ เพื่อใช้พิจารณาความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนมาตรการการดำเนินงาน

1.7 การยกเลิกมาตรการการป้องกันการควบคุมเชื้อดื้อยา เมื่อ 7.1 ผลการส่งสิ่งส่งตรวจ เพาะเชื้อใน specimen ชนิดเดียวกันหลังจากการรักษาด้วยยาต้านจุลชีพแล้ว 1 สัปดาห์ไม่พบเชื้อ 7.2 เมื่อไม่สามารถส่งสิ่งส่งตรวจได้ ให้ยกเลิกมาตรการเมื่อครบ 3 เดือน หลังการรักษาด้วยยาต้านจุลชีพ

2. การให้ข้อมูล การสื่อสาร และความรู้แก่บุคลากรและญาติ (อะเคื่อ อุณหเลขกะ และคณะ, 2557) บุคลากรทางการแพทย์ มีดังนี้

2.1 ให้คำแนะนำทีมสุขภาพทุกระดับ เรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัส (Contact precaution) โดยเน้นเรื่อง การทำความสะอาดมือตามข้อบ่งชี้ในการล้างมือ (5 Moment)

2.2 การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ให้แพทย์เจ้าของไข้เป็นผู้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ ตามความเหมาะสม

2.3 นักศึกษาแพทย์ เมื่อมีการ turn ward จะให้หัวหน้าตึก/ตัวแทน ให้คำแนะนำและปฐมนิเทศก่อนทุกครั้ง

การสื่อสารให้บุคลากรรับรู้ ทำให้บุคลากรสามารถปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้ ทำให้สามารถควบคุมการแพร่เชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ทัศนีย์ สีหามุณาน, 2560) รวมถึงการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ในการสอน/สื่อสารเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อหลายขนาน (ฐิติมา มานะพัฒนเสถียร และคณะ, 2561) อีกทั้งควรมีการทบทวนความรู้บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่พบปัญหาการติดเชื้อเป็นระยะ เนื้อหาความรู้ที่ให้แกบุคลากร ควรประกอบด้วย สถานการณ์การติดเชื้อในโรงพยาบาลความสำคัญของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเชื้อโรค ระบาดวิทยาของเชื้อเชื้อโรค แนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อเชื้อโรคในโรงพยาบาล นโยบายการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเชื้อโรค บทบาทของบุคลากรในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเชื้อโรคในโรงพยาบาล การใช้ยาต้านจุลชีพ การเฝ้าระวังการติดเชื้อเชื้อโรค การสอบสวนการระบาดของเชื้อเชื้อโรค การทำความสะอาดมือ การจัดการสิ่งแวดล้อม การเก็บและนำส่งสิ่งส่งตรวจ วิธีการให้ความรู้แกบุคลากรสามารถดำเนินการได้หลายวิธี ได้แก่ การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการอย่างน้อยปีละครั้ง กระบวนการกลุ่ม การฝึกทักษะการปฏิบัติ การสาธิต และการสาธิตย้อนกลับ การอบรมขณะปฏิบัติงาน (in-service training) การจัดอบรมเมื่อเกิดการระบาด การปฐมนิเทศก่อนการปฏิบัติงานเป็นรายกลุ่มหรือรายบุคคล การจัดทำคู่มือการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเชื้อโรค คู่มือการใช้ยาต้านจุลชีพ จัดบอร์ดให้ความรู้ การให้ข้อมูลผ่านทาง intranet ของโรงพยาบาล จัดทำโปสเตอร์ให้ความรู้ โปสเตอร์เตือน แผ่นพับ เสียงตามสาย สื่อวีดิทัศน์ และการรณรงค์ เป็นต้น (อะเคื่อ อุณหเลขกะ และคณะ, 2557) ผู้ป่วยและญาติ มีดังนี้ 1) การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อเชื้อโรคอยู่โรงพยาบาล เช่น ห้ามเด็กอายุน้อยกว่า 3 ขวบ และผู้สูงอายุเข้าเยี่ยม เป็นต้น และเน้นเรื่อง การทำความสะอาดมือก่อนและหลังการสัมผัสผู้ป่วย และการจำกัดการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย 2) การสื่อสารให้บุคลากรต่างๆ โดย ดัดสัญญาณที่แสดงว่ามีการติดเชื้อแบคทีเรียเชื้อโรคไว้ที่ Chart , Kardex และหัวเตียงผู้ป่วย เพื่อให้ทราบว่าผู้ป่วยรายนี้ได้รับการเฝ้าระวังเป็นพิเศษเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียเชื้อโรค

3. การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ (อะเคื่อ อุณหเลขกะ และคณะ, 2557; บัวจันทร์ ชงเชื้อ และคณะ, 2560; มุขพล ปุณภพ และคณะ, 2561; นาดยา ปรีกัมศีล และคณะ, 2561; มุจรินทร์ แจ่มแสงทอง และคณะ, 2562; ณัฐวิภา บุญเกิดรัมย์ และคณะ, 2563; Kasatpibal et. al., 2021) มีดังนี้

3.1 การจัดสถานที่สำหรับผู้ป่วย (Patient placement) จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องแยก ถ้าไม่มีห้องแยกจัดไว้ใน Zone ที่เหมาะสม โดยแยกให้เป็นบริเวณเฉพาะที่มีฉากกั้นชัดเจน (ควรเป็นฉากพลาสติก) จัด

อุปกรณ์ทางการแพทย์ เครื่องใช้ต่างๆ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ได้แก่ Stethoscope เครื่องวัดความดัน BP cuff ปอทอควิดอุณภูมิ bed pan ขวดปัสสาวะ/Urinal ให้ใช้อุปกรณ์เฉพาะกับผู้ป่วยรายนั้นๆ

3.2 สวมอุปกรณ์ป้องกันในกรณีที่คาดว่าจะสัมผัสเลือด หรือสารคัดหลั่งจากร่างกายผู้ป่วย ตามความเหมาะสม หลังเสร็จกิจกรรมให้ถอดทันที แล้วทำความสะอาดมือทุกครั้ง

3.3 ทำความสะอาดมือตามข้อบ่งชี้ในการล้างมือ (5 Moment) โดย ทำความสะอาดมือก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย ก่อนและหลังทำหัตถการ และหลังสัมผัสสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย ด้วยสบู่ผสมน้ำยาทำลายเชื้อ หรือกรณีที่มีมือไม่เปื้อนใช้แอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือประมาณ 3 – 5 มล.ถูมือทั้งสองข้างให้ทั่วและรอน้ำยาแห้ง โดยจัดให้มีแอลกอฮอล์ถูมือไว้ที่เตียงผู้ป่วยและ/หรือหน้าห้อง

3.4 การลดปริมาณเชื้อดื้อยาที่ปนเปื้อนร่างกายผู้ป่วยบริเวณตั้งแต่คอลงไปด้วยสบู่ผสมน้ำยาทำลายเชื้อ 4% chlorhexidine วันละ 1 ครั้ง (หากสงสัยว่ามีอาการแพ้สบู่ผสมน้ำยาทำลายเชื้อ เช่น ผื่น บวม แดงร้อน ให้หยุดใช้ทันที)

3.5 การทำลายเชื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์ อุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้และสิ่งแวดล้อม โดยอุปกรณ์ที่ใช้ทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม เช่น ผ้าเช็ดทำความสะอาด/ถังน้ำ ให้ใช้เฉพาะราย

3.6 เช็ดตัวผู้ป่วย พร้อมๆ กับการทำความสะอาดเตียง เปลี่ยนผ้าปูเตียง โดยแยกอุปกรณ์เป็นรายคนทุกวัน

3.7 การจัดการผ้าที่ใช้กับผู้ป่วย ระวังระวังการหยิบจับผ้าที่ใช้กับผู้ป่วยแล้ว ระวังไม่ให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อสู่สิ่งแวดล้อม อากาศ พื้นผิวและผู้ป่วยอื่น โดยรวมผ้าอย่างระมัดระวังแล้วบรรจุผ้าที่ใช้แล้วในภาชนะสำหรับใส่ผ้าเปื้อน ไม่โยนผ้า ผ้าเปื้อนเลือด สารคัดหลั่ง ผ้าที่ใช้กับผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาทิ้งลงในภาชนะสำหรับใส่ผ้าเปื้อนที่จัดเก็บไว้ในพื้นที่เก็บของสกปรกโดยเฉพาะ เก็บผ้าที่ใช้กับผู้ป่วยโดยใช้วิธีม้วนเก็บบริเวณที่สกปรก/เปื้อนเลือด/สารคัดหลั่งไว้ด้านในสุดของผ้าก่อนทิ้งลงในถังผ้าเปื้อนติดเชื้อ (ถุงสีแดง) ห้ามทิ้งผ้าเปื้อนลงพื้น

3.8 มูลฝอยทุกชนิดที่เกิดจากผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาให้จัดเป็นมูลฝอยติดเชื้อ

4. การรับและการส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยา (อะเคื่อ อุณหเลขกะ และคณะ, 2557; มุจรินทร์ แจ่มแสงทอง และคณะ, 2562; ญัฐวิภา บุญเกิดรัมย์ และคณะ, 2563; Kasatpibal et. al., 2021) การย้ายผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล ต้องแจ้งให้หน่วยงานที่จะรับผู้ป่วยทราบ เพื่อจัดเตรียมสถานที่ให้ผู้ป่วยและวางมาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาร่วมกัน การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ควรจำกัดการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาออกนอกห้อง ยกเว้นกรณีที่มีความจำเป็นในการรักษาเท่านั้น ในกรณีที่ต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังหน่วยงานอื่น ควรปกปิดบริเวณที่มีการติดเชื้อหรือส่วนของร่างกายที่พบว่ามีเชื้ออยู่ให้มิดชิด ทำความสะอาดมือก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยสวมอุปกรณ์ป้องกันที่สะอาด เมื่อเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังหน่วยงานอื่น ถอดและทิ้งอุปกรณ์ป้องกันที่มีการปนเปื้อนในภาชนะที่เตรียมไว้ ทำความสะอาดมือหลังถอดอุปกรณ์ป้องกัน ทำความสะอาดอุปกรณ์ที่ใช้เคลื่อนย้ายผู้ป่วย เช่น รถเข็น หลังจากใช้งานเรียบร้อยแล้ว

การ Refer กลับพื้นที่ต้องแจ้งให้พื้นที่ทราบว่ามีผู้ป่วยมีการติดเชื้อดื้อยาโดยการเขียนในใบส่งตัว หรือแจ้งทางโทรศัพท์ทุกครั้ง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน ปลายทางต้องเตรียมการรับตามแนวทางปฏิบัติที่หน่วยงาน (ward) ปฏิบัติ ดังนี้ ระหว่างเงินเปลคอยดูแลไม่ให้ผู้ป่วยสัมผัสผู้อื่นหรือสิ่งแวดล้อมขณะเดินทาง ทำความสะอาด รถนั่ง เพลนอน เปลี่ยนผ้าทุกครั้งหลังเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเชื้อดื้อยาก่อนรับผู้ป่วยรายต่อไป เก็บผ้าทุกชนิดที่ใช้กับผู้ป่วยลงในถังผ้าเปื้อนติดเชื้อ ทำความสะอาดมือ เช็ดทำความสะอาดเปลเงินในบริเวณที่ผู้ป่วยสัมผัส และล้างมือด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อเช็ดพื้นผิว

งานกายภาพบำบัด ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีเชื้อดื้อยารุนแรงให้แจ้งกายภาพบำบัด เพื่อมาดูแลผู้ป่วยที่หน่วยงาน

การทำ X-ray ให้ใช้ถุงพลาสติกหุ้ม ฟิล์ม Cassette ก่อน เมื่อทำการ X-ray เสร็จแล้ว ให้ทิ้งถุงเป็นมูลฝอยติดเชื้อ ทำความสะอาดมือด้วย แอลกอฮอล์

5. การส่งเสริมการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน มีดังนี้

5.1 ใช้รูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาของบุคลากร พยาบาล ประกอบด้วย 6 กิจกรรมหลัก คือ 1) การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ 2) การทบทวนความรู้ 3) การประเมินผลและให้ข้อมูลย้อนกลับ 4) การกระตุ้นเตือนโดยใช้โปสเตอร์ 5) การสนับสนุนอุปกรณ์ ป้องกันส่วนบุคคลและอุปกรณ์การแพทย์และ 6) การรณรงค์การทำความสะอาดมือ บุคลากรพยาบาล (ปิยะฉัตร วิเศษศิริ และคณะ, 2558)

5.2 ใช้กลวิธีหลากหลายในการป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาหลายขนานในการส่งเสริมการปฏิบัติของบุคลากรสุขภาพ ได้แก่ การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ อบรม IC Delivery การจัดบอร์ด การประเมินผลและการให้ข้อมูลย้อนกลับ การเพาะเชื้อในสิ่งแวดล้อม (วิไลลักษณ์ วงศ์จุลชาติ, 2560) การอบรมการติดโปสเตอร์ การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการสนับสนุนอุปกรณ์ให้มีใช้อย่างเพียงพอ เช่น ถุงมือขนาดต่าง ๆ ผ้าปิดปาก-ปิดจมูก เสื้อคลุม กระดาษเช็ดมือ ผ้าเช็ดมือ และแอลกอฮอล์สำหรับทำความสะอาดมือ (ประจวบ ทองเจริญ และคณะ, 2558)

5.3 ใช้รูปแบบการจัดการการเปลี่ยนแปลง (The change model) หรือ 4Es model ของโพรวิน วอสต์และคณะ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การมีส่วนร่วม (Engage) การให้ความรู้ (Educate) การดำเนินการและการให้ความช่วยเหลือ (Execute) และการติดตามประเมินผล (Evaluate) โดยมีเป้าหมายเพื่อเปลี่ยนแปลงผู้ปฏิบัติระดับผู้ร่วมงาน (สมฤดี ชัชเวช และคณะ, 2560)

5.4 ใช้แนวคิดการบริหารการเปลี่ยนแปลงองค์กรของคอตเตอร์ ได้แก่ 1) การสร้างสำนักแห่งความเร่งด่วนของการเปลี่ยนแปลง 2) การริเริ่มแนวทางร่วมกันหรือสร้างแกนนำพันธมิตร 3) การวางเป้าหมายและทิศทางการดำเนินงาน 4) การสื่อสารให้ผู้อื่นทราบ 5) การมอบอำนาจให้บุคคลมีอำนาจในการทำงานได้ 6) การสร้างความสำเร็จระยะสั้นเพื่อให้ทุกคนในองค์กรเห็นความสำเร็จในแต่ละระยะ 7) การ

สร้างการเปลี่ยนแปลงให้เกิดอย่างต่อเนื่อง และ 8) การให้ความสำคัญกับผลงานที่ดีและวัฒนธรรมการทำงานใหม่ๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดการติดเชื้อดื้อยา (กุลดา พฤตวิธรัตน์ และคณะ, 2560)

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัย สามารถนำมาอภิปรายผลดังนี้คือ บทบาทพยาบาลและกลยุทธ์การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่สำคัญ นอกเหนือจากการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ และสื่อสารให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวทางมาตรฐานที่มีประสิทธิภาพแล้ว จะต้องมีการติดตามแนวโน้มของการพบเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลเป็นระยะ เพื่อพิจารณาความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนมาตรการการดำเนินงาน และเมื่อเกิดเหตุการณ์การแพร่ระบาดแล้วจะต้องมีการทบทวนและปรับปรุงมาตรการให้เป็นปัจจุบัน เช่น มาตรการการแยกผู้ป่วย การเคลื่อนย้ายส่งต่อผู้ป่วย หรือการยกเลิกมาตรการป้องกันควบคุมเชื้อดื้อยา ส่วนประเด็นสำคัญที่จะต้องดำเนินการต่อเนื่องทันทีเพื่อให้ทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง ได้แก่ การสอบสวนการระบาดของเชื้อดื้อยา การอบรมให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานเมื่อเกิดการระบาด แนวทางดังกล่าวข้างต้นการนำไปปฏิบัติจะต้องปรับตามบริบทของแต่ละหน่วยงานด้วย

ส่วนการส่งเสริมการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนมีเป้าหมายเพื่อเปลี่ยนแปลงผู้ปฏิบัติระดับผู้ร่วมงาน (สมฤดี ชัชเวช และคณะ, 2560) ซึ่งเป็นการให้ความสำคัญกับผลงานที่ดีและสร้างวัฒนธรรมการทำงาน เพื่อเพิ่มประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดการติดเชื้อดื้อยา (กุลดา พฤตวิธรัตน์ และคณะ, 2560) จะเป็นการส่งเสริมการปฏิบัติโดยการปรับใช้กลยุทธ์/กลวิธี ต่างๆ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลต่อการจัดการเชื้อดื้อยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมไปถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรอีกด้วย

1. ควรมีการนำรูปแบบการจัดการจัดการการเปลี่ยนแปลง 4Es Model ร่วมกับการใช้กลวิธีที่หลากหลายไปใช้ในหอผู้ป่วยที่มีการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาในกลุ่มควบคุมพิเศษ

2. ศึกษาต่อยอดเป็นงานวิจัยเพื่อศึกษาผลของการจัดการเชื้อดื้อยาในหน่วยงาน

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). รายงานประจำปี 2559 สำนักโรคติดต่อทั่วไป. Retrieved from <http://www.boe.moph.go.th/boedb/surdata/>

กุลดา พฤตวิธรัตน์, รัชนิษฐ์ วงศ์แสน, สุทธิพันธ์ วัฒนพรัตน์, และสมรรถเนตร ตะริโย. (2560). การเพิ่มประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดการติดเชื้อดื้อยา แผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลนครพิงค์. *วารสารกองการพยาบาล*, 44(4), 10-33.

- คณะกรรมการประสานและบูรณาการงานด้านการติดเชื้อด้านจุลชีพ ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์
กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *แผนยุทธศาสตร์การจัดการการติดเชื้อด้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ.
2560–2564*. สืบค้นจาก <http://dmsic.moph.go.th/index/detail/6849>
- ชลธิศ บุญร่วม, อะเคื่อ อุณหเลขกะ, และวันชัย เลิศวัฒนวิลาส. (2563). ปัจจัยทำนายการปฏิบัติการป้องกันการ
การแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์. *พยาบาลสาร*, 47(2), 133-142.
- จิตติมา มานะพัฒนเสถียร, จิตราภรณ์ จิตรีเชื้อ, และนางเยาว์ เกษตร์ภิบาล. (2561). การพัฒนาหนังสือ
อิเล็กทรอนิกส์ ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานสำหรับพยาบาลวิชาชีพ. *พยาบาล
สาร*, 45(1), 146-158.
- ทัศนีย์ สีหาบุญนาถ. (2560). การพัฒนาวิธีปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล.
วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 1(2), 17-21.
- นาคยา ปริกัมสิต, ศุภา เฟื่องเลา, และสมใจ สายสม. (2561). ผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อ
แบคทีเรียดื้อยาควบคุมพิเศษต่อความรู้ และการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาควบคุม
พิเศษของบุคลากรสุขภาพ ผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาลโพธาราม. *วารสารหัวหินสุขใจ ไกลกังวล*, 3(2),
49-57.
- นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ, พรนภา สุกรเวทย์ศิริ, และชิน โชติ ศรีใส. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ
ดื้อยาหลายขนานของเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ในผู้ป่วยใน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด.
วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 5(1), 87-96.
- ณัฐวิภา บุญเกิดรัมย์, วิลาวัณย์ พิเชิธรเสถียร, และพิมพ์ภรณ์ กลั่นกลั่น. (2563). การพัฒนาแผนการดูแลทาง
คลินิกสำหรับการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจาย ของเชื้อดื้อยาหลายกลุ่มในโรงพยาบาล.
พยาบาลสาร, 47(1), 129-137.
- บัวจันทร์ ธงเชื้อ, ปัทมา คำฟู, และสุทธิพันธ์ ถนอมพันธ์. (2560). ผลของโปรแกรมการล้างมือต่อความรู้ และ
การปฏิบัติด้านการป้องกันและควบคุม การติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรทางการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติ
ในแผนกศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลนครพิงค์. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคเหนือ*, 23(2), 12-25.
- ประจวบ ทองเจริญ, วันชัย มั่งคั่ง, และอะเคื่อ อุณหเลขกะ. (2558). ผลของการใช้กลวิธีหลากหลายต่อการ
ปฏิบัติของบุคลากรสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาหลายขนาน. *พยาบาลสาร*, 42(1),
61-73.
- ปิยะฉัตร วิเศษศิริ, อะเคื่อ อุณหเลขกะ, และนางเยาว์ เกษตร์ภิบาล. (2558). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการ
ปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรพยาบาล แผนกอายุรกรรมในโรงพยาบาลระดับตติย
ภูมิ. *พยาบาลสาร*, 42(3), 119-133.

- มุขพล ปุณภพ, พรทิพย์ มาลาธรรม, และกำธร มาลาธรรม. (2561). การปฏิบัติของบุคลากรตามแนวทางการแยกผู้ป่วยแบบสัมผัสในผู้ป่วยที่มีเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะหลายขนานในโรงพยาบาลตติยภูมิ. *Ramathibodi Medical Journal*, 41(4), 56-64.
- มูจรินทร์ แจ่มแสงทอง, วันชัย เลิศวัฒนวิลาส, และอะเกือ อุณหเลขกะ. (2562). การดำเนินการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยาหลายขนานของโรงพยาบาลศูนย์. *พยาบาลสาร*, 46(2), 83-94.
- วิไลลักษณ์ วงศ์จุลชาติ. (2560). การใช้กลวิธีหลากหลายเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. *วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11*, 31(3), 441-456.
- วิชญ์ ธรรมลิขิตกุล. (2558). *คู่มือการควบคุมและป้องกันแบคทีเรียดื้อยาด้านจุลชีพในโรงพยาบาล*. สืบค้นจาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4276?show=full>
- สมฤดี ชัชเวช, รุ่งฤดี เวชนิชสนอง, กุสุมา บุญรักษ์, ไพจิตร มามาตย์, ไพรัช พิมล, และสุพรรณษา บุญศรี. (2560). ผลของการนำ ใช้แนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยา ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. *วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11*, 31(4), 697-708.
- สุเพียร โภคทิพย์. (2561). *การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ*. [เอกสารประกอบการสอน]. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์.
- สุพรรณิ กัณหดิลก, ตรีชฎา ปุณสำเริง, และชุติมา มาลัย. (2560). กลยุทธ์การสอนด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาล. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(4).
- อะเกือ อุณหเลขกะ, สุชาดา เหลืองอาภาพงศ์, และจิตตาภรณ์ จิตริเชื้อ. (2557). การป้องกันการติดเชื้อดื้อยาในหอผู้ป่วย Prevention of Multidrug Resistant Organism Infections in Intensive Care Units. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อัญริยา ขบุญเรือง, ชนิกันต์ จิตศรีทรา, และลลิตพรรณ ทาระเวท. (2560). อุบัติการณ์การดื้อยาของเชื้อแบคทีเรียจากอุปกรณ์การแพทย์ในห้องผู้ป่วยหนักของโรงพยาบาล. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 47(2), 222-234.
- Cooper, H. (1998). *Synthesizing research: A guide for literature reviews* (3rd ed). Sage Publications.
Retrieved from <https://books.google.co.th/books>
- Kasatpibal, N., Chittawatanarat, K., Nunngam, N., Kampeerapanya, D., Duangsoy, N., Rachakom, C., Soison, U., & Apisarnthanarak, A. (2021). Impact of multimodal strategies to reduce multidrug-resistant organisms in surgical intensive care units: Knowledge, practices and transmission: A quasi-experimental study. *Nursing open*, 8(4), 1937–1946. <https://doi.org/10.1002/nop2.864>
- The Joanna Briggs Institute (JBI). (2014). *New JBI Levels of Evidence*. Retrieved from https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf

- Tomczyk, S., Zanichelli, V., Grayson, M. L., Twyman, A., Abbas, M., Pires, D., & Harbarth, S. (2019). Control of carbapenem-resistant Enterobacteriaceae, *Acinetobacter baumannii*, and *Pseudomonas aeruginosa* in healthcare facilities: a systematic review and reanalysis of quasi-experimental studies. *Clinical Infectious Diseases*, 68(5), 873-884. <https://doi.org/10.1093/cid/ciy752>

ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแรงในชีวิต ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนกับการปรับตัวภายใต้ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

วีรพงศ์ คาเซิงเขา, พย.ม.¹

นริสา วงศ์พนารักษ์, พย.ค.² *

(วันที่ส่งบทความ: 25 เมษายน 2566; วันที่แก้ไข: 29 พฤศจิกายน 2566; วันที่ตอบรับ: 21 ธันวาคม 2566)

บทคัดย่อ

การแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ส่งผลกระทบอย่างมากต่อระบบการศึกษา ทำให้นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายต้องมีการปรับตัว การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแรงในชีวิต ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนกับการปรับตัวภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 187 คน โดยการสุ่มแบบชั้นภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือนธันวาคม 2565 - มกราคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความแข็งแรงในชีวิต แบบประเมินความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน และแบบประเมินการปรับตัวภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93, 0.81 และ 0.91 ตามลำดับ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า ความแข็งแรงในชีวิตโดยรวม เท่ากับ 110.26 ($SD = 10.87$) ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 47.43, SD = 5.97$) การปรับตัวภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.01, SD = 0.28$) ความแข็งแรงในชีวิต และความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปรับตัวภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.241 (df = 2)$ และ $r = 0.318 (df = 2)$, $p \text{ value} < 0.01$ ตามลำดับ) พยาบาลจิตเวชและบุคลากรด้านการศึกษา ควรส่งเสริมการปรับตัวที่ดีภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

คำสำคัญ: ความแข็งแรงในชีวิต, ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน, การปรับตัวภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19

¹ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต), คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² รองศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: นริสา วงศ์พนารักษ์, อีเมล: narisa.w@msu.ac.th

Relationships Between Resilience, Friendship Intimacy and Adaptation during the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic Among High School Students

Weerapong Dachengkhaio, M.N.S.³

Narisa Wongpanarak, Ph.D.⁴ *

(Received: April 25th, 2023; Revised: November 29th, 2023; Accepted: December 21st, 2023)

Abstract

The coronavirus pandemic upended the education system. Consequently, high school students needed to properly adapt themselves during the epidemic situation. This research aimed to study the correlation between resilience, friendship intimacy and adaptation among high school students during the Coronavirus disease 2019 (COVID-19) epidemic situation. The research employed descriptive correlational design. A sample of 187 high school students was recruited by stratified random sampling technique. Data were obtained during December 2022 to January 2023. Research instruments included demographic questionnaires, resilience questionnaires, intimacy of friendship questionnaires, and adaptation during the COVID – 19 pandemic questionnaires. The Cronbach's alpha coefficients were 0.93, 0.81 and 0.91 respectively. Data were analyzed using descriptive statistic and Pearson's correlation coefficient. The results showed that the high school students had an overall resilience average score of 110.26 ($SD = 10.87$), overall friendship intimacy was high ($M = 47.43$, $SD = 5.97$), and overall adaptation under the COVID – 19 epidemic was high ($M = 4.01$, $SD = 0.28$). It was found that resilience and friendship intimacy had positive significant correlation with adaptation during the COVID – 19 epidemics ($r = 0.241$ ($df = 2$) and $r = 0.318$ ($df = 2$), p value < 0.01 respectively). Healthcare providers and academic administrators should promote better adaptation under the COVID – 19 pandemic among high school students.

Keywords: resilience, friendship intimacy, adaptation during the COVID – 19 pandemic

³ Master's Student Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental health Nursing, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

⁴ Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

* Corresponding author: Narisa Wongpanarak, E-mail: narisa.w@msu.ac.th

บทนำ

โรคโควิด - 19 เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ที่มีชื่อว่า Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) ได้เพิ่มระดับความรุนแรงและขยายการระบาดในวงกว้างระหว่างประเทศ (งานโรคติดต่ออุบัติใหม่ กลุ่มพัฒนาวิชาการโรคติดต่อ, 2564) ส่งผลให้องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ และเป็นการระบาดใหญ่ระดับโลก (Pandemic) ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็ว จนกระทั่งเมื่อวันที่ 5 พฤษภาคม 2566 องค์การอนามัยโลกประกาศยุติภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขของโรคโควิด 19 จากภาวะฉุกเฉินสาธารณสุขโลก (World Health Organization [WHO], 2023) สำหรับประเทศไทยได้จัดเป็นโรคประจำถิ่น จากโรคติดต่ออันตรายเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง มีการใช้ชีวิตวิถีใหม่แบบ New normal (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566) สถานการณ์การแพร่ระบาดดังกล่าว ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลในสังคมหลายด้าน เช่น ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และด้านการศึกษา

การแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ที่ผ่านมามีผลกระทบต่อระบบการศึกษาโดยเฉพาะกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ทำให้ไม่สามารถมาเรียนที่โรงเรียนได้อย่างเต็มรูปแบบ มีการศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเองที่บ้าน การกักตัวในนักเรียนที่มีประวัติเสี่ยง (เมธาสิทธิ์ ธัญรัตนศรีสกุล และคณะ, 2564) มีการเรียนผ่านระบบออนไลน์ (อวาทิพย์ แว, 2563) เกิดข้อจำกัดด้านความพร้อมในการเรียน การขาดแคลนอุปกรณ์ที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงขาดแคลนสัญญาณอินเทอร์เน็ตที่ดีและเพียงพอ (Zeegen et al., 2020) เกิดความเหลื่อมล้ำทางการศึกษา (เสาวลักษณ์ อนุพันธ์, 2563) ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมการเรียนการสอนได้อย่างเต็มที่ (กรณิการ์ แสนสุภา และคณะ, 2563) นักเรียนถูกจำกัดจำนวนในการเข้าชั้นเรียน ไม่สามารถร่วมกิจกรรมกลุ่มร่วมกันกับเพื่อนในชั้นเรียนได้ การลดกิจกรรมทางสังคม เนื่องจากต้องเว้นระยะห่างทางสังคม (เทือน ทองแก้ว, 2563) เกิดความเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อโรคโควิด - 19 เมื่อต้องเข้าร่วมเรียนในชั้นเรียนที่นักเรียนร่วมกันจำนวนมาก (กานต์ จำรูญโรจน์, 2563) ส่งผลให้นักเรียนมีปัญหาการเรียนรู้อดลอย (ตรีสุข ไพชยนต์วิจิตร และสรลลขนา ธิติสวรรค์, 2565) ปัญหาการหลุดออกจากระบบการศึกษา (กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา, 2564) ปัญหาด้านคุณภาพการศึกษา (Luthra & Mackenzie, 2020) และการปรับตัวของวัยรุ่น (Hollenstein et al., 2021; Romm et al., 2021) จากผลกระทบดังกล่าว การปรับตัวที่ดีและมีประสิทธิภาพจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เมื่อผู้เรียนมีการปรับตัวที่ดีจะสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ดี (นงลักษณ์ วิชัยรัมย์ และคณะ, 2559)

การปรับตัวตามแนวคิดของ Baker and Siryk (1984) ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการเรียน ด้านอารมณ์ ด้านสังคม และด้านความรู้สึกล่อล้อนสถานศึกษา (ดวงทิพย์ เจริญรุทซ์, 2566; เมธาสิทธิ์ ธัญรัตนศรีสกุล และคณะ, 2564) เมื่อวัยรุ่นมีการจัดการกับความขัดแย้งทางอารมณ์และเผชิญกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต อันนำไปสู่การปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลง

ต่าง ๆ ได้ดี (นงลักษณ์ วิรัชชัย และคณะ, 2559) ซึ่งเป็นความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลในการยืนหยัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ท่ามกลางสภาวะการณ์เลวร้ายในชีวิตหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด สามารถที่จะฟื้นตัวและผ่านพ้นจากการได้รับผลกระทบที่เกิดจากสภาวะการณ์นั้นได้ในเวลารวดเร็ว อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (พัชรินทร์ นันทจันทร์, 2558; Grotberg, 2003) ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) ด้านฉันมี 2) ด้านฉันเป็น และ 3) ด้านฉันสามารถ ดังการศึกษาของชุดิมา จิรัฐิเกรียงไกร และคณะ (2564) พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตที่สูงจะส่งผลให้สภาวะทางจิตใจดี สามารถปรับตัวกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการแสดงออกระหว่างตนเองกับเพื่อน การสนับสนุนทางอารมณ์ การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เพื่อช่วยให้เพื่อนสามารถจัดการกับความเครียดและผ่านพ้นอุปสรรคปัญหาที่เกิดขึ้นได้ (Buhrmester, 1990) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของวัยรุ่น เป็นแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์ที่ช่วยให้สามารถก้าวผ่านและเผชิญกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (วรรัชช ไชยมงคล และอารยา ผลัญญา, 2565) วัยรุ่นที่มีความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนสูง มีแนวโน้มที่จะมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดี (ศิริพร ณ นคร และคณะ, 2564) กล่าวได้ว่าการปรับตัวที่ดีมีความสำคัญอย่างมากต่อความสามารถในการจัดการและการเผชิญปัญหาในชีวิต

จากความสำคัญของปัญหาการปรับตัวภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ดังนั้น ผู้วิจัยจึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนกับการปรับตัวภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ในช่วงเดือนธันวาคม 2565 - มกราคม 2566 ผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลจิตเวชและบุคลากรด้านการศึกษา ควรให้ความสำคัญและหากิจกรรมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน เพื่อส่งเสริมการปรับตัวที่ดีภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความแข็งแกร่งในชีวิต ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน และการปรับตัวภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนกับการปรับตัวภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

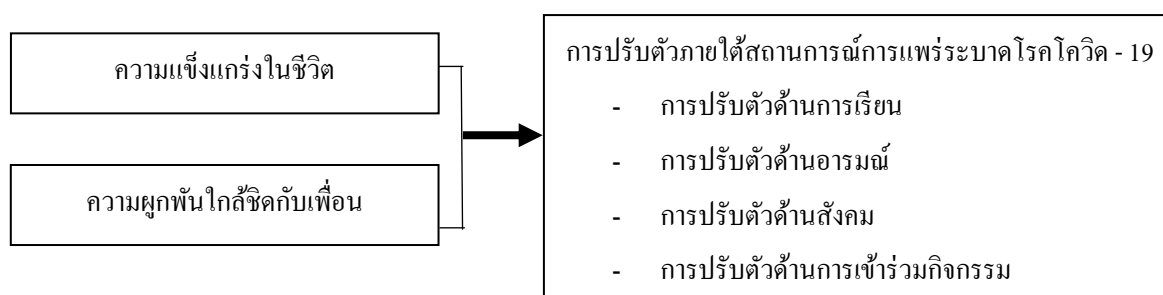
สมมติฐานการวิจัย

ความแข็งแกร่งในชีวิต ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิตของ Grotberg (2003) มาอธิบายความแข็งแกร่งในชีวิตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Buhrmester (1990)

มาอธิบายการรับรู้ของบุคคลต่อการแสดงออกระหว่างตนเองกับเพื่อน การสนับสนุนทางอารมณ์ การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และแนวทางการปรับตัวภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ที่พัฒนาโดย เมธาสิทธิ์ ธีรรัตน์ศรีสกุล และคณะ (2564) ตามแนวคิดของ Baker and Stryk (1984) มาอธิบายถึงการปรับตัวภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ที่แสดงออกทางพฤติกรรม 4 ด้าน ได้แก่ การปรับตัวด้านการเรียน การปรับตัวด้านอารมณ์ การปรับตัวด้านสังคม และการปรับตัวด้านการเข้าร่วมกิจกรรม นำมาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research design) เก็บข้อมูลตั้งแต่ เดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

ประชากร คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 เพศชายและหญิง อายุ 15 -19 ปี สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) จังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปีการศึกษา 2563 จำนวน 4,804 คน จากโรงเรียนทั้งหมด 9 โรงเรียน (สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาศรีสะเกษ เขต 4, 2563)

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G * Power ใช้ Test – family เลือก Exact Statistical test เลือก Correlation : Bivariate normal model กำหนดอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) 0.30 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) 0.05 และอำนาจทดสอบ (Power) 0.95 (บุญชม ศรีสะอาด, 2560) ได้กลุ่มตัวอย่าง 138 ราย และเพิ่มจำนวนตัวอย่างอีกร้อยละ 35 (วิเชียร เกตุสิงห์, 2534) เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ทำให้นักเรียนถูกจำกัดจำนวนในการเข้าชั้นเรียน และป้องกันการตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 187 ราย จากนั้นทำการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling)

ตามสังกัดของโรงเรียนและระดับชั้นของนักเรียนที่มีรูปแบบการจัดการเรียนการสอนเหมือนกัน ผู้วิจัยดำเนินการ 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มเลือกโรงเรียน จาก 9 แห่ง ด้วยวิธีการจับสลากมา 1 แห่ง

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มเลือกนักเรียน ด้วยวิธีการจับสลาก ระดับชั้นตามสัดส่วน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 63 ราย ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 62 ราย และชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 62 ราย ผู้วิจัยสุ่มเลือกห้องเรียนด้วยตนเอง เพื่อป้องกันการเลือกเจาะจงนักเรียนที่มีปัญหาเข้ามาเข้าร่วมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการขอรับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับการพิจารณารับรองเลขที่ 300 - 288/2565 วันที่รับรอง 5 กันยายน 2565 ได้ดำเนินการโดยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในทุกขั้นตอน และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นนักเรียนที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ดังนั้น ผู้วิจัยจึงขออนุญาตผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในงานวิจัยครั้งนี้ด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม 1 ชุด จำนวน 88 ข้อ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม สถานภาพสมรสของบิดามารดา รายได้ครอบครัว บุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วยและจำนวนสมาชิกในครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต ผู้วิจัยนำแบบประเมินของ พัทรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ (2555) มาใช้ ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดของ Grotberg (2003) มีจำนวน 28 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านแหล่งสนับสนุนภายนอก (I have) 9 ข้อ ด้านความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล (I am) 10 ข้อ และด้านทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (I can) 9 ข้อ มีตัวเลือกตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก *ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง* ถึง *เห็นด้วยอย่างยิ่ง* คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 28-140 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความแข็งแกร่งในชีวิตมาก

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน ผู้วิจัยนำแบบประเมินฉบับแปลเป็นภาษาไทยของมณฑนา นทีธาร (2546) มาใช้ ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดของ Buhrmester (1990) มีจำนวน 12 ข้อ มีตัวเลือกตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก *ไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นเลย* ถึง *มีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นเกือบทุกครั้ง* การแปลผลจากคะแนนรวมเพื่อแบ่งระดับความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ *ระดับสูง* (45 - 60 คะแนน) *ระดับปานกลาง* (29 - 44 คะแนน) และ *ระดับต่ำ* (12 - 28 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการปรับตัวภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด - 19 ผู้วิจัยนำแบบประเมินของ เมธาสิทธิ์ ธีรรัตนศิริสกุล และคณะ (2564) มาใช้ ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดของ Baker and Siryk (1984) มีจำนวน 40 ข้อ มีตัวเลือกตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก *มีการปรับตัวในระดับน้อยที่สุด* ถึง *มีการปรับตัวในระดับมากที่สุด* การแปลผลจากคะแนนรวมเพื่อแบ่งระดับความผูกพันใกล้ชิด

กับเพื่อนเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.51 - 5.00) ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.50) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50) ระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50) และ ระดับน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบประเมินความแข็งแรงในชีวิต แบบประเมินความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน และแบบประเมินการปรับตัวภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญโดยใช้โดยไม่ได้มีการตัดแปลงข้อความใด ๆ ดังนั้นจึงไม่จำเป็นต้องตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .93, .81 และ .91 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ยื่นต่อผู้อำนวยการโรงเรียน เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับอาจารย์ที่เกี่ยวข้องและพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยให้มีระยะเวลาในการตัดสินใจได้อย่างอิสระ ภายใน 1 สัปดาห์ก่อนถึงวันนัด พร้อมนำเอกสารที่ผู้ปกครองลงนามยินยอมอนุญาตให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งขออนุญาตส่งคิวอาร์โค้ดของแบบสอบถามซึ่งอยู่ในรูปของ Google form ให้กลุ่มตัวอย่าง
3. กลุ่มตัวอย่างสแกนคิวอาร์โค้ดผ่านมือถือหรือคอมพิวเตอร์ เพื่อเข้าไปดำเนินการตอบแบบสอบถามออนไลน์ได้อย่างเป็นอิสระ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 50 นาที
4. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วนำมาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ผลการเรียนรู้เฉลี่ยสะสม สถานภาพสมรส ของบิดามารดา รายได้ครอบครัว บุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วย จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความแข็งแรงในชีวิต ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน และการปรับตัวภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean: M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation [SD])
2. การตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูล (Normality test) ให้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นในการเลือกใช้สถิติที่เหมาะสม พบว่า ข้อมูลมีการกระจายตัวไม่ปกติ (Non normal distribution) หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลโดยใช้กราฟ คือ ความเบ้ (Skewness) ความโด่ง (Kurtosis) Histogram Boxplot และ Normal Probability Plot อีกครั้ง พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงปกติ (Normal distribution; Leys et al., 2019; Tabachnick et al., 2018) ผู้วิจัยจึงใช้สถิติในกลุ่มพารามตริก (Parametric Statistics) คือ สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแรงในชีวิตและความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนกับการปรับตัวภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 187 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.60) ($M = 16.59$, $SD = 1.00$) กลุ่มเรียนดีมาก เกรดเฉลี่ย 3.4 ($M = 3.40$, $SD = 0.34$) ระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 (ร้อยละ 33.68) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดามารดา (ร้อยละ 60.43) และบิดามารดามีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 69.50) รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 15,984 บาท ($M = 15,984$, $SD = 6,294.45$) และจำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 4.16 คน ($M = 4.16$, $SD = 0.97$) ส่วนใหญ่ครอบครัวอบอุ่น สถานภาพสมรสทำให้มีแนวโน้มที่จะปรับตัวได้ดี ความแข็งแรงในชีวิต ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน และการปรับตัวภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19

ผลการศึกษา พบว่า ความแข็งแรงในชีวิตมีค่าที่เป็นไปได้ระหว่าง 28 – 140 คะแนน และค่าที่เป็นจริงระหว่าง 82 – 140 คะแนน คะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 110.26 ($SD = 10.87$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนโดยรวมมีการแปลผลอยู่ในระดับสูง ($M = 47.43$, $SD = 5.97$) และคะแนนการปรับตัวภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.01$, $SD = 0.28$) เมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้านมีการปรับตัวในระดับมาก โดยด้านการปรับตัวด้านสังคมมีค่าเฉลี่ยคะแนนมากที่สุด ส่วนด้านการปรับตัวด้านการเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนน้อยที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความแข็งแรงในชีวิตรายด้าน ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน และการปรับตัวภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 รายด้าน ($n=187$)

ตัวแปร	<i>M</i>	<i>SD</i>
ความแข็งแรงในชีวิต		
1. ด้านแหล่งสนับสนุนภายนอก	35.49	4.22
2. ด้านความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล	39.60	4.01
3. ด้านทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	35.17	4.18
ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน	47.43	5.97
การปรับตัวภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19		
1. การปรับตัวด้านการเรียน	3.99	0.31
2. การปรับตัวด้านอารมณ์	3.96	0.53
3. การปรับตัวด้านสังคม	4.26	0.24
4. การปรับตัวด้านการเข้าร่วมกิจกรรม	3.82	0.64

ความสัมพันธ์ของปัจจัยความแข็งแรงในชีวิต ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน และการปรับตัวภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19

ผลการศึกษา ความสัมพันธ์ของความแข็งแรงในชีวิต ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนและการปรับตัวภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 พบว่า ความแข็งแรงในชีวิต และความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปรับตัวภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.241$ ($df = 2$) และ $r = 0.318$ ($df = 2$), p value < 0.01 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของความแข็งแรงในชีวิต ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนและการปรับตัวภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ($n=187$)

ตัวแปร	1	2	3
1. ความแข็งแรงในชีวิต	-	0.435*	0.241*
2. ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน		-	0.318*
3. การปรับตัวภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19			-

หมายเหตุ. $p < 0.01$

สรุปผลการวิจัย

นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จากโรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานของจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความแข็งแรงในชีวิตโดยรวม เท่ากับ 110.26 ($SD = 10.87$) ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนอยู่ในระดับสูง และการปรับตัวภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 อยู่ในระดับมาก ความแข็งแรงในชีวิต และความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปรับตัวภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผล

ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแรงในชีวิตกับการปรับตัวภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงในชีวิตโดยรวม เท่ากับ 110.26 ($SD = 10.87$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาศรี ปัญญาวิชรัช และภวมี กาญจนจิราภรณ์ (2565) ที่ได้ศึกษาความแข็งแรงในชีวิตของประชาชนไทยในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 พบว่า ความแข็งแรงในชีวิตในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระดับเกณฑ์ปกติ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายได้รับการเตรียมตัวทางด้านความรู้และการปฏิบัติตัวในเรื่องการใช้ชีวิตแบบวิถีใหม่จากทางโรงเรียน เช่น

การประกาศมาตรการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด - 19 การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติในการชะลอการระบาดของโรคโควิด-19 โดยการเว้นระยะห่างกับคนอื่นอย่างน้อย 1-2 เมตร (Distancing [D]) การสวมหน้ากากผ้า หรือหน้ากากอนามัย (Mask Wearing [M]) การหมั่นล้างมือบ่อยๆ (Hand Washing [H]) ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายสม่ำเสมอ (Testing [T]) และ การสแกนแอปพลิเคชันไทยชนะทุกครั้งที่เดินทางไปสถานที่ต่าง ๆ (Thai Cha na [T]) ซึ่งเรียกว่ามาตรการ DMHTT อย่างเคร่งครัด เพื่อลดโอกาสในการสัมผัสเชื้อและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคในวงกว้าง การสังเกตและกักตนเองเมื่อมีอาการต้องสงสัย (กรมควบคุมโรค, 2563) ทางด้านสถานศึกษาได้มีการปรับรูปแบบการเรียนการสอนผ่านระบบออนไลน์ การศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเองที่บ้าน และมีการเตรียมความพร้อมในด้านวัสดุ อุปกรณ์และเทคโนโลยี เพื่อให้สอดคล้องกับรูปแบบการเรียนออนไลน์ มีการติดตามสอบถามปัญหาอุปสรรคและความต้องการของนักเรียนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน, 2564) นอกจากนี้ยังมีการสื่อสารข้อมูลและสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคจากศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ ต่อเนื่องและรวดเร็ว จึงทำให้นักเรียนส่วนใหญ่มีความแข็งแกร่งในชีวิต สามารถเผชิญและปรับตัวได้ดี ตามแนวคิดของ Grotberg (1995) ที่อธิบายว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นความสามารถของบุคคลหรือศักยภาพของบุคคลในการยืนหยัดอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต เช่น สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 การปฏิบัติตัวในเรื่องการใช้ชีวิตแบบวิถีใหม่ (New normal) ซึ่งสามารถนำตัวเองข้ามผ่านอุปสรรคเหล่านั้นได้อย่างรวดเร็ว ความแข็งแกร่งในชีวิตจะช่วยลดความเครียดและปัญหาอื่น ๆ ที่จะตามมาได้ เนื่องจากช่วยเพิ่มความยืดหยุ่น การเข้าใจ การยอมรับ ช่วยให้ความสามารถในการเผชิญปัญหาและการปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Zhang et al., 2020)

ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปรับตัวภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีรายได้ที่เพียงพอ อาศัยอยู่กับบิดามารดา ครอบครัวสนับสนุนด้านอุปกรณ์สื่อสารที่เอื้อต่อการเรียนแบบออนไลน์ นักเรียนมีการเตรียมความพร้อมทางด้านความรู้และการปฏิบัติตัวชีวิตแบบวิถีใหม่ สามารถเผชิญปัญหาและปรับเปลี่ยนวิธีการเรียนรู้ของตนเองจากการเรียนในห้องเรียนเป็นแบบออนไลน์ (Duraku & Hoxha, 2020) สามารถเรียนรู้ที่อยู่ภายใต้สถานการณ์ที่ยากลำบาก เช่น การปฏิบัติตัวตามมาตรการ DMHTT ของโรงเรียนอย่างเคร่งครัด ทำให้สามารถปรับตัวทั้งทางด้านการเรียน สังคมและอารมณ์ได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับ Rutter (1985) ที่กล่าวว่า สิ่งที่จะช่วยให้ปรับตัวได้ดีนั้นขึ้นอยู่กับความแข็งแกร่งในชีวิต เป็นความสามารถในการรับมือกับความทุกข์ยากที่กำลังเผชิญอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถกลับมามีสภาวะสมดุลได้อย่างรวดเร็ว ตามแนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิตของ Grotberg (1995) อธิบายว่า การมีแหล่งให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจ (I have) ช่วยให้ผู้บุคคลมีการพัฒนาตนเอง มีความภูมิใจในตนเอง มีความหวัง เป็นคนมองโลกในแง่ดี และมีสิ่งยึดเหนี่ยวในจิตใจ มีการยอมรับและยกย่องผู้อื่น (I am) ช่วยให้ผู้บุคคลรับรู้ถึงความสามารถในตนเอง ทักษะ

ในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ จัดการกับความเครียดและอารมณ์เชิงลบที่เกิดขึ้นได้ รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับบุคคลอื่น (I can) ดังการศึกษาของ ปฐพร แสงเขียว และคณะ (2565) พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ดังนั้น ความแข็งแกร่งในชีวิตที่สูงจะสามารถดึงศักยภาพของตนเองมาใช้แก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ณรงค์กร ชัยวงศ์ และนิชาภัทร มณีพันธ์, 2563) โดยความแข็งแกร่งในชีวิตของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในบุคคล สิ่งแวดล้อม และการมีทักษะหรือความสามารถบางอย่างของบุคคลจะช่วยกระตุ้นให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต (Dyer & McGuinness, 1996) สรุปได้ว่า วัยรุ่นที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงจะสามารถปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดี

ความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนโดยรวมอยู่ในระดับสูง ตามพัฒนาการของเด็กวัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่ให้ความสำคัญกับเพื่อน โดยวัยรุ่นจะให้ความสนใจและใช้เวลากับกลุ่มเพื่อนเป็นส่วนใหญ่ มักจะรวมกลุ่มทำกิจกรรมที่คล้ายคลึงกัน มีความต้องการการยอมรับจากกลุ่ม (อริญญา อินสอน และคณะ, 2564) สอดคล้องกับการศึกษาของ สมดิ อนันต์ปฏิเวช และคณะ (2565) พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษากลุ่มนี้มีคะแนนความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะการรับรู้ของวัยรุ่นเกี่ยวกับความสัมพันธ์และพฤติกรรมของเพื่อนที่แสดงต่อกันเป็นความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีความสุขในการอยู่ด้วยกัน พุดคุยกัน ได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันและให้ความช่วยเหลือกันเมื่อมีปัญหาในชีวิต การมีสัมพันธภาพที่ดีและมีความผูกพันใกล้ชิดกัน จะช่วยให้วัยรุ่นในระดับชั้นมัธยมศึกษาสามารถเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียดหรืออารมณ์เชิงลบในชีวิตได้ดีขึ้น ตามแนวคิดของ Buhrmester (1990) ที่อธิบายว่า ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการแสดงออกระหว่างตนเองกับเพื่อน การสนับสนุนทางอารมณ์ การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เพื่อช่วยให้เพื่อนสามารถจัดการกับความเครียดและผ่านพ้นอุปสรรคปัญหาที่เกิดขึ้นได้ จากผลการศึกษาพบว่า ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปรับตัวภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด - 19 อธิบายได้ว่า วัยรุ่นมีความคุ้นเคยกับเพื่อน มีการสื่อสารกันในรูปแบบออนไลน์อยู่เป็นประจำ ทำให้มีความผูกพันกับเพื่อน เกิดมิตรภาพระหว่างเพื่อน และเกิดการเรียนรู้ทักษะทางสังคมและพร้อมกับการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ วัยรุ่นที่มีความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนสูง สามารถปรับตัวเข้ากับสังคม สิ่งแวดล้อมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร ณ นคร และคณะ (2564) พบว่า วัยรุ่นที่มีความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนสูงจึงมีแนวโน้มที่จะมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง สามารถปรับตัวเข้ากับสังคม สิ่งแวดล้อมและเป็นปัจจัยปกป้องจากการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ สอดคล้องกับการศึกษาการปรับตัวต่อความท้าทายทางสังคมของการระบาดใหญ่ของโรคโควิด - 19 ในบทบาทการป้องกันของเพื่อน

(Juvonen et al., 2022) เกี่ยวกับบทบาทของเพื่อนในการบรรเทาปัญหาทางสังคมและอารมณ์ ผ่านการสำรวจออนไลน์จากกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ ในช่วงการระบาดใหญ่ของโรคโควิด - 19 พบว่า การเผชิญกับความท้าทายทางอารมณ์ในช่วงการระบาดใหญ่อีกครั้ง กลุ่มตัวอย่างสามารถปรับตัวได้ดี เนื่องมาจากความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน เช่น การติดต่อสื่อสาร เพื่อลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ลดความเหงา เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร ฌ นกร และคณะ (2564) พบว่า วัยรุ่นที่มีความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนสูง จะสามารถปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดี อีกทั้งเป็นปัจจัยปกป้องจากการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับตัวในนักเรียน ดังนั้น บุคลากรในทีมสุขภาพจิตและผู้บริหารสถานศึกษาน่าจะให้ความสำคัญในการสร้างเสริมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความแข็งแกร่งในชีวิต ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน อันเป็นการปรับตัวของนักเรียน ซึ่งจะส่งผลให้นักเรียนมีสุขภาพจิตที่ดี ดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพ
2. บุคลากรในทีมสุขภาพจิตและผู้บริหารสถานศึกษา ควรมีการจัดการบริการให้คำปรึกษาในสถานศึกษา เพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน และการปรับตัวที่ดีของนักเรียน

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความแข็งแกร่งในชีวิต ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนกับการปรับตัวภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ในกลุ่มตัวอย่างอื่นเพิ่มเติม เช่น นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น นักศึกษา เป็นต้น
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจจะเกี่ยวข้องและส่งผลกระทบต่อปรับตัวในวัยรุ่นชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายเพิ่มเติม เช่น การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การมองโลกในแง่ดี เป็นต้น
3. ควรมีการนำผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ไปศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายการปรับตัวของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2566). *โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)*.

https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/int_protection.php

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *สรุปรายงานเหตุการณ์ที่สำคัญทางระบาดวิทยา*.

<https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1426920230519085830.pdf>

กรรณิการ์ แสงสุภา, เอื้อทิพย์ คงกระพันซ์, อุมารณ สุขารมณ, และผกาพรรณ นันทะเสน. (2563). การ

ปรับตัวของนักศึกษาในสถานการณ์โควิด-19. *วารสาร มจร มนุษยศาสตร์ปริทรรศน์*, 6(2), 83 - 97.

กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา. (2564). *หากประเทศไทยไม่มีเด็กหลุดจากระบบการศึกษา GDP*

จะเพิ่มขึ้น 3%. <https://www.eef.or.th/infographic-24-06-21/>

กานต์ จำรูญโรจน์. (2563). *5 วิธีฟื้นฟูจิตใจผ่านวิกฤตโควิด 19*. รามาแซนแนล ขับเคลื่อนสังคมไทยให้

สุขภาพดี. <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramachannel/home/article/covid-19/>

งานโรคติดต่ออุบัติใหม่ กลุ่มพัฒนาวิชาการโรคติดต่อ. (2564). *สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019*

(COVID-19) มาตรการสาธารณสุข และปัญหาอุปสรรคการป้องกันควบคุมโรคในผู้เดินทาง.

<https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2017420210820025238.pdf>

ชุตินา จิรฐิเกรียงไกร, นพพร ว่องสิริมาศ, วาริรัตน์ ถาน้อย, และสุภาภักดิ์ เกตราสุวรรณ. (2564). ปัจจัยทำนาย

สุขภาพทางจิตใจในวัยรุ่นตอนปลาย. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 39(2), 77-89.

ณรงค์กร ชัยวงศ์, และณิชาภัทร มณีพันธ์. (2563). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อ

การปรับตัวของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ รุ่นที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์. *วารสารการแพทย์*

โรงพยาบาลอุดรธานี, 28(3), 315 – 325.

ดวงทิพย์ เจริญรุกษ์. (2566). การปรับตัวของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยรังสิต ในสถานการณ์โค

วิด 19. *วารสารนิเทศศาสตร์ปริทัศน์*, 27(1), 132 – 140.

ตริณัฐ ไพชนนัตวิจิตร, และสรลลขนา ธิตีสุวรรณ. (2565). *ผลกระทบการแพร่ระบาดของโควิด -19 ต่อ*

การศึกษา. <http://www.eco.ru.ac.th/images/document/article/TreeNut/publish02-02.pdf>

เทือน ทองแก้ว. (2563). การออกแบบการศึกษาในชีวิตวิถีใหม่: ผลกระทบจากการแพร่ระบาด COVID – 19.

คุรุสภาวิทยากร, 1(2), 1 – 10.

นงลักษณ์ วิชัยรัมย์, จินห์จุฑา ชัยเสนา คาลาส, ชนิดดา แนนเกษร, และเวทิส ประทุมศรี. (2559).

ความสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัวด้านจิตสังคมและการมองโลกทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่ง

ตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวในวัยรุ่น. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 26(2), 65 –

75.

- บุญชม ศรีสะอาด. (2560). *การวิจัยเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 10). สุวีริยาสาส์น.
- ปฐพร แสงเขียว, ดุจดือน เขียวเหลือง, สิตานันท์ ศรีใจวงศ์, สืบตระกูล ตันตลานุกุล, และปณณช ชมคำ. (2565). ความเข้มแข็งทางใจ และการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์*, 14(1), 62 – 77.
- ประภาศรี ปัญญาวิชชัย, และภามย์ กาญจนจิรากร. (2565). การศึกษาความเข้มแข็งทางใจ (Resilience Quotient) ของประชาชนไทยในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 15(1), 318 – 333.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์. (2558). *ความแข็งแกร่งในชีวิต: แนวคิด การประเมิน และการประยุกต์ใช้*. จุฑทอง.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภิต แสงอ่อน, และทัศน ทวีคุณ. (2555). *โปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต*. จุฑทอง.
- มันทนา นธิธาร. (2546). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่น ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่*. [วิทยานิพนธ์ปริญามหาบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เมธาสิทธิ์ ธัญรัตนศรีสกุล, อุไรรัตน์ เข้มสะอาด, นิตยา สิงห์ทอง, ขวัญฤดี ไพบูลย์, ชุติมา แซ่มแก้ว, ปิยธิดา แจ่มสว่าง, กาญจน์ ศรีสวัสดิ์, และมนต์เมืองไธ รอดอยู่. (2564). การปรับตัวภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนราชินีบูรณะ. *วารสารสังคมศาสตร์วิจัย*, 12(1), 212 - 228.
- วรรัชล ไชยมงคล, และอารยา ผลธัญญา. (2565). รูปแบบความผูกพันระหว่างเพื่อนร่วมวัยและกลวิธีเผชิญปัญหาภาวะหมดไฟในการเรียน: กรณีศึกษานักศึกษาจิตวิทยาคลินิก. *วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย*, 53(2), 77 – 94.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2534). *คู่มือการวิจัย: การวิจัยเชิงปฏิบัติ*. ม.ป.ท.
- ศิริพร ณ นคร, พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภิต แสงอ่อน และนันทิยา เอกอัครมกิจ. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ เหตุการณ์ ที่สร้างความยุ่งยากใจ ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับความแข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสไทยในจังหวัดหนึ่งในภาคกลาง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 34(2), 77-98.
- สมติ อนันต์ปฏิเวช, นันนภัส แวกระโทก, และสุกัญญา แก่นจูเหลืออม. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตและความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท.*, 4(3), 1 – 16.
- สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาศรีสะเกษ เขต 4. (2563). *รายงานระบบ Data Management Center (DMC)*. https://drive.google.com/file/d/1AjzIcvQTNgN5Y_qXsku0wAeSU--28GfM/view

- สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. (2564). *แนวทางการจัดการเรียนการสอนทางไกลในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระลอกใหม่*. กระทรวงศึกษาธิการ.
- เสาวลักษณ์ อนุพันธ์. (2563). อนาคตทางการศึกษา: ผลกระทบจากวิกฤติการแพร่ระบาดของไวรัส COVID - 19. *วารสารครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย*, 14(2), 14 – 25.
- อรัญญา อินสอน, พชรินทร์ นินทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, และนันทิยา เอกอริคมกิจ. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตและความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนกับพฤติกรรมการรังแกกันในวัยรุ่นนค้อยโกลาส. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 35(2), 49 – 72.
- อวาทิพย์ แว. (2563). COVID -19 กับการเรียนรู้สู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในวันนี้. *วารสารสมาคมวิชาชีพสุขภาพ*, 35(1), 24 – 29.
- Baker, R. W., & Siryk, B. (1984). Measuring adjustment to college. *Journal of Counseling Psychology*, 31(2), 179- 189. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.31.2.179>
- Buhrmester, D. (1990). Intimacy of friendship, interpersonal competence, and adjustment during preadolescence and adolescence. *Child Development*, 61(4), 1101-1111. <https://doi.org/10.2307/1130878>
- Dyer, J. G., & McGuinness, T. M. (1996). Resilience: Analysis of the concept. *Archives of Psychiatric Nursing*, 10(5), 276-282. [https://doi.org/10.1016/S0883-9417\(96\)80036-7](https://doi.org/10.1016/S0883-9417(96)80036-7)
- Duraku, Z. H., & Hoxha, L. (2020). The impact of Covid-19 on higher education: A study of interaction among Kosovar students' mental health, attitudes toward online learning, study skills and changes in students' life. ZH Duraku. The impact of the COVID-19 pandemic on education and wellbeing. https://www.researchgate.net/publication/341599684_The_impact_of_COVID-19_on_higher_education_A_study_of_interaction_among_Kosovar_students'_mental_health_attitudes_toward_online_learning_study_skills_and_lifestyle_changes
- Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. Bernard van leer foundation.
- Grotberg, E. H. (Ed.). (2003). *Resilience for today: Gaining strength from adversity*. Greenwood Publishing Group.
- Hollenstein, T., Colasante, T., & Loughheed, J. P. (2021). Adolescent and maternal anxiety symptoms decreased but depressive symptoms increased before to during COVID-19 lockdown. *Journal of Research on Adolescence*, 31(3), 517-530. <https://doi.org/10.1111/jora.12663>

- Juvonen, J., Lessard, L. M., Kline, N. G., & Graham, S. (2022). Young adult adaptability to the social challenges of the COVID-19 pandemic: The protective role of friendships. *Journal of Youth and Adolescence*, 51(3), 585-597. <https://doi.org/10.1007/s10964-022-01573-w>
- Leys, C., Delacre, M., Mora, Y. L., Lakens, D., & Ley, C. (2019). How to classify, detect, and manage univariate and multivariate outliers, with emphasis on pre-registration. *International Review of Social Psychology*, 32(1), 1-10. <https://doi.org/10.5334/irsp.289>
- Luthra, P., & Mackenzie, S. (2020, Mar 30). *4 Ways COVID-19 Could Change How We Educate Future Generations*. World Economic Forum. <https://www.weforum.org/agenda/2020/03/4-ways-covid-19-education-future-generations/>
- Romm, K. F., Park, Y. W., Hughes, J. L., & Gentzler, A. L. (2021). Risk and protective factors for changes in adolescent psychosocial adjustment during COVID-19. *Journal of Research on Adolescence*, 31(3), 546-559. <https://doi.org/10.1111/jora.12667>
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 147(6), 598-611. <https://doi.org/10.1192/bjp.147.6.598>
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S., & Ullman, J. B. (2018). *Using Multivariate Statistics* (7th ed.). Pearson International Publishing.
- World Health Organization. (2023). *The situation report on COVID19 from WHO Thailand is now available*. <https://www.who.int/thailand/news/detail/05-07-2023-the-situation-report-on-covid19>
- Zeegen, E. N., Yates, A. J., & Jevsevar, D. S. (2020). After the COVID-19 pandemic: returning to normalcy or returning to a new normal?. *The Journal of Arthroplasty*, 35(7), S37-S41. <https://doi.org/10.1016/j.arth.2020.04.040>
- Zhang, J., Wu, W., Zhao, X., & Zhang, W. (2020). Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: a model of West China Hospital. *Precision Clinical Medicine*, 3(1), 3-8. <https://doi.org/10.1093/pcmedi/pbaa006>

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการดูแล ควบคุมและป้องกันเชื้อแบคทีเรียดื้อยา หลายขนานในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลราชวิถี

วิพร เกตุบำรุงพร, วท.ม.¹

ธิดา แดงประกอบ, พย.ม.¹

พิจิตรา บุญเกิด, วท.ม.¹

นฤมล จันทร์สุข, ค.ศ.^{2*}

อรนุช ขวัญเมือง, พย.ม.³

ผาณิต จันทาบัว, ป.พ.ส.¹

(วันที่ส่งบทความ: 10 กรกฎาคม 2566; วันที่แก้ไข: 8 ธันวาคม 2566; วันที่ตอบรับ: 21 ธันวาคม 2566)

บทคัดย่อ

ปัญหาการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาหลายขนานมีความรุนแรงและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการดูแล ควบคุม และป้องกันเชื้อแบคทีเรียดื้อยาหลายขนาน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 19 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม จำนวน 19 คน และผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมก่อนใช้แนวปฏิบัติ 103 คน และหลังใช้แนวปฏิบัติ 99 คน แบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) การศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ 2) การพัฒนาแนวปฏิบัติ และ 3) การประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูล แบบวัดความรู้และความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ และแบบสำรวจการติดเชื้อดื้อยา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบค่าที่แบบสองกลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน และสมการถดถอยปัวส์ซอง ผลการวิจัยพบว่า แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยแนวปฏิบัติ 8 ด้าน และระบบการบริหารจัดการ 3 ด้าน กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติใหม่ มีอัตราการติดเชื้อดื้อยาลดลง ($RR = 2.44$, $p = 0.039$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติใหม่ ($M = 16.26$, $SD = 1.56$) สูงกว่าการใช้แนวปฏิบัติเดิม ($M = 8.21$, $SD = 2.42$), $t(18) = 14.19$, $p < .05$, $d = 8.05$ และพยาบาลมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.76$, $SD = 0.48$)

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล, เชื้อแบคทีเรียดื้อยาหลายขนาน, ผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครชัยนาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร

* ผู้ประสานงานบรรณกิจ: นฤมล จันทร์สุข, อีเมล: dmaruemonjs@gmail.com

The Development of Nursing Care Practice for Prevention and Control of Multidrug Resistance Organism for Critical Medical Patients, Rajavithi Hospital

Wiporn Ketbumrongporn, M.Sc.¹

Thida Tangprakob, M.N.S.¹

Phijitra Bunkerd, M.Sc.¹

Naruemon Jansook, Ph.D.^{2*}

Oranuch Kwanmuang, M.N.S.³

Panit Juntabua, Dip in N.¹

(Received: July 10th, 2023; Revised: December 8th, 2023; Accepted: December 21st, 2023)

Abstract

The problem of infection with multidrug-resistant bacteria is serious and tends to increase. This research is research and development. The objective was to develop and evaluate the effectiveness of the nursing care practice guidelines for preventing and controlling multidrug-resistant bacteria. The sample group was professional nurses. 19 people working in the critical medical unit and the patients receiving treatment in the critical medicine unit. Before using the guideline 103 people and after using the guideline 99 people. The study was divided into 3 phases, namely 1) a situation analysis study 2) development of the guideline, and 3) evaluating the effectiveness of the guideline. Tools used to collect information include data record form. Knowledge and Satisfaction in using practice guidelines. practice guideline observation record form and a surveillance form for drug-resistant infections. Data were analyzed using descriptive statistics. Independent two-group t-test and Poisson regression equation. The results showed that The developed guideline consists of 8 areas of practice and 3 areas of management system. Groups using the new guidelines There was a decrease in the rate of drug-resistant infections ($RR = 2.44, p = 0.039$). The mean knowledge scores of professional nurses in using the new guideline ($M = 16.26, SD = 1.56$) were higher than those using the old guideline ($M=8.21, SD = 2.42$), $t(18)=14.19, p<.05, d=8.05$ and the nurses were satisfied with the developed guideline overall at the highest level ($M=4.76, SD=0.48$).

Keywords: nursing care practice, multidrug resistance organism, critical medical patients

¹ Registered Nurse, Senior Professional Level, Rajavithi Hospital, Bangkok

² Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Chainat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

³ Registered Nurse, Professional Level, Rajavithi Hospital, Bangkok

* Corresponding author: Naruemon Jansook, E-mail: drnaruemonjs@gmail.com

บทนำ

ปัญหาการติดเชื้อแบคทีเรียคือยาหลายขนานมีความรุนแรงและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ทำให้เกิดการเสียชีวิตกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อทั่วโลก มีคนเสียชีวิตจากการติดเชื้อแบคทีเรียคือยาประมาณปีละ 700,000 คน และหากไม่เร่งแก้ไขปัญหา ในปี พ.ศ. 2593 องค์การอนามัยโลกคาดการณ์การเสียชีวิตจากเชื้อคือยาจะสูงถึง 10 ล้านคน (World Health Organization [WHO], 2014 ; Jim, 2018) ในปี ค.ศ. 2019 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้ปัญหาการคือยาด้านจุลชีพเป็นหนึ่งในสิบอันดับแรก ของภัยคุกคามด้านสุขภาพของโลก (World Health Organization [WHO], 2019) และในปี ค.ศ. 2020 การคือยาด้านจุลชีพ (Antimicrobial Resistance::AMR) ถูกกำหนดให้เป็นตัวชี้วัด (indicator) ของ “เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน” หรือ sustainable development goals โดยปัญหาดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องดำเนินการภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว ส่วนในประเทศไทย การศึกษาเบื้องต้น พบผู้ป่วยประมาณ 88,000 ราย ที่มีการติดเชื้อคือยาด้านจุลชีพในโรงพยาบาลทั่วประเทศ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น 3.24 ล้านวัน และเพิ่มค่าใช้จ่ายทางตรง เป็นเงิน 2,400-5,800 ล้านบาท พร้อมกับค่าใช้จ่ายทางอ้อมจากการตายก่อนวัยอันควร เป็นเงินอย่างน้อย 1,100 ล้านบาท และเป็นสาเหตุการตายได้สูงถึง 38,481 คนต่อปี (ภาณุมาศ ภูมาศ และคณะ, 2555)

โรงพยาบาลราชวิถี เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข รับส่งต่อผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยรุนแรง ดังนั้นผู้ป่วยที่เข้ามาได้รับการรักษาภายในโรงพยาบาลจึงมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการสอดใส่อุปกรณ์ต่าง ๆ ในร่างกายทำให้ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานานและเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่เกิดกับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใส่อุปกรณ์เข้าไปในร่างกาย เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจ การสวนคาสายสวนปัสสาวะ หรือการสวนคาสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีผู้ป่วยมีการติดเชื้อมีการใช้ยาปฏิชีวนะเป็นระยะเวลานาน มีความสัมพันธ์กับการเกิดเชื้อคือยา ทำให้ปัญหาเชื้อคือยาปฏิชีวนะในโรงพยาบาล มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีความจำเป็นที่ต้องได้รับการสอดใส่อุปกรณ์ต่าง ๆ ในร่างกาย ข้อมูล ปี 2562-2564 พบว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใส่เครื่องช่วยหายใจ 5.8, 6.6 และ 7.3/1000 วันนอนโรงพยาบาล ตามลำดับ มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะ 2.8, 3.5 และ 2.6/ 1000 วันนอนโรงพยาบาล และมีการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือด 1.4 ,3.2 และ 1.7 /1000 วันนอนโรงพยาบาล เชื้อก่อโรค เป็นเชื้อแบคทีเรียคือยาหลายขนาน ประมาณ 78 % เชื้อที่เป็นปัญหา klebsiella pneumonia ที่คือต่อยา Carbapenam ร้อยละ 29 Acinetobacter baumannii ที่คือต่อยา Carbapenam ร้อยละ 27 Enterococcus faecium ที่คือต่อยา Vancomycin ร้อยละ 10.8 ทำให้การรักษาต้องใช้ยาปฏิชีวนะเพิ่มมากขึ้น และจากการเฝ้าระวังการเกิดเชื้อแบคทีเรียคือยาหลายขนาน ในกลุ่มที่มีการคือต่อยา Carbapenam และ Vancomycin ในปี 2562 - 2564 พบว่า มีการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 10.6 ,7.2 และ

13.5 /1000 วันนอนโรงพยาบาล ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี 2563 พบ 2.5/1000 วันนอนโรงพยาบาล ในปี 2564 พบ 3.3 /1000 วันนอนโรงพยาบาล เมื่อเปรียบเทียบเชื้อดื้อยาในปี 2563 และ 2564 ที่เป็นปัญหา 3 ลำดับแรก ได้แก่ *Acinetobacter baumannii* เพิ่มขึ้นจาก 0.77 เป็น 1.02/1000 วันนอนโรงพยาบาล *Klebsiella pneumonia* เพิ่มขึ้นจาก 0.50 เป็น 0.97/1000 วันนอนโรงพยาบาล และ *Pseudomonas aeruginosa* เพิ่มขึ้นจาก 0.40 เป็น 0.41/1000 วันนอนโรงพยาบาล ตามลำดับ แม้ว่าคณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อ โรงพยาบาลจะมีการดำเนินการพัฒนาทั้งทางด้าน Vertical Approach ได้แก่ มีระบบคัดกรองผู้ป่วยเชื้อดื้อยา (Identification of target organism) และวางมาตรการในการแยกป่วยโดยใช้ Contact precaution พร้อมทั้ง Horizontal Approach ได้แก่ Antimicrobial stewardship Prevention of HAI Hand hygiene Environmental cleaning แต่ผลการปฏิบัติงานไม่เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด เช่นผลการดำเนินงานในปี 2564 การแยกผู้ป่วย ร้อยละ 82.5 การใช้ อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย ตามมาตรฐานที่กำหนด พบร้อยละ 72.5 การทำความสะอาดมือ ทำได้ร้อยละ 79 คณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลจะพยายามปรับและเพิ่มมาตรการ มีการดำเนิน โครงการและทำงานวิจัยเพื่อลดเชื้อดื้อยา เช่น โครงการการใช้ผ้าชุบน้ำยา chlorhexidine pad เช็ดทำความสะอาดตัวผู้ป่วย แต่อุบัติการณ์ของเชื้อดื้อยาไม่ลดลง มีข้อจำกัดมาก เช่นราคาแพง ผู้ป่วยมักกลืนตัวแรง รวมถึงเรื่องการทำทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมในหน่วยงานทำได้สะอาดและครอบคลุมพื้นที่ จะพบว่า การทำความสะอาดให้ได้ประสิทธิภาพต้องมีการสอนการปฏิบัติ ถึงจำนวน 6 ครั้ง ถึงจะผ่านโดยใช้ตรวจด้วย ATP ได้มีการสุ่มการนิเทศหน้างานโดยพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ พบว่าแนวทางเหล่านั้นยังมีการปฏิบัติ ไม่ครบถ้วนตามแนวทางที่กำหนด เช่น การล้างทำความสะอาดมือ ตั้งแต่ปี 2562-2564 มีการล้างมือจากการดูแลผู้ป่วยเชื้อดื้อยา ประมาณ 70 -83 % ซึ่งเป็นประเด็นที่สำคัญ ที่สามารถปฏิบัติได้ง่ายและประหยัดที่สุด เนื่องจากสาเหตุการติดเชื้อดื้อยา ส่วนใหญ่มาจากการสัมผัส นอกจากนี้พบผลลัพธ์ของการดำเนินการตาม มาตรการการทำความสะอาดพื้น และสิ่งแวดล้อม 92-95% การใส่/ถอดอุปกรณ์ป้องกันร่างกายประมาณ 65-85% ทำให้ในภาพรวมการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันเชื้อดื้อยา ดำเนินการได้ผล 87-93% นอกจากนี้แนวทาง การดูแลเรื่องเชื้อดื้อยา ยังขาดการนิเทศ กำกับจากหน่วยงานอย่างเป็นระบบและมีความสม่ำเสมอต่อเนื่อง ไม่ครอบคลุมจำนวนพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดของหน่วยงาน (งานการพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ โรงพยาบาลราชวิถี, 2564)

ผู้วิจัยจึงได้นำหลักแนวคิด McKinsey 7S model (7S) (Peters & Waterman, 1980) มาประยุกต์ใช้ ในการบริหารจัดการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการดำเนินงาน โดยหลักการ 7S ประกอบด้วย กลยุทธ์ (Strategy) โครงสร้าง (Structure) ระบบ (System) รูปแบบ (Style) บุคลากร (Staff) ทักษะ (Skill) และค่านิยมร่วม (Share Value) อย่างไรก็ตามในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ 3 S ได้แก่ โครงสร้าง ระบบ และบุคลากร มาประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการเชื้อดื้อยา เนื่องจาก ด้านกลยุทธ์ รูปแบบ และค่านิยมร่วม โรงพยาบาล มีการกำหนดยุทธศาสตร์และแผนดำเนินงานในภาพรวมขององค์กร มีเป้าหมายเดียวกัน และค่านิยมร่วมกัน

ในกระบวนการทำงานของโรงพยาบาลที่ชัดเจนแล้ว ส่วนทักษะ บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤต มีข้อกำหนดต้องผ่านกระบวนการฝึกอบรมขั้นพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นลักษณะเฉพาะทาง มีทักษะเฉพาะสาขา ส่วนในเรื่องโครงสร้าง ระบบ บุคลากร เป็นเรื่องการบริหารจัดการเฉพาะหน่วยงาน ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนรูปแบบและกระบวนการบริหารภายในหน่วยงานได้ ซึ่งจากที่ผ่านมาหน่วยงานยังมีการบริหาร การกำกับ นิเทศงานที่ยังไม่ครอบคลุมหรือเป็นระบบที่ชัดเจน ในด้านโครงสร้าง ตำแหน่งที่มีอำนาจความรับผิดชอบในการกำกับ การปฏิบัติงาน เป็นของหัวหน้าและรองหัวหน้าซึ่งมีบทบาทในด้าน การวางแผน/กำกับ/นิเทศ ผู้ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน เพื่อควบคุมการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่วางไว้ ควร ทำอย่างต่อเนื่อง และทำงานอย่างเป็นระบบ และสามารถวิเคราะห์ในภาพย่อยของหน่วยงาน ส่วนด้านระบบ การบริหารจัดการในเรื่องการดูแลผู้ป่วยเช็ดคอและในด้านความรู้เรื่องเช็ดคอ บุคลากรมีการปรับเปลี่ยน หรือหมุนเวียนอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การถ่ายทอดความรู้เรื่องเช็ดคออาจไม่ครอบคลุม ขาดความจำเพาะ ไม่ต่อเนื่อง และไม่มีระบบการทดสอบก่อนการปฏิบัติงาน ในเรื่องความรู้และการดูแลเพื่อป้องกันเรื่อง เช็ดคออย่างที่เป็นรูปธรรม จากเหตุผลและความจำเป็นดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัย ตระหนักว่า การพัฒนา แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อปรับเปลี่ยนการบริหารในเรื่องเช็ดคอและพัฒนาแนวทางปฏิบัติในเรื่อง เช็ดคอให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลที่มีความทันสมัยและสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล มากขึ้น จะนำไปสู่การแก้ปัญหาเช็ดคอด้านจุลชีพของหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากเช็ดคอ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการดูแล ควบคุมและป้องกันเชื้อแบคทีเรียดื้อยา หลายขนานในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลราชวิถี
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการดูแล ควบคุมและป้องกันเชื้อแบคทีเรีย ดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลราชวิถี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อ การดูแล ควบคุมและป้องกันเชื้อแบคทีเรียดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลราชวิถี เก็บรวบรวม ข้อมูลระหว่างเดือน ธันวาคม 2565 – เมษายน 2566 ในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลราชวิถี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลราชวิถี กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติเดิม ศึกษาข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่เดือน กรกฎาคม – พฤศจิกายน 2565 กลุ่มที่ใช้แนวทางปฏิบัติใหม่ ศึกษาข้อมูล ตั้งแต่ เดือนธันวาคม 2565 – เมษายน 2566

2. พยาบาลวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลราชวิถี
กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

1. พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 19 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ในช่วงเวลาที่ศึกษาวิจัย โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

- 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม
- 2) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยหลังได้รับการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

- 1) ลาภิจ / ลาออกจากราชการ / ย้ายหน่วยงานในระหว่างช่วงเวลาในการศึกษาวิจัย
- 2) เจ็บป่วยจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตลอดช่วงเวลาการศึกษาวิจัย

2. ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลราชวิถี ในกลุ่มใช้แนวทางปฏิบัติใหม่ ศึกษาข้อมูลตั้งแต่ เดือนธันวาคม 2565 – เมษายน 2566 จำนวน 99 คน โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1) ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลราชวิถี ระหว่างธันวาคม 2565 – เมษายน 2566 จำนวน 99 คน

- 2) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยหลังได้รับการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

- ผู้ป่วยที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

1. กลุ่มบุคลากรด้านการพยาบาล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลราชวิถี โดยการเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 19 คน

2. กลุ่มผู้ป่วย

คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม (Two Mean) (Bernard, 2000)

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 x (\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

n = จำนวนขนาดตัวอย่าง

$Z_{\alpha/2}$ = ค่าสถิติภายใต้ไถ้มาตรฐาน เมื่อ ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $\alpha = 0.05$ คือ 1.96

Z_{β} = ค่าสถิติภายใต้กำลังมาตรฐาน เมื่อกำหนด ระดับอำนาจในการทดสอบ 80% คือ 0.842

σ = ค่าความแปรปรวนของประชากร แทนค่าด้วย SD

μ_1, μ_2 = ค่าเฉลี่ยของประชากรกลุ่มที่ 1 และ 2

** การคำนวณค่าดังกล่าวอ้างอิงจากข้อมูลสถิติการติดเชื้อดื้อยาที่หอผู้ป่วยวิกฤติอายุรกรรม ตั้งแต่กันยายน 2564-สิงหาคม 2565 พบว่า จำนวนครั้งของการติดเชื้อ 29 ครั้ง, จำนวนวันนอนโรงพยาบาลจากการติดเชื้อ รวม 2,815 วัน ดังนั้น

อัตราการติดเชื้อ = $29 \times 1,000 / 2,815 = 10.3$ ครั้ง/1,000 วันนอน

กำหนดให้ค่าเฉลี่ย 1 (mean 1) = 10.3 โดยมี $SD\ 1 = \sqrt{10.3} = 3.2$

ผู้วิจัยกำหนดว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น คาดว่าจะมีประสิทธิผลที่ดีในการลดการติดเชื้อดื้อยาลงได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ดังนั้นค่าเฉลี่ยการติดเชื้อที่ลดลงร้อยละ 50 แสดงว่ามีประสิทธิผลร้อยละ 50 (mean 2) = $5.15 / 1000$ วันนอน และ $SD\ 2 = \sqrt{5.15} = 2.27$

ดังนั้นสามารถคำนวณขนาดตัวอย่างได้ดังนี้

$$n = \frac{(1.96 + 0.842)^2 \times (3.2^2 + 2.27^2)}{(10.3 - 5.15)^2}$$

$$n = 5 \text{ ครั้ง}$$

ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้จะต้องมีกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล กลุ่มการใช้แนวทางปฏิบัติเดิม และกลุ่มการใช้แนวทางปฏิบัติใหม่ ไม่น้อยกว่ากลุ่มละ 5 ครั้ง รวมเป็นผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา รวม 10 ครั้ง และในกลุ่มที่ใช้แนวทางปฏิบัติเดิม มีการศึกษาข้อมูลย้อนหลังของผู้ป่วยวิกฤติอายุรกรรมที่นอนรักษาตัวในช่วงเดือนกรกฎาคม- พฤศจิกายน 2565 ได้จำนวนผู้ป่วย 103 คน มีติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล จำนวน 16 ครั้ง และกลุ่มที่ใช้แนวทางปฏิบัติใหม่ เก็บข้อมูลผู้ป่วยวิกฤติอายุรกรรมที่นอนรักษาตัว ในช่วงธันวาคม 2565 – เมษายน 2566 ได้จำนวนผู้ป่วย 99 คน มีติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล 8 ครั้ง

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลราชวิถี ภายใต้นหนังสือรับรองเลขที่ 169/2565 โดยผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการอธิบายและตอบข้อสงสัยจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีวิจัย ขั้นตอนการเข้าร่วมวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัยโดยละเอียดตามเอกสารชี้แจง หากยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามกำกับ ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลส่วนตัวเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบสรุปเท่านั้น ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือขอยุติจากการวิจัยครั้งนี้เมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการดูแล ควบคุม ป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วย
วิกฤตโดยใช้กรอบแนวทางปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมเชื้อดื้อยา CRE ของ World Health organization
(WHO, 2019) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องซึ่งประกอบด้วย 8 หมวดหลัก ได้แก่ 1) Implementation
of multimodal IPC strategies: surveillance, contact precautions, patient isolation (single room or cohorting) and
environmental cleaning. 2) Hand hygiene compliance 3) Surveillance of MDROs infection and surveillance
cultures for asymptomatic 4) Contact precautions. 5) Patient isolation 6) Environmental cleaning 7) Surveillance
cultures of the environment 8) Monitoring, auditing and feedback และผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิด McKinsey's 7 S
Model มาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการดูแล ควบคุม ป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยา
หลายขนาน โดยนำหลักการ 3 S มาประยุกต์ใช้ซึ่งประกอบด้วย โครงสร้าง (Structure) ระบบ (System) และ
บุคลากร (Staff)

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาหลายขนาน ประกอบด้วย เพศ อายุ วัน Admit
วันกลับบ้าน การวินิจฉัยโรคแรกเริ่ม โรคประจำตัว การติดเชื้อแรกเริ่ม หอผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาระยะเวลา
การนอนโรงพยาบาล วันที่ติดเชื้อ ตำแหน่งของการติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนต่างๆในร่างกาย/
specimen ที่ส่งตรวจ การใช้ยาต้านจุลชีพกลุ่ม Fluoroquinolone, Cephalosporin, Carbapenem, Vancomycin
ช่วงเข้านอนโรงพยาบาลครั้งนี้ การเกิดเชื้อดื้อยาหลายขนาน สถานะผู้ป่วย

2.2 แบบวัดความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ด้านการพยาบาลในการควบคุม ป้องกันการติดเชื้อ
แบคทีเรียดื้อยาในโรงพยาบาล ประกอบด้วย

2.2.1 แบบเก็บข้อมูลพยาบาล แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา
ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยา

2.2.2 แบบวัดความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ในเรื่อง สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง ผลกระทบของการ
ติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาและการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยา ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน
20 ข้อ ซึ่งมีคำตอบที่ถูกต้องเพียงข้อเดียว เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0
คะแนน

เกณฑ์การแปลผล

ช่วงคะแนน 0- 11 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ มีความรู้พยาบาลวิชาชีพในการการพยาบาล
เพื่อการดูแล ควบคุม ป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาหลายขนาน อยู่ในระดับต่ำ

ช่วงคะแนน 12 - 15 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ มีความรู้พยาบาลวิชาชีพในการการพยาบาล
เพื่อการดูแล ควบคุม ป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาหลายขนาน อยู่ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 16 - 20 หมายถึง ผู้พยาบาลวิชาชีพ มีความรู้พยาบาลวิชาชีพในการการพยาบาล
เพื่อการดูแล ควบคุม ป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาหลายขนาน อยู่ในระดับสูง

2.3 แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการดูแล ควบคุม ป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาหลายขนาน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) ประกอบด้วย การบันทึกเกี่ยวกับวันที่สังเกตและกิจกรรมที่ปฏิบัติ โดยใช้วิธีทำเครื่องหมาย ✓ หรือ ✕ ลงในช่องว่างที่ตรงกับกิจกรรมที่สังเกต โดยให้ความหมาย ดังนี้

✓ หมายถึง ปฏิบัติได้ถูกต้องในกิจกรรมนั้น ๆ

✕ หมายถึง ไม่ปฏิบัติในกิจกรรมนั้น ๆ

2.4 แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยา โดยใช้แบบฟอร์มการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ราชวิถี และใช้เกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยอ้างอิงคำนิยามตามหลักเกณฑ์ของศูนย์ ควบคุมและป้องกันโรคสหรัฐอเมริกา (2011)

2.5 แบบวัดความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการดูแล ควบคุม ป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาหลายขนาน ประกอบด้วยข้อคำถามในเรื่องความพึงพอใจของแต่ละกิจกรรมที่จัดขึ้น เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) น้อยที่สุด (1 คะแนน) เรียงตามลำดับ

เกณฑ์การแปลผล

4.21 – 5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

3.41 – 4.20 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมาก

2.61 – 3.40 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง

1.81 – 2.60 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อย

1.00 – 1.80 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยได้แก่ แบบวัดความรู้ แบบบันทึกการสังเกต แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการดูแล ควบคุม ป้องกันการติดเชื้อดื้อยาหลายขนาน และแบบวัดความพึงพอใจ ในการใช้นโยบายปฏิบัติ ไปตรวจสอบหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคติดเชื้อจำนวน 1 ท่าน และพยาบาลควบคุมการติดเชื้อจำนวน 2 ท่าน ได้ค่าความตรงของเนื้อหา (CVD) เท่ากับ 0.80 และนำมาปรับปรุงแก้ไขในส่วนความสมบูรณ์ของภาษาตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ

2. การหาความเชื่อมั่น (Interrater reliability)

2.1 ผู้วิจัยนำแบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการดูแล ควบคุม ป้องกันการติดเชื้อดื้อยาหลายขนาน ไปทดลองสังเกตการปฏิบัติของบุคลากร จำนวน 10 เหตุการณ์ โดยสังเกตทำร่วมกับพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล 1 ท่าน โดยกระทำพร้อม ๆ กัน หลังจากนั้น

นำคะแนนของผู้วิจัยและผู้ร่วมสังเกตมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของการสังเกตเท่ากับ 1.0 จึงนำแบบสังเกตไปใช้

2.2 ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้และแบบวัดความพึงพอใจในการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาล เพื่อดูแล ควบคุม ป้องกันการติดเชื้อดื้อยาหลายขนาน ไปทดลองใช้ กับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน เจ้าหน้าที่พยาบาล 10 คน และพนักงานบริการ 10 คน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบวัดความรู้ได้เท่ากับ 0.75 ส่วนแบบวัดความพึงพอใจ ได้เท่ากับ 0.90

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 การศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันและควบคุมเชื้อแบคทีเรียดื้อยาหลายขนาน

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันและควบคุมเชื้อแบคทีเรียดื้อยาหลายขนาน โรงพยาบาลราชวิถี ดังต่อไปนี้

1.1 ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยและปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันและควบคุมเชื้อแบคทีเรียดื้อยาหลายขนาน โดยเก็บข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิย้อนหลัง ปี 2564 ได้แก่ อุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดเชื้อแบคทีเรียดื้อยา วิเคราะห์ผลลัพธ์ขนาดของปัญหาเพื่อนำสู่การต่อยอดในการพัฒนาแนวปฏิบัติ

1.2 การหารือร่วมกันของคณะกรรมการเชื้อดื้อยา แบบสหวิชาชีพ ทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และนักเทคนิคการแพทย์ มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาซึ่งเป็นตัวชี้วัดของโรงพยาบาล พบมีแนวโน้มสูงขึ้นในช่วงบางเดือนอัตราการติดเชื้อดื้อยาสูงเกิน ค่า warning sign มีการปรึกษา ประชุม ในปัญหาที่เกิดขึ้นซึ่งปัญหาเชื้อดื้อยาที่เกิดขึ้น ต้องมีการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ ทั้งในเรื่องการเฝ้าระวังและวินิจฉัยนโยบาย แนวทางปฏิบัติที่มีความชัดเจน คณะกรรมการฯ จึงดำเนิน จัดทำโครงการให้ความรู้เรื่องเชื้อ ดื้อยาทั้งโรงพยาบาล เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ มีความตระหนักในเรื่องเชื้อดื้อยา และมีความเห็นว่าการมีการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติให้มีความชัดเจนขึ้นและตรวจสอบติดตามได้

1.3 ทบทวนรายงานการประชุมคณะกรรมการเชื้อดื้อยา ทบทวนตัวชี้วัดในระดับต่าง ๆ ในสหสาขาวิชาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลที่ผ่านมา และได้นำข้อมูลเข้าร่วมหารือในการประชุม หรือหารือทีมแบบสหวิชาชีพ โดยสะท้อนการปฏิบัติงาน เพื่อหาโอกาสพัฒนา

1.4 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์เนื้อหา สรุปข้อมูล

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการดูแล ควบคุมและป้องกันเชื้อแบคทีเรียดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลราชวิถี

2.1 กำหนดความต้องการและขอบเขตปัญหาของรูปแบบแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยประชุมร่วมกับตัวแทนทีมพยาบาลในหอผู้ป่วยที่ได้ดูแลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อดื้อยา ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง และจากการสอบถามพยาบาลผู้ปฏิบัติถึงปัญหา อุปสรรค และวิธีการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจริง ในสถานการณ์ปัจจุบัน จากการวิเคราะห์เบื้องต้นพบว่าในแต่ละหอผู้ป่วยพยาบาลให้การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติที่มีอยู่เดิมบ้าง ไม่ปฏิบัติบ้าง จากการนิเทศของ ICN ในปี 2564 พบว่า การปฏิบัติที่ยังเป็นปัญหาทำได้ไม่ถึงร้อยละ 80 ได้แก่ การทำความสะอาดมือทำได้ ร้อยละ 79 มีการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายตามแนวทางปฏิบัติทำได้ ร้อยละ 72.5 การถอดอุปกรณ์ป้องกันร่างกายไม่มีการปนเปื้อนได้ ร้อยละ 78.2 ขึ้นกับประสิทธิภาพในการทำงานของแต่ละบุคคล และสิ่งที่ถ่ายทอดกันมาแบบพี่สอนน้อง แนวปฏิบัติเดิมไม่ครอบคลุม รายละเอียดไม่ชัดเจน บางหัวข้อการตรวจสอบทำได้แค่ตามธรรมเนียม ไม่สามารถบอกรายละเอียดเพื่อการปรับปรุง พัฒนาได้ ข้อมูลดังกล่าวเป็นปัญหาและที่มาของการสนับสนุนให้ต้องมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการดูแล ควบคุมและป้องกันเชื้อแบคทีเรียดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลราชวิถี ในครั้งนี้

2.2 กำหนดทีม เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อการดูแล ควบคุมและป้องกันเชื้อแบคทีเรียดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ พยาบาล ICN หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม พยาบาลที่มีประสบการณ์จำนวน 6 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด

2.3 ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายที่จะใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยผลจากการประชุมทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ได้กำหนดวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อการดูแล ควบคุมและป้องกันเชื้อแบคทีเรียดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลราชวิถี โดยทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ได้กำหนดกลุ่มเป้าหมายไว้ 2 กลุ่มคือ 1) ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยวิกฤตและมารับการรักษาหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลราชวิถี และ 2) ผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานให้การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตและมารับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม

2.4 ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ได้ร่วมกันสืบค้นหาหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ ตลอดจนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในการประชุมทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการดูแล ป้องกันและควบคุมเชื้อแบคทีเรียดื้อยาหลายขนาน ซึ่งพัฒนามาจากแนวทางปฏิบัติการป้องกันและแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะตามแนวทาง CRE ของ WHO (2019) และแนวคิด McKinsey's 7 S Model ได้สืบค้นและวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และสืบค้นด้วยมือระหว่างปี ค.ศ. 2008– 2021 จำนวน 45 เรื่อง นำมาใช้ทั้งหมด 15 เรื่อง เป็นการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ 3 เรื่อง งานวิจัยเชิงทดลอง 3 เรื่อง งานวิจัยกึ่งทดลอง 1 เรื่อง การศึกษาทางระบาดวิทยา 1 เรื่อง

การศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า 4 เรื่อง บทความวิชาการ 2 เรื่อง การศึกษาแบบภาคตัดขวาง 1 เรื่อง เช่น การศึกษาการป้องกันและควบคุมเชื้อแบคทีเรียดื้อยาแกรมลบ ในหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ ศึกษาผลของการนำใช้แนวทางปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลระดับตติภูมิ ศึกษาความสำเร็จของการควบคุมอุบัติการณ์การดื้อยาหลายขนาน การดื้อยาเกือบทุกชนิดและการติดเชื้อ *Acinetobacter baumannii*. ในโรงพยาบาล ผลกระทบของการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมต่ออัตรา colonization และอัตราการติดเชื้อของ *Acinetobacter baumannii* (MDR) ในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลตติภูมิ ประสิทธิภาพของระบบฆ่าเชื้อด้วย ultraviolet-C ในการลดเชื้อก่อโรคในโรงพยาบาล เป็นต้น

2.5 ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ พิจารณาแนวทางการประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นมาได้ โดยมีมติเลือกเกณฑ์การแบ่งระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐานอ้างอิงของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (Joanna Briggs Institute [JBI], 2014) มาใช้ในการแบ่งระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพหลักฐานอ้างอิง จากนั้นได้คัดเลือกหลักฐานความรู้ที่มีคุณภาพและความเหมาะสมในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ทั้งหมด 15 เรื่อง สรุปโดยสังเขป และได้ดำเนินแนวปฏิบัติการพยาบาล ไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์โรคติดเชื้อ 1 ท่าน และพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ ความเหมาะสม สอดคล้องของแนวปฏิบัติที่ร่างขึ้น ตรวจสอบคุณภาพ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ โดยใช้ตามเกณฑ์ของ Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II หรือ AGREE II (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์, 2556) โดยคะแนนที่ได้ในหมวดที่ 1 เท่ากับ 93.1% หมวดที่ 2 เท่ากับ 88.9 % หมวดที่ 3 เท่ากับ 90.1% หมวดที่ 4 เท่ากับ 91.7% หมวดที่ 5 เท่ากับ 89.6% หมวดที่ 6 เท่ากับ 93.8% ผลการประเมิน คะแนนภาพรวมคุณค่าแนวปฏิบัติเท่ากับ 90.5% เช่น สิ่งที่ต้องแก้ไขในเรื่องควรทำเกณฑ์ให้เป็นรูปธรรม เขียนให้กระชับ ชัดเจน

2.6 ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ประชุมร่วมกันเพื่อปรับปรุงรูปแบบการพยาบาลฯ ตามคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำรูปแบบการพยาบาลฯ ไปใช้ โดยมีคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ ในเรื่องควรมีการทำแผ่นคำแนะนำเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน เรื่องน้ำยาทำความสะอาดที่เป็นชื่อเฉพาะ ให้ใส่วงเล็บว่าเป็นน้ำยาที่โรงพยาบาลใช้อยู่ ตรวจสอบเปอร์เซ็นต์ของน้ำยา

2.7 ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ยกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลฯตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดโดยพัฒนาจาก แนวทางปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมเชื้อดื้อยา Carbapenam Resistance Enterobacteriaceae; CRE ของ World Health organization 2019 ซึ่งมีแนวทางปฏิบัติ 8 ข้อ ได้แก่ 1. Implementation of multimodal IPC strategies :surveillance, contact precautions, patient isolation (single room or cohorting) and environmental cleaning. 2.hand hygiene compliance 3. Surveillance of MDROs infection and surveillance cultures for asymptomatic 4. Contact precautions. 5. Patient isolation 6. Environmental cleaning 7. Surveillance cultures of the environment 8. Monitoring, auditing and feedback. และนางานวิจัยเช่น ในเรื่องการศึกษาการป้องกัน และควบคุมเชื้อแบคทีเรียดื้อยาแกรมลบ ในหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ การศึกษาผลของการนำใช้แนวทางปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลระดับตติภูมิ ศึกษาความสำเร็จของการควบคุมอุบัติการณ์การดื้อยาหลายขนาน การดื้อยาเกือบทุกชนิดและการติดเชื้อ *Acinetobacter baumannii*. ในโรงพยาบาล ศึกษาเปรียบเทียบเทคโนโลยี steam และการทำความสะอาดสองขั้นตอน (น้ำ/ผงซักฟอก) และการฆ่าเชื้อ (1,000 resp. 5,000ppm Hypochlorite) โดยใช้ผ้าไมโครไฟเบอร์

สำหรับการควบคุมสิ่งแวดล้อมจากเชื้อดื้อยาหลายขนานในหอผู้ป่วยหนัก ผลกระทบของการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมต่ออัตรา colonization และอัตราการติดเชื้อของ *Acinetobacter baumannii* (MDR) ในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลตติยภูมิ ประสิทธิภาพของระบบฆ่าเชื้อด้วย ultraviolet-C ในการลดเชื้อ

2.8 ทิมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ทำการทดสอบความเป็นไปได้ของการใช้แนวทางปฏิบัติฯ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่ได้รับการนอนโรงพยาบาลราชวิถี ในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ระยะเวลา 2 สัปดาห์ จากนั้นมีการประชุมเพื่อปรับปรุงแก้ไข เหมาะกับบริบทของการทำงาน สังเกต ติดตามปัญหา อุปสรรคขณะใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลฯ ให้คำแนะนำ และโดยพยาบาลในหน่วยงาน ร่วมแสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะและปรับเปลี่ยนวิธี/กิจกรรม จนเกิดความเหมาะสมกับสภาพการณ์ บริบท และเกิดผลลัพธ์ที่ดี ได้แก่ การปรับวิธีการทำความสะอาดอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วย เช่น กาละมังเช็ดตัวผู้ป่วย ต้องมีการแช่น้ำยาทำลายเชื้อ แต่เนื่องจากหน่วยงานมีข้อจำกัดของสถานที่ในการทำทำความสะอาดอุปกรณ์ ทำให้ต้องปรับวิธีการทำความสะอาดจากการแช่น้ำยามาเป็นการแช่น้ำยาทำลายเชื้อแทน โดยเปลี่ยนชนิดน้ำยาทำลายเชื้อและทำการยกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาล

2.9 ทำแนวปฏิบัติการพยาบาลฉบับสมบูรณ์

ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติ รายละเอียดดังนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูล 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อทั้ง Community-acquired และ Hospital-acquired ที่นอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลราชวิถี กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติเดิม ศึกษาข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่เดือน กรกฎาคม – พฤศจิกายน 2565 จำนวน 103 คน กลุ่มที่ใช้แนวทางปฏิบัติใหม่ ศึกษาข้อมูลตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2565 – เมษายน 2566 จำนวน 99 คน 2) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลราชวิถี ตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2565 ถึงเดือน เมษายน 2566 จำนวน 19 ราย

การนำแนวปฏิบัติไปใช้ มีระยะเวลา 28 สัปดาห์ ดังนี้

1. เผยแพร่แนวปฏิบัติการพยาบาล สู่ทีมดำเนินการ และผู้ร่วมปฏิบัติในหน่วยงาน ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 โดยจัดประชุมชี้แจงแก่ทีมและเจ้าหน้าที่ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยดื้อยาหลายขนาน และประชาสัมพันธ์แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ณ หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โดยจัดทำเป็นคู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ
2. ดำเนินการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยมีการวางแผนร่วมกัน การสนับสนุน และการติดตามกำกับให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 28 สัปดาห์
3. การรวบรวมผลลัพธ์และตรวจสอบความสมบูรณ์

3.1 ผู้วิจัยและคณะทำการติดตาม และรวบรวมผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ เพื่อนำข้อมูลไปเปรียบเทียบ ก่อนและภายหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลฯ

3.2 นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปที่เป็น Categorical data รายงานด้วย จำนวน และร้อยละ ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในการทำงาน เวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะ ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการใช้ยาปฏิชีวนะ ประวัติการติดเชื้อ เชื้อที่เป็นสาเหตุ ปัญหา อุปสรรค

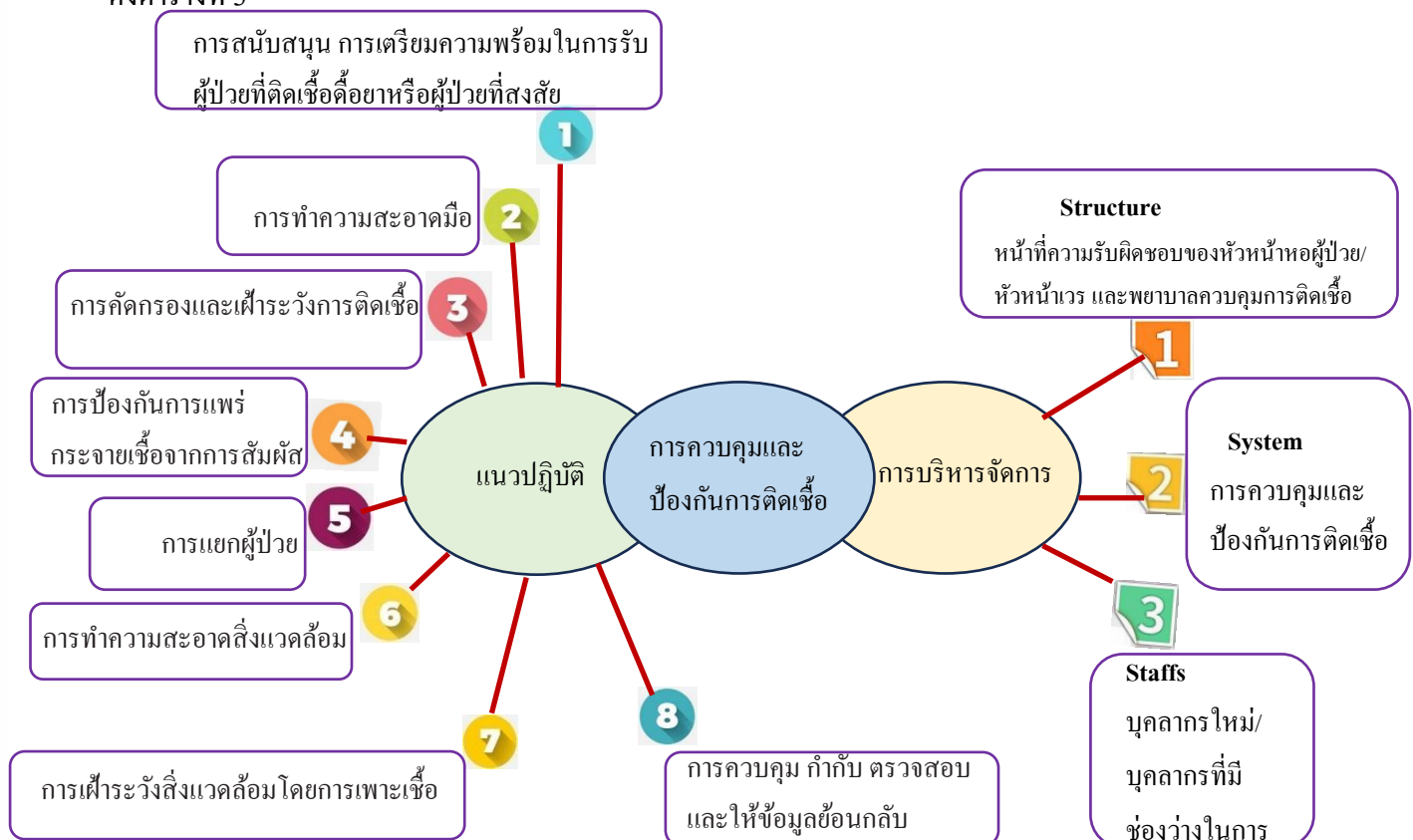
2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

การเปรียบเทียบข้อมูลที่เป็น Continuous data ในประชากร 2 กลุ่มที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ การวัดความรู้ของกลุ่มพยาบาล จำนวน 19 คน วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test ส่วนการเปรียบเทียบข้อมูลที่เป็น Continuous data ในประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติเดิม จำนวน 103 คน และกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติใหม่ จำนวน 99 คน วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent t-test วิเคราะห์อัตราการติดเชื้อในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติเดิม จำนวน 103 คน และกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติใหม่ จำนวน 99 คนโดยใช้ Poisson regression และนำเสนอด้วย Relative risk และทำการทดสอบกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

ผลการวิจัย

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการดูแล ควบคุมและป้องกันเชื้อแบคทีเรียดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลราชวิถี ดังภาพที่ 1

กลุ่มใช้แนวปฏิบัติใหม่ มีอัตราการติดเชื้อดื้อยา ลดลง ($RR = 2.44, p = 0.039$) ดังตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพด้านการดูแลควบคุมและป้องกันเชื้อดื้อยาหลายขนานในการใช้แนวปฏิบัติใหม่สูงกว่าการใช้แนวปฏิบัติเดิม ($t(18) = 14.19, p < .05, d = 8.05$) ดังตารางที่ 2 และกลุ่มตัวอย่างพยาบาล มีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.76, SD = 0.48$) ดังตารางที่ 3



ภาพที่ 1 แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการดูแล ควบคุมและป้องกันเชื้อแบคทีเรียดื้อยาหลายขนาน ในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลราชวิถี

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบสถานการณ์การติดเชื้อแบคทีเรียที่เรียกว่าจากการใช้แนวปฏิบัติเดิมและการใช้แนวปฏิบัติใหม่

สถานการณ์การติดเชื้อ	อัตราการติดเชื้อ/1000 วันนอน		RR	95% CI	p-value*
	โรงพยาบาล				
	กลุ่มที่ใช้แนว	กลุ่มที่ใช้แนว			
	ปฏิบัติเดิม	ปฏิบัติใหม่			
ติดเชื้อ	(n=103)	(n=99)			
การติดเชื้อแบคทีเรียที่เรียกว่าในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม	13.72	5.63	2.44	(1.04-5.70)	0.039*

หมายเหตุ. $p < .05$ จากการวิเคราะห์ห้ด้วย Poisson regression, RR คือ ความเสี่ยงของการติดเชื้อระหว่างกลุ่มใช้แนวปฏิบัติเดิมเทียบกับกลุ่มใช้แนวปฏิบัติใหม่

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพด้านการดูแลควบคุมและป้องกันเชื้อแบคทีเรียที่เรียกว่าหลายขนานในการใช้แนวปฏิบัติเดิมและการใช้แนวปฏิบัติใหม่ (n=19)

ความรู้ของพยาบาล	M	SD	t	df	d	p-value (1-tailed)
แนวปฏิบัติเดิม	8.21	2.42	14.19	18	8.05	.001*
แนวปฏิบัติใหม่	16.26	1.56				

หมายเหตุ. $p < .05$, $n = 19$

ตารางที่ 3 แสดงความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการดูแลควบคุม และป้องกันเชื้อแบคทีเรียที่เรียกว่าหลายขนาน (n=19)

ลำดับ	ความพึงพอใจ	Mean±SD	ระดับ
1	เป็นแนวทางปฏิบัติที่มีความทันสมัย ใช้งานง่ายและสะดวกในการใช้งาน	4.79±0.42	มากที่สุด
2	เป็นแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน เพียงพอ และถูกต้อง	4.84±0.37	มากที่สุด
3	ช่วงเวลา/ระยะเวลาในการใช้แนวทางปฏิบัติมีความเหมาะสม	4.63±0.55	มากที่สุด
4	มีคู่มือหรือขั้นตอนการใช้แนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม	4.74±0.55	มากที่สุด

ลำดับ	ความพึงพอใจ	Mean±SD	ระดับ
5	เป็นแนวทางที่มีเนื้อหาครบถ้วน ครอบคลุม เหมาะแก่การ ปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของ เชื้อดื้อยา	4.74±0.56	มากที่สุด
6	แนวทางปฏิบัติ มีความเหมาะสมสามารถนำไปประยุกต์ได้จริง	4.79±0.54	มากที่สุด
7	การนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ ทำให้ท่านได้รับ ข้อมูลและใช้งาน ได้ถูกต้องตามวัตถุประสงค์	4.79±0.42	มากที่สุด
8	การนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน	4.68±0.58	มากที่สุด
9	ผลของการนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ ให้บริการตรงตามความ ต้องการของผู้ป่วยญาติและบุคลากรที่ดูแล	4.84±0.37	มากที่สุด
รวม		4.76±0.48	มากที่สุด

อภิปรายผลการวิจัย

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการดูแล ควบคุมและป้องกันเชื้อแบคทีเรียดื้อยาหลาย ขนานในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม

ผลจากการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ได้ประยุกต์และนำมาตรฐานการดูแลเรื่องเชื้อดื้อยาของ WHO (World Health Organization, 2019) ทั้ง 8 ข้อ ได้แก่ Implementation of multimodal IPC strategies, hand hygiene compliance, Surveillance of MDROs infection and surveillance cultures for asymptomatic, Contact precautions, Patient isolation, Environmental cleaning, Surveillance cultures of the environment และ Monitoring, auditing and feedback. และหลักฐานเชิงประจักษ์ มาปรับใช้ในบริบทของโรงพยาบาล และนำหลักแนวคิด McKinsey 7S model (7S) ตามแนวคิดที่ Robert Waterman, Tom Peter and Julien Phillips ผู้วิจัยใช้ 3 S ได้แก่ โครงสร้าง ระบบ และบุคลากร มาประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการเชื้อดื้อยาในหน่วยงาน แนวทางปฏิบัติมีการใช้หลายวิธีประกอบกันในการลดการแพร่กระจายเชื้อและมีการสะท้อนปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาประจวบ ทองเจริญ (2556) การใช้กลยุทธ์ แนวทางการดำเนินงานที่หลากหลาย ช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์อย่างยั่งยืน และการประเมินผลและให้ข้อมูลย้อนกลับ เป็นกิจกรรมที่ควรกระทำควบคู่กันไปเนื่องจากเป็นกระบวนการให้ความคิดเห็นย้อนกลับจากการรับรู้ (perception) เหตุการณ์หรือพฤติกรรมตามที่สังเกตได้จริงขณะนั้น นอกจากนั้น ผู้วิจัยใช้หลักแนวคิด McKinsey 7S model (7S) ผู้วิจัยนำมาใช้ 3 S ได้แก่ โครงสร้าง ระบบ และบุคลากร มาช่วยในการบริหารจัดการการจัดบทบาท ความรับผิดชอบ ให้บุคลากรในหน่วยงานมีส่วนร่วม จัดระบบในการดำเนินการในแต่ละข้อของแนวทางปฏิบัติ เพื่อให้บุคลากรในหน่วยงานได้มีการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพช่วยในเรื่องการพัฒนาบุคลากร ทำให้การบริหารจัดการมีความชัดเจนและตรวจสอบได้ สอดคล้องกับ

งานวิจัยของกัลป์กร บุญรักษา (2560) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ ระหว่างพฤติกรรมผู้นำกับการมีส่วนร่วมในการทำงานของบุคลากร พบว่า การมีส่วนร่วมในการทำงานของบุคลากรจะส่งเสริมกระบวนการทำงานให้ดีขึ้น

2.การประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการดูแล ควบคุมและป้องกันเชื้อแบคทีเรียดื้อยาหลายขนาน

2.1 ด้านผู้รับบริการ

จากการเปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะการใช้แนวปฏิบัติเดิมและการใช้แนวปฏิบัติใหม่เพื่อการดูแล ควบคุมและป้องกันเชื้อแบคทีเรียดื้อยาหลายขนาน พบว่า อัตราการติดเชื้อดื้อยาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม เมื่อวิเคราะห์เป็นรายเดือน พบว่า กลุ่มใช้แนวทางปฏิบัติเดิมในช่วงเดือนกรกฎาคม-พฤศจิกายน 2565 พบอัตราการติดเชื้อดื้อยา เท่ากับ 10.2 , 17.3, 20.8, 13.7, และ 24.1 /1000 วันนอนโรงพยาบาลในภาพรวม เท่ากับ 13.7/1000 วันนอนโรงพยาบาล กลุ่มใช้แนวทางปฏิบัติใหม่ ในช่วงเดือนธันวาคม 2565 – เมษายน 2566 พบอัตราการติดเชื้อดื้อยา เท่ากับ 5.7 , 6.1, 6.9, 4.4 และ 0 /1000 วันนอนโรงพยาบาล ในภาพรวม เท่ากับ 5.6/1000 วันนอนโรงพยาบาล ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p= 0.039$) โดยอัตราการติดเชื้อดื้อยาของกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวทางปฏิบัติฯ เดิม มีอัตราการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลของหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวทางปฏิบัติฯ ใหม่ 2.44 เท่า (1.04-5.70) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Liu et al. (2020) ศึกษาความสำเร็จของการควบคุมอุบัติการณ์การติดเชื้อหลายขนาน การติดเชื้อเกือบทุกชนิดและการติดเชื้อ *Acinetobacter baumannii*. ในโรงพยาบาล โดยใช้การควบคุมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล การใช้โปรแกรมควบคุมการติดเชื้อ และการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ประเทศจีน ผลการศึกษา พบว่า การปฏิบัติตาม Intervention AMS+ICP+ENC อย่างเคร่งครัดในปี 2016 พบว่าการติดเชื้อดื้อยา MDR AB ลดลงจากร้อยละ 71.91 เป็นร้อยละ 36.55 และลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงมีการนิเทศกำกับโดยพยาบาลควบคุมการติดเชื้อและสะท้อนภาพกลับ พร้อมให้ความรู้แก่บุคลากรกับผู้ป่วยปฏิบัติงาน ทำให้มีพฤติกรรมมีการเปลี่ยนแปลง และให้ความสำคัญในเรื่องเชื้อดื้อยามากขึ้น

2.2 ด้านผู้ให้บริการ

2.2.1 ผลการประเมินความรู้ด้านการดูแล ควบคุมและป้องกันเชื้อดื้อยาหลายขนานการใช้แนวปฏิบัติเดิมและการใช้แนวปฏิบัติใหม่เพื่อการดูแล ควบคุมและป้องกันเชื้อแบคทีเรียดื้อยาหลายขนาน พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการใช้แนวปฏิบัติใหม่ สูงกว่าการใช้แนวทางปฏิบัติเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิไลลักษณ์ วงศ์จุลชาติ (2560) ศึกษาการใช้กลวิธีหลากหลายเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต พบว่า การใช้กลวิธีหลากหลายเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติ บุคลากรโรงพยาบาลมีความรู้เรื่องเชื้อ

คือยาและการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อคือยาเพิ่มขึ้นส่งผลให้การปฏิบัติตามแนวทางการควบคุม และแพร่กระจายเชื้อคือยาถูกต้องเพิ่มขึ้นร้อยละ 22.97 การทำความสะอาดมือปฏิบัติถูกต้องเพิ่มขึ้นร้อยละ 29.77

2.2.2 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างพยาบาล มีความพึงพอใจมากที่สุดในทุกข้อคำถาม โดยมีข้อที่ได้คะแนนค่าเฉลี่ยสูงสุด 4.84 ได้แก่ เป็นแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานเพียงพอ และถูกต้อง ทำให้ปฏิบัติได้เป็นแนวทางเดียวกัน เนื่องจากแนวปฏิบัติพัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เชื่อถือได้ มีการจัดลำดับขั้นตอนเป็นหมวดหมู่ สอดคล้องกับการศึกษาของJudkins (2021) ที่พบว่า พยาบาลมีความต้องการแนวปฏิบัติที่ใช้หลักฐาน เชิงประจักษ์และขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

สรุปผลการวิจัย

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการดูแล ควบคุมและป้องกันเชื้อแบคทีเรียคือยาหลายขนานในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยแนวปฏิบัติ 8 แนวทาง และการบริหารจัดการ 3 ด้าน โดยแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นสามารถลดการติดเชื้อคือยาได้ พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความรู้และมีความพึงพอใจมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อคือยา จะต้องได้รับความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพ เนื่องจากการลดเรื่องเชื้อคือยา จะต้องมีการพัฒนาเรื่องการลดการใช้ยาปฏิชีวนะ แล้วนำแนวปฏิบัติที่ได้ มีการเชื่อมการทำงานร่วมกันและเก็บข้อมูล เพื่อวิเคราะห์ปัญหาเชิงลึกขึ้น จะช่วยลดปัญหาเชื้อคือยาได้มากขึ้น

2. การกิจด้านการพยาบาล ควรกำหนดนโยบายให้กลุ่มงานการพยาบาลมีการนำแนวปฏิบัติร่วมกับจัดทำระบบนิเทศ ที่สามารถตรวจสอบได้ สะท้อนภาพปัญหา จัดทำเป็นแผนงานการปฏิบัติอย่างเป็นระบบ เพื่อลดปัญหาเชื้อคือยา ซึ่งเป็นนโยบายระดับประเทศ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม และผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกคน ที่เอื้ออำนวยให้คณะผู้วิจัยดำเนินการวิจัยได้สำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

- กัลยกร บุญรักษา. (2560). *ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมผู้นำกับการมีส่วนร่วมในการทำงานของบุคลากรใน ศูนย์ การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย อำเภอในเขตจังหวัดจันทบุรี*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยบูรพา]
- งานการพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ โรงพยาบาลราชวิถี. (2564). *รายงานเฝ้าระวังการติดเชื้อ โรงพยาบาลราชวิถีประจำปี 2564*. โรงพยาบาลราชวิถี.
- ประจวบ ทองเจริญ. (2556). *ผลของกลไกการใช้วิธีหลากหลายต่อการปฏิบัติของบุคลากรสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาหลายขนาน*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่]
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์. (2556). *เครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (AGREE II)- (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. บริษัท อาร์ต ควอลิตี้ จำกัด.
- ภาณุมาศ ภูมาศ, ดวงรัตน์ โพธิ์, และวิญญู ธรรมลิขิตกุล. (2555). ผลกระทบด้านสุขภาพและเศรษฐศาสตร์จากการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย:การศึกษาเบื้องต้น. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 6(3), 352- 360.
- วิไลลักษณ์ วงศ์จุลชาติ. (2560). *การใช้กลวิธีหลากหลายเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต*. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 31(3), 441-456.
- Judkins, B. J. (2021). Nurses' Perceptions of Caring for Patients in the Prone Position. *Honors Theses and Capstones*, 570. Retrieved November 10, 2022, from <https://scholars.unh.edu/honors/570/>
- Liu, L., Liu, B., & Li, W. (2020). Successful Incidences of Controlling Multidrug-Resistance, Extensively Drug- Resistance, and Nosocomial Infection *Acinetobacter baumannii* Using Antibiotic Stewardship, Infection Control Programs, and Environmental cleaning at a Chinese University Hospital. *Infection and Drug Resistance*, 13, 2557-2570.
- Jim,O. (2018). *Tackling Drug-Resistant Infections Globally*. Retrieved December 8, 2022, from [https://amrreview.org/sites/default/files/160518_Final%20paper_with%20cover. pdf/](https://amrreview.org/sites/default/files/160518_Final%20paper_with%20cover.pdf/).
- Peters, J. T., & Waterman, H.R. (1980). *Search of excellence: Lessons from America's*. John Willey.
- The Joanna Briggs Institute. (2014). *Reviewers' Manual 2014 Edition*. Retrieved December 8, 2022, from

<http://www.Joannabriggs.org/assets/docs/sumari/reviewersmanual-2014.pdf>

World Health Organization. (2014). *Antimicrobial resistance: global report on surveillance*.

Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112642/9789241564748_eng.pdf

World Health Organization. (2019). *The Global threat of antibiotic resistance*. Retrieved December 8, 2022, from <https://www.reactgroup.org/antibiotic-resistance/the-threat/>

World Health Organization. (2019). *Implementation manual to prevent and control the spread of carbapenam –resistant organisms at the national and health care facility level*. Retrieved December 8, 2022, from 2019-6

ความไวต่อการรับรู้และการตัดสินใจเชิงจริยธรรมการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

พนมพร กิริตตานนท์, Ph.D.^{1*}

บุบผา คำรงกิตติกุล, วท.ม.¹

สุนิษฐ์รัตน์ บุญศิลป์, Ph.D.¹

(วันที่ส่งบทความ: 20 กุมภาพันธ์ 2566; วันที่แก้ไข: 15 ธันวาคม 2566; วันที่ตอบรับ: 20 ธันวาคม 2566)

บทคัดย่อ

ความไวต่อการรับรู้และการตัดสินใจเชิงจริยธรรมการพยาบาล เป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาล งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความไวต่อการรับรู้และการตัดสินใจเชิงจริยธรรมการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 2 – 4 วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก โดยการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิจากเขตพื้นที่ 4 ภาค รวม 8 วิทยาลัย จำนวน 420 คน รวบรวมข้อมูลด้วยแบบวัดความไวต่อการรับรู้จริยธรรมการพยาบาลและแบบวัดการตัดสินใจเชิงจริยธรรมการพยาบาลซึ่งมีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.87 และ 0.93 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ความแปรปรวน ผลการวิจัย พบว่า ความไวต่อการรับรู้จริยธรรมการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล มีค่าเฉลี่ยโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 3.18, SD = 0.27$) และการตัดสินใจเชิงจริยธรรมการพยาบาล มีค่าเฉลี่ยโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 2.61, SD = 0.78$) การเปรียบเทียบความแตกต่างความไวต่อการรับรู้และการตัดสินใจเชิงจริยธรรมการพยาบาลของนักศึกษาพบว่า นักศึกษาที่มีระดับชั้นปีแตกต่างกัน มีความไวต่อการรับรู้จริยธรรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F(4170) = 13.56$) และ มีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมการพยาบาลแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F(4170) = 4.498$) ผลการศึกษาเป็นข้อมูลในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอน เพื่อเสริมสร้างนักศึกษาพยาบาลให้มีจริยธรรมทางการพยาบาลเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ: ความไวต่อการรับรู้ทางจริยธรรม, การตัดสินใจเชิงจริยธรรมการพยาบาล, จริยธรรมการพยาบาล

¹ อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

* ผู้ประสานงานบรรณกิจ: พนมพร กิริตตานนท์, Email: panomporn@bcns.ac.th.

Perceived Sensitivity and Decision-Making in Nursing Ethics of Nursing Students

Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Panomporn Keeratitanon, Ph.D.^{1*}

Bubpha Dumrungkittikul, M.Sc.1

Suneerat Boonsin, Ph.D.1

(Received: February 20th, 2023; Revised: December 15th, 2023; Accepted: December 20th, 2023)

Abstract

Sensitivity to perception and decision-making in nursing ethics is a fundamental factor influencing the ethical behavior of nurses. This study aimed to compare the perceived sensitivity and decision-making in the nursing ethics of nursing students. There were 420 student participants in the study from the 2nd to the 4th year of the Bachelor of Nursing Science program under the jurisdiction of the Phraboromarajchanok Institute, which includes eight nursing colleges. The tools used to collect data were perceived sensitivity and decision-making in the nursing ethics questionnaire. The item's objective congruences (IOC) of the two questionnaires were between 0.67-1.00. Their reliabilities (Cronbach's alpha coefficient) were 0.87 and 0.93., respectively. Descriptive and variance statistics analyzed data. The results showed that the ethical sensitivity of the nursing students overall was moderate ($M = 3.18$, $SD = 0.27$), and decision-making in nursing ethics overall was moderate ($M = 2.61$, $SD = 0.78$). There were statistically significant the comparing differences in the sensitivity to perception and ethical decision-making of nursing students, it was found that students with different year levels sensitive to ethical perception, $p < .05$ ($F(4,170) = 13.56$) and had different decision-making in nursing ethics, $p < .05$ ($F(4,170) = 4.498$). The study results can lead to the development of teaching and learning to strengthen nursing students to have more nursing ethics.

Keywords: perceived ethical sensitivity, decision-making in nursing ethics, nursing ethics

¹ Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Saraburi, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute

* Panomporn Keeratitanon Email : panomporn@bcns.ac.th

บทนำ

ความไวต่อการรับรู้และการตัดสินใจเชิงจริยธรรมทางการพยาบาล (Sensitivity to perception and ethical decision making in nursing) ถือเป็นทักษะหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติการพยาบาลในปัจจุบันที่สังคมมีความคาดหวังสูงในการให้บริการทางสุขภาพเนื่องจากสังคมปัจจุบันเป็นสังคมยุคดิจิทัล ผู้มารับบริการด้านสุขภาพ มีความตื่นตัวเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยเป็นอย่างมาก และมีการตรวจสอบคุณภาพการบริการสุขภาพมากขึ้น โดยเฉพาะพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลที่บ่งบอกถึงการขาดจริยธรรมในการปฏิบัติการใช้วาจาไม่สุภาพ การไม่ใส่ใจต่อความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติ จะถูกสังคมนำไปเผยแพร่ และเกิดความเสียหายต่อวิชาชีพอย่างรวดเร็ว และที่น่าเป็นห่วงคือ กลุ่มเยาวชนโดยเฉพาะนักศึกษา อาจขาดวิจารณญาณในการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์และมีพฤติกรรมการใช้ที่ไม่เหมาะสม เช่น การเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย การแสดงความคิดเห็น การใช้ภาษา การละเมิดสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วยได้ (วรรณประภา เอี่ยมฤทธิ์, 2559) ที่นำไปสู่ปัญหาความไม่พึงพอใจในการให้บริการ ส่งผลให้มีการร้องเรียนหรือฟ้องร้องมากขึ้น ดังนั้น วิทยาลัยพยาบาล สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เป็นสถาบันการศึกษายพยาบาลที่มีหน้าที่รับผิดชอบผลิตพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้บริการด้านสุขภาพแก่สังคม จึงต้องพัฒนาให้นักศึกษามีความรู้ความเข้าใจในหลักจริยธรรมการพยาบาล และสามารถตัดสินใจในประเด็นความขัดแย้งทางจริยธรรมการพยาบาลได้ (อริญญา เชาวลิต และทัศนีย์ นะแสง, 2559)

ปัจจุบันเกิดปรากฏการณ์การกระทำความผิดด้านจริยธรรมในสังคมไทยมีความรุนแรงมากขึ้นทุกสาขาวิชาชีพ รวมถึงวิชาชีพพยาบาล ที่มีข่าวการกระทำความผิดจริยธรรมเพิ่มสูงขึ้น เช่น การไม่ใส่ใจต่อความทุกข์ร้อนของผู้ป่วยและผู้รับบริการ การแสดงพฤติกรรมอันเป็นการไม่เคารพในเอกลักษณ์ของผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาลโดยไม่สุภาพ ขาดมาตรฐานในการประกอบวิชาชีพ ทำให้ผู้รับบริการสิ้นเปลือง รวมถึงการเปิดเผยความลับของผู้ป่วย เป็นต้น (พรศิริ พันธสี และเจตจรรยา บุญญกุล, 2560) เหล่านี้ล้วนเกิดจากการที่พยาบาล ขาดการไตร่ตรองที่ดีในประเด็นทางจริยธรรม ส่งผลให้เกิดปัญหาการกระทำผิดจริยธรรมเพิ่มมากขึ้น ขณะเดียวกันการจัดการเรียนการสอน นักศึกษาต้องฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยในสถานการณ์จริง เพื่อสร้างเสริมการเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วย และต้องปฏิบัติงานร่วมกับพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล ที่เป็นแหล่งฝึกปฏิบัติ ซึ่งนักศึกษาอาจต้องเผชิญกับปัญหาจริยธรรมได้ตลอดเวลา โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทั้งนี้งานวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลสามารถรับรู้ได้ว่ามีประเด็นทางจริยธรรมเกิดขึ้น และประเด็นทางจริยธรรมที่นักศึกษาพยาบาลพบในการฝึกปฏิบัติงาน ได้แก่ การที่ทีมสุขภาพแสดงกิริยาไม่สุภาพ และการที่ต้องดูแลผู้ป่วยทั้งที่กลัวว่าตนเองจะได้รับอันตราย การให้ยาผิด การไม่เคารพสิทธิและความเป็นบุคคลของผู้ป่วย และการไม่บอกข้อมูลที่เป็นความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วย (อภิญญา อินทรรัตน์ และคณะ, 2558)

ประเด็นปัญหาทางจริยธรรมและปัญหาการจัดการเรียนการสอนที่เสริมสร้างจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้นักศึกษาความสามารถในการใช้ดุลยพินิจในการจัดการประเด็นหรือปัญหาทางจริยธรรมได้นั้น พบว่านักศึกษายังไม่สามารถตีความ (Interpretation) ว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นมีประเด็นทางจริยธรรมด้านไหน และไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าว่าสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในขณะนั้นจะนำไปสู่ผลกระทบในด้านใดต่อไป จึงทำให้ขาดการแก้ไขปัญหาทางจริยธรรมที่เหมาะสม และไม่เกิดพฤติกรรมจริยธรรมที่พึงประสงค์ (Robichaux, 2012) และแม้ว่าการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ ที่สอดแทรกให้นักศึกษาวิเคราะห์ประเด็นจริยธรรมการพยาบาล ในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วย ในการวางแผนการพยาบาล ยังพบว่านักศึกษายังไม่สามารถระบุประเด็นความขัดแย้งทางจริยธรรม ซึ่งการพัฒนาความไวต่อการรับรู้ทางจริยธรรม นักศึกษาต้องสามารถประเมินสถานการณ์การปฏิบัติการพยาบาล และตีความสถานการณ์ จากอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ที่เกี่ยวข้อง ทั้งจากคำพูด อากัปกิริยาและพฤติกรรมต่างๆ โดยวิเคราะห์จากมุมมองในหลากหลายมิติที่แตกต่างกัน ขณะเดียวกันอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติ จะต้องเป็นแบบอย่างที่ดี (Role model) ที่แสดงให้เห็นถึงการรับรู้ประเด็นจริยธรรมที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติการพยาบาล โดย ส่งเสริมบรรยากาศที่เอื้อต่อการเรียนรู้ ให้ผู้เรียนสามารถแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Park et al., 2012).

การจัดการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาจริยธรรมการพยาบาลในการจัดการเรียนการสอน โดยกำหนดให้สอดแทรกจริยธรรมการพยาบาล ในทุกรายวิชาที่เกี่ยวข้องทางการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้อาจารย์ผู้สอน และผู้เรียนได้ตระหนักถึงความสำคัญในปัญหาจริยธรรมการพยาบาลในปัจจุบัน แต่การจัดการเรียนการสอนที่จะส่งเสริมกระบวนการเสริมสร้างความไวต่อการรับรู้จริยธรรมการพยาบาล และการตัดสินใจเชิงจริยธรรมการพยาบาล ยังขาดการพัฒนาทักษะดังกล่าวอย่างเป็นรูปธรรม ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงได้ทำการวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลเบื้องต้น ด้านความไวต่อการรับรู้จริยธรรมการพยาบาล และการตัดสินใจเชิงจริยธรรมการพยาบาลของนักศึกษา ที่ผ่านกระบวนการเรียนรู้ตามหลักสูตร เพื่อนำผลการศึกษาไปพัฒนาการจัดการเรียนการสอน ให้นักศึกษามีทักษะด้านความไวต่อการรับรู้จริยธรรมการพยาบาลและตัดสินใจเชิงจริยธรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นสอดคล้องกับเป้าหมายของหลักสูตรทางการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความไวต่อการรับรู้จริยธรรมการพยาบาลและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความไวต่อการรับรู้จริยธรรมการพยาบาลและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลแต่ละชั้นปี

สมมติฐานการวิจัย

ความไวต่อการรับรู้จริยธรรมการพยาบาลและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลแต่ละชั้นปีมีความแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิด ความไวต่อการรับรู้จริยธรรมของเรสท์ ที่อธิบายว่าความไวทางจริยธรรมเป็นกระบวนการของการรู้ (Cognitive process) ซึ่งได้แก่ การประเมินและการตีความ และการกระตุ้นทางอารมณ์ความรู้สึก (Affective arousal) เช่น ความเห็นอกเห็นใจ ความโกรธ ความไม่พอใจ รวมทั้งการพิจารณาจากมุมมองที่แตกต่างทางวัฒนธรรมและเศรษฐกิจสังคม มุมมองด้านกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับขององค์กร จรรยาบรรณ และมาตรฐานวิชาชีพ (Rest, 1989) ประกอบด้วย 1) การรับรู้ประเด็นทางจริยธรรม เป็นความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ โดยใช้ความรู้เชิงวิชาการและประสบการณ์ที่ผ่านมา 2) อารมณ์ความรู้สึกที่มีต่อสถานการณ์ 3) ความรู้สึกรับผิดชอบทางวิชาชีพ การแสวงหาทางเลือกการกระทำต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการและปัญหาของผู้รับบริการ (อภิญา อินทรรัตน์ และคณะ, 2558) ผู้วิจัยเลือกใช้กระบวนการตัดสินใจของ ทอมสันและคณะ (Thomson et al., 2006) ซึ่งเป็นกระบวนการใกล้เคียงและครอบคลุมกับกระบวนการทางการพยาบาล ซึ่งกระบวนการตัดสินใจนี้ ได้พัฒนาการสอนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมไว้ในรูปแบบของ DECIDE Model ประกอบไปด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การระบุปัญหา (D-Define the problem) หมายถึง การชี้ให้เห็นถึงปัญหาว่าอะไรคือสิ่งสำคัญของปัญหาในเหตุการณ์นี้ 2) การทบทวนปัญหาจริยธรรม (E-Ethical review) หมายถึง การทบทวนปัญหาจริยธรรมที่เกิดขึ้นโดยพิจารณาว่าปัญหามีหลักการทางจริยธรรมข้อใดบ้างที่เกี่ยวข้อง 3) การพิจารณาทางเลือก (C-Consider the options) หมายถึง การพิจารณาว่าปัญหาจริยธรรมที่เกิดขึ้นมีทางเลือกอะไรบ้าง 4) การประเมินทางเลือก (I-Investigate outcomes) หมายถึง การพิจารณาแต่ละทางเลือกโดยพิจารณาถึงข้อดีข้อเสียของแต่ละทางเลือก 5) การตัดสินใจเลือก (D-Decide on action) หมายถึง การตัดสินใจเลือกทางเลือกที่มีข้อดีมากที่สุดและข้อเสียมีน้อยที่สุด และ 6) การประเมินผลลัพธ์การตัดสินใจ (E-Evaluate results) หมายถึง การประเมินผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ที่ได้วางไว้ ทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยจะช่วยเพิ่มคุณภาพของทีมสุขภาพ

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เก็บรวบรวมข้อมูล ในเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2565 รวม 2 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ นักศึกษาดังแต่ชั้นปีที่ 2-4 ที่เป็นนักศึกษาในสังกัด วิทยาลัยพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ ของสถาบันพระบรมราชชนก จำนวน 30 แห่ง ปีการศึกษา 2565 ที่มีประสบการณ์การฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลในหอผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณด้วยโปรแกรม G-Power ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยอาศัยอำนาจการทำนาย (power) ที่ 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ต้องการศึกษา (Effect size) เท่ากับ 0.50 จากการเปิดตารางขนาดของกลุ่มตัวอย่าง และจากการศึกษาที่ใกล้เคียง (วรรณ มากเทพ พงษ์ และคณะ, 2565) พบว่ามีการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 15 เพื่อป้องกันการถอนตัวหรือข้อมูลไม่ครบถ้วน (Polit, 2010) รวม 8 วิทยาลัย คิดเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 432 คน กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มเลือกแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยแบ่งวิทยาลัย ออกเป็น 4 ภาคตามภูมิศาสตร์ของประเทศ โดยการสุ่มอย่างง่าย ด้วยการจับฉลาก จำนวนภูมิภาคละ 2 วิทยาลัย คำนวณกลุ่มตัวอย่างแต่ละวิทยาลัย โดยกำหนดสัดส่วนจำนวนนักศึกษาแต่ละชั้นปี เมื่อได้จำนวน กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาชั้นปีที่ 2 - 4 แล้วจึงสุ่มอย่างมีระบบ จากระหัสประจำตัวนักศึกษาแต่ละชั้นปี โดยวิธีใช้ ตารางเลขสุ่ม (Table of random numbers) ที่กำหนดขึ้นจากคอมพิวเตอร์ รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 432 คน และนักศึกษาตอบกลับมา จำนวน 420 คน คิดเป็นร้อยละ 97.22 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี หมายเลข EC 1-001/2565 ตั้งแต่วันที่ 9 มีนาคม 2565 ถึงวันที่ 5 มีนาคม 2566 โดยผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์อาสาสมัครที่ให้ข้อมูล ด้วยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย ให้อิสระในการตอบคำถาม และแจ้งให้ทราบว่า การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อผลการเรียน ข้อมูลที่ได้จากการสอบถามจะเก็บไว้เป็นความลับ ซึ่งผู้วิจัยขอความยินยอม โดยมีเอกสารขอความยินยอม (Consent form) ก่อนการตกลงร่วมเป็นอาสาสมัคร ในรูปแบบออนไลน์ ซึ่งนักศึกษามีสิทธิ์ปฏิเสธหรือยินยอมเข้าร่วม ได้โดยอิสระ ผู้วิจัยประสานกับอาจารย์ผู้รับผิดชอบงานวิจัยของแต่ละวิทยาลัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่งแบบสอบถามเข้ากลุ่มไลน์นักศึกษาแต่ละชั้นปี ด้วย QR code เพื่อป้องกันการตอบแบบสอบถามโดยไม่เต็มใจหรือถูกบังคับและให้นักศึกษามีเวลาในการตอบแบบสอบถามได้อย่างอิสระ และข้อมูลการตอบแบบสอบถาม รหัสประจำตัวนักศึกษาผู้ตอบแบบสอบถาม จะถูกปกปิดเป็นความลับ เมื่อสิ้นสุดตามระยะเวลาที่ผู้วิจัยกำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยใช้รูปแบบการตอบแบบสอบถามออนไลน์ ผ่านโปรแกรม Google form แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเติมข้อมูลและเลือกตอบ ประกอบด้วย สถานที่ศึกษา ชั้นปี เพศ ผลการเรียนสะสม จำนวนปีของประสบการณ์การปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วย สถานภาพสมรสของบิดามารดา ลำดับพี่น้องในครอบครัว และอาชีพของผู้ปกครอง

ส่วนที่ 2 แบบวัดความไวต่อการรับรู้จริยธรรมการพยาบาล ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยใช้แนวคิดความไวต่อการรับรู้จริยธรรมของ Rest (1989) เป็นกรอบแนวคิดประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) ความสามารถในการรับรู้ทางจริยธรรม 2) ทักษะทางอารมณ์ 3) การเข้าใจมุมมองของบุคคล แต่ละด้านมีจำนวน 5 คำถาม รวมจำนวน 15 ข้อ แต่ละข้อมีคำตอบ 4 ตัวเลือก ตอบถูกต้องมากที่สุดให้ 4 คะแนน ตอบถูกต้องมาก ให้ 3 คะแนน ตอบถูกต้องปานกลาง ให้ 2 คะแนน ตอบถูกต้องน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน เมื่อรวมคะแนนทั้งหมดของแบบวัดความไวต่อการรับรู้จริยธรรมการพยาบาล จำนวน 15 ข้อแต่ละข้อมีคำตอบ 4 ตัวเลือก แต่ละข้อมีค่าคะแนนจาก 1-4 คะแนน ตอบถูกต้องมากที่สุด เท่ากับ 4 คะแนน และคะแนน 3, 2, 1 จะเป็นคะแนนที่ตอบความถูกต้องตรงตามข้อคำถาม โดยมีความถูกต้องจากมากไปหาน้อยที่สุด คะแนนที่ได้อยู่ในช่วง 15-125 คะแนน แล้วนำคะแนนมากำหนดช่วงคะแนนที่ได้เทียบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 (น้อยที่สุด) ถึง 5 (มากที่สุด) โดยช่วงคะแนนต่ำที่สุดหมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีความไวต่อการรับรู้จริยธรรมการพยาบาลในระดับต่ำที่สุด ส่วนช่วงคะแนนระดับมากที่สุด หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีความไวต่อการรับรู้จริยธรรมการพยาบาลในระดับสูงที่สุด ตามลำดับและกำหนดการแปลผลคะแนนเฉลี่ยความไวต่อการรับรู้จริยธรรมการพยาบาล เป็น 4 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 0 – 1.25 คะแนน หมายถึง ความไวต่อการรับรู้จริยธรรมการพยาบาล ระดับต่ำมาก คะแนนเฉลี่ย 1.26 – 2.50 คะแนน หมายถึง ความไวต่อการรับรู้จริยธรรมการพยาบาล ระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.51 – 3.75 คะแนน หมายถึง ความไวต่อการรับรู้จริยธรรมการพยาบาล ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.78 – 5.00 คะแนน หมายถึง ความไวต่อการรับรู้จริยธรรมการพยาบาล ระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบวัดการตัดสินใจเชิงจริยธรรมการพยาบาล ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยใช้แนวคิดการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของ Thompson et al. (2006) ในรูปแบบของ DECIDE Model ประกอบด้วยตัวแปร 3 สถานการณ์ ได้แก่ 1) สถานการณ์จริยธรรมการพยาบาลด้านการทำประโยชน์ 2) สถานการณ์จริยธรรมการพยาบาลด้านการเคารพสิทธิ 3) สถานการณ์จริยธรรมการพยาบาลด้านการบอกความจริง โดยแต่ละสถานการณ์ทางจริยธรรมการพยาบาล ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ ตามหลักการของรูปแบบการตัดสินใจ ได้แก่ ข้อ 1 เป็นขั้นการกำหนดประเด็นจริยธรรมจากสถานการณ์ ข้อ 2 การกำหนดแนวปฏิบัติ ข้อ 3 เป็นคำถามการพิจารณาทางเลือก ข้อ 4 คำถามในการตัดสินใจ ข้อ 5 คำถามในการระบุปัญหาจริยธรรม และข้อ 6 เป็นคำถามในการวิเคราะห์ข้อดีข้อเสีย รวม 3 สถานการณ์ จำนวน 18 ข้อแต่ละข้อมีคำตอบ 4 ตัวเลือก แต่ละตัวเลือกมีค่าคะแนน จากน้อยไปหามาก โดยคำตอบที่ถูกต้องที่สุด เท่ากับ 4 คะแนน รองลงมาจะเทียบคำตอบ เป็น 3, 2, 1 คะแนน ตามลำดับ คะแนนที่ได้อยู่

ในช่วง 18 – 72 คะแนน แล้วนำคะแนนมากำหนดช่วงคะแนนที่ได้เทียบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ และกำหนดช่วงคะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 (น้อยที่สุด) ถึง 5 (มากที่สุด) โดยช่วงคะแนนต่ำที่สุด หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมการพยาบาลในระดับต่ำที่สุด ส่วนช่วงคะแนนระดับมากที่สุด หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมการพยาบาลในระดับสูงที่สุด ตามลำดับ และกำหนดการแปลผลคะแนนเฉลี่ยการตัดสินใจเชิงจริยธรรมการพยาบาล เป็น 4 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 0 – 1.25 คะแนน หมายถึง การตัดสินใจเชิงจริยธรรมการพยาบาลระดับต่ำมาก คะแนนเฉลี่ย 1.26 – 2.50 คะแนน หมายถึง การตัดสินใจเชิงจริยธรรมการพยาบาลระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.51 – 3.75 คะแนน หมายถึง การตัดสินใจเชิงจริยธรรมการพยาบาลระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.78 – 5.00 คะแนน หมายถึง การตัดสินใจเชิงจริยธรรมการพยาบาลระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามความไวต่อการรับรู้จริยธรรมการพยาบาล และแบบสอบถามการตัดสินใจเชิงจริยธรรมการพยาบาล โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และอาจารย์ด้านการศึกษา 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item objective congruence [IOC]) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00

ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2- 4 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพทุทบาท ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 คน แล้ววิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น จากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.87 และ 0.93 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากวิทยาลัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยดำเนินการ ดังนี้

1.ผู้วิจัยมอบหมายให้บุคลากรสายสนับสนุนด้านวิจัย ทำหนังสือขออนุญาตส่งแบบสอบถาม และเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายวิธีการทำวิจัย และขอความร่วมมือ โดยส่ง QR code ที่เข้าถึงเอกสารการยินยอมเข้าร่วมวิจัย และเข้าตอบแบบสอบถามผ่านระบบออนไลน์ ใน google form

2.กลุ่มตัวอย่างทำการตอบแบบสอบถามตามเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งผู้วิจัยสามารถทราบผลการตอบแบบสอบถามผ่านระบบออนไลน์ ใน google form เมื่อครบตามจำนวนจึงนำผลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างค่าคะแนนความไวต่อการรับรู้จริยธรรมการพยาบาลและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมการพยาบาล วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way ANOVA) โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความไวต่อการรับรู้จริยธรรมการพยาบาลและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมการพยาบาลกับระดับชั้นปีของนักศึกษา 3 ชั้นปี โดยใช้สูตรการทดสอบค่าเอฟ (F- test) พบว่ามีความแตกต่างภายในกลุ่ม จากนั้นเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีของเซฟเฟ (Scheffe's – test) ก่อนการวิเคราะห์ได้ตรวจสอบข้อมูลที่ได้พบว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติดังกล่าว

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 92.90) ศึกษาในระดับชั้นปีที่ 4 (ร้อยละ 37.62) มีระดับเกรดเฉลี่ยสะสม 2.51-2.99 (ร้อยละ 49.80) มีประสบการณ์ในการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย 3 ปี (ร้อยละ 38.10) เป็นบุตรคนที่ 1 (ร้อยละ 46.90) สถานภาพครอบครัวอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 65.71) และผู้ปกครองมีอาชีพของรับจ้าง (ร้อยละ 39.29)

ระดับความไวต่อการรับรู้จริยธรรมการพยาบาลและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่าระดับความไวต่อการรับรู้จริยธรรมการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.18, SD = 0.27$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ความไวต่อการรับรู้จริยธรรมการพยาบาล รองลงมาคือ ความไวต่อการรับรู้ด้านการเข้าใจมุมมองคนอื่น และความไวต่อการรับรู้ด้านทักษะทางอารมณ์ ตามลำดับ ส่วนระดับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.61, SD = 0.78$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยจากมากที่สุดไปหาน้อยที่สุด ตามลำดับ คือ การกำหนดประเด็นจริยธรรม การกำหนดแนวการปฏิบัติ การพิจารณาทางเลือก การตัดสินใจเลือก การระบุปัญหาจริยธรรม และการวิเคราะห์ข้อดีข้อเสีย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความไวต่อการรับรู้และการตัดสินใจเชิงจริยธรรม การพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข (n = 420)

ตัวแปร	M	SD	ระดับ
ความไวต่อการรับรู้ทางจริยธรรม			
ความไวต่อการรับรู้จริยธรรม	3.39	0.42	ปานกลาง
ความไวต่อการเข้าใจมุมมองคนอื่น	3.10	0.43	ปานกลาง
ความไวต่อการรับรู้ด้านทักษะทางอารมณ์	3.06	0.37	ปานกลาง
รวม	3.18	0.27	ปานกลาง
การตัดสินใจเชิงจริยธรรมการพยาบาล			
การกำหนดประเด็นจริยธรรม	3.73	0.67	ปานกลาง
การกำหนดแนวการปฏิบัติ	3.01	1.06	ปานกลาง
การพิจารณาทางเลือก	3.00	0.91	ปานกลาง
การตัดสินใจเลือก	2.53	0.84	ปานกลาง
การระบุปัญหาจริยธรรม	2.33	1.12	ต่ำ
การวิเคราะห์ข้อดีข้อเสีย	2.72	0.95	ปานกลาง
รวม	2.61	0.78	ปานกลาง

ผลการศึกษาความไวต่อการรับรู้จริยธรรมการพยาบาลของนักศึกษาแต่ละชั้นปี พบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีความไวต่อการรับรู้จริยธรรมการพยาบาล อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมา คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 2 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 88.532, 85.458, และ 78.459 ตามลำดับดังตารางที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบความไวต่อการรับรู้จริยธรรมการพยาบาลของนักศึกษาแต่ละชั้นปี พบว่า นักศึกษาในชั้นปีที่แตกต่างกันมีการรับรู้ความไวจริยธรรมการพยาบาลแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F(4,170) = 13.56$) ดังตารางที่ 2 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ของความไวต่อการรับรู้จริยธรรมการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลที่มีระดับชั้นแตกต่างกัน ด้วยสถิติทดสอบเชฟเฟ (Scheff's method) พบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 2 และชั้นปีที่ 4 มีความไวต่อการรับรู้จริยธรรมการพยาบาลแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$)

ผลการศึกษาการตัดสินใจเชิงจริยธรรมการพยาบาลของนักศึกษาแต่ละชั้นปี พบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมการพยาบาล อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมา คือนักศึกษาชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 2 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 84.245, 76.752, และ 68.574 ตามลำดับดังตารางที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบการตัดสินใจเชิงจริยธรรมการพยาบาลของนักศึกษาแต่ละชั้นปี พบว่า นักศึกษาในชั้นปีที่แตกต่างกัน มีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมการพยาบาลแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F(4,170) = 4.498$) ดังตารางที่ 2 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ของการตัดสินใจเชิงจริยธรรมการพยาบาลของนักศึกษาที่มีระดับชั้น

แตกต่างกัน ด้วยสถิติทดสอบเชฟเฟ (Scheff's method) พบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 2,3 ชั้นปีที่ 2,4 และชั้นปีที่ 3,4 มีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมการพยาบาลแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .001, p = .012, p = .009$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความไวต่อการรับรู้จริยธรรมการพยาบาลและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมการพยาบาลของนักศึกษาจำแนกตามชั้นปีที่ศึกษา ($n = 420$)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ความไวต่อการรับรู้จริยธรรมการพยาบาล					
ระหว่างกลุ่ม	2	68.211	34.41	13.56	.001*
ภายในกลุ่ม	417	4053.23	23.17		
รวม	419	4121.441			
การตัดสินใจเชิงจริยธรรมการพยาบาล					
ระหว่างกลุ่ม	2	11.487	5.744	4.498	.012*
ภายในกลุ่ม	417	5324.74	1.277		
รวม	419	5439.62			

หมายเหตุ. $p < .05$

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ของความไวต่อการรับรู้และการตัดสินใจเชิงจริยธรรมการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลที่มีระดับชั้นแตกต่างกัน ด้วยสถิติทดสอบเชฟเฟ (Scheffe's - test) ($n = 420$)

ระดับชั้น	M	ชั้นปีที่ 2			ชั้นปีที่ 3			ชั้นปีที่ 4		
		MD	SE	p-value	MD	SE	p-value	MD	SE	p-value
ความไวต่อการรับรู้จริยธรรมการพยาบาล										
ชั้นปีที่ 2	78.459	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ชั้นปีที่ 3	85.458	6.999	0.724	.071	-	-	-	-	-	-
ชั้นปีที่ 4	88.532	2.728	1.336	<.001*	1.441	0.317	.139	-	-	-
การตัดสินใจเชิงจริยธรรมการพยาบาล										
ชั้นปีที่ 2	68.574	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ชั้นปีที่ 3	76.752	6.331	1.759	.001*	-	-	-	-	-	-
ชั้นปีที่ 4	84.245	5.774	1.006	.012*	3.428	1.207	.009*	-	-	-

หมายเหตุ. $p < .05$, MD = Mean Difference, SE = Standard Error

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาสามารถนำมาใช้ในการอภิปราย ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้
ระดับความไวต่อการรับรู้จริยธรรมการพยาบาลและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมการพยาบาลของนักศึกษา

ความไวต่อการรับรู้จริยธรรมการพยาบาลของนักศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจาก ความไวต่อการรับรู้จริยธรรมการพยาบาลเป็นทั้งกระบวนการการรับรู้ (Cognitive process) การประเมินและการตีความ การพิจารณาจากมุมมองที่แตกต่างทางวัฒนธรรม เศรษฐกิจ สังคม รวมถึงมุมมองด้านกฎหมายและมาตรฐานวิชาชีพ (Rest, 1989) ซึ่งต้องผ่านการไตร่ตรองและต้องมีความละเอียดอ่อนในคุณค่า ความเชื่อ และวัฒนธรรมในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคนอย่างเข้าใจ ทั้งนี้เนื่องจาก นักศึกษาชั้นปีที่ 4 ได้ผ่านประสบการณ์การฝึกปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์ที่หลากหลาย ผ่านการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรต่างๆ ในระหว่างการเรียน ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ทำให้เกิดการพัฒนาระบวนการคิด การประเมิน และการตีความภายใต้ประสบการณ์ และบรรทัดฐานทางสังคมและค่านิยมของวิชาชีพ

การสร้างเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ความเชื่อ ค่านิยม เป้าหมายและการกระทำของผู้ป่วย และผู้รับบริการ เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้นักศึกษาเกิดความสามารถในการแปลความหมายของประเด็นที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในเหตุการณ์นั้นๆ ทั้งนี้ในการจัดการเรียนการสอนจริยธรรมที่มีการสอดแทรกในรายวิชาภาคปฏิบัติทางการพยาบาล จึงทำให้นักศึกษา ในชั้นปีที่ผ่านการฝึกปฏิบัติยาวนานกว่า มีประสบการณ์มากกว่านักศึกษาชั้นปีที่มิประสบการณ์การฝึกปฏิบัติการพยาบาลน้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Shayestehfard et al. (2020) ที่พัฒนาให้นักศึกษาสร้างภูมิปัญญาในเชิงการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจะส่งเสริมทำให้นักศึกษามีความไวทางจริยธรรมเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ อริยา ดี ประเสริฐ และคณะ (2565) ที่พบว่า การบูรณาการจริยธรรม ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาล มีผลต่อการรับรู้ความไวทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมการพยาบาล ทำให้นักศึกษาเกิดกระบวนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์จริงในสถานการณ์ต่างๆหลายครั้ง ทำให้นักศึกษามองปัญหาได้รอบด้านมากขึ้น

การตัดสินใจเชิงจริยธรรมการพยาบาล ของนักศึกษา มีค่าเฉลี่ยโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง และการระบุปัญหาจริยธรรมตามหลักทฤษฎีจริยธรรมการพยาบาล มีค่าเฉลี่ยในระดับต่ำ ทั้งนี้เนื่องจาก การตัดสินใจเชิงจริยธรรมการพยาบาล เป็นการเลือกที่ควรกระทำในสถานการณ์นั้น ซึ่งต้องอาศัยเหตุผลทางจริยธรรม เพื่อตัดสินใจเลือกการกระทำที่มีจริยธรรม การฝึกให้นักศึกษาตัดสินใจเชิงจริยธรรม การพยาบาลจะต้องเน้นให้นักศึกษาใช้ความรู้เกี่ยวกับทฤษฎี หลักการและแนวคิดทางจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ สิทธิผู้ป่วย รวมทั้งปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้เพราะ การตัดสินใจที่ถูกต้องจะไม่ขึ้นอยู่กับอารมณ์และความรู้สึก แต่ต้องใช้หลักการและเหตุผลประกอบการตัดสินใจเชิงจริยธรรมการพยาบาล โดยคำนึงถึงคุณค่าและความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว (อริญญา เชาวลิต และทักษิณีย์ นะแส, 2559) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนิก และคณะ (2009) อ้างใน จงกลณี กิตียนันท์ (2559) เกี่ยวกับวิธีการตัดสินใจเชิง

จริยธรรมการพยาบาล ของนักศึกษาในประเด็นความขัดแย้งจริยธรรม พบว่านักศึกษามีการรับรู้ประเด็นความขัดแย้งเชิงจริยธรรมและสามารถวิเคราะห์แนวการปฏิบัติเมื่อต้องเผชิญสถานการณ์ในระดับต่ำ ทั้งนี้เนื่องจาก ประเด็นปัญหาจริยธรรมมีความซับซ้อน และไม่มีคำตอบใดเป็นคำตอบเดียวที่ถูกต้องแน่นอน การตัดสินใจจึงต้องใช้กระบวนการคิดไตร่ตรองด้วยเหตุผลอย่างรอบคอบในทุกมุมมองของสถานการณ์ รวมทั้งผลกระทบต่างๆที่จะเกิดขึ้นกับผู้เกี่ยวข้อง

การเปรียบเทียบความไวต่อการรับรู้จริยธรรมการพยาบาลของนักศึกษาจำแนกตามชั้นปีที่ศึกษา

ความไวต่อการรับรู้จริยธรรมการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลแต่ละชั้นปีมีความแตกต่างกัน พบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีความไวต่อการรับรู้จริยธรรมการพยาบาล ในระดับมากที่สุด รองลงมาคือนักศึกษาชั้นปีที่ 3 และ ชั้นปีที่ 2 ตามลำดับ นักศึกษาพยาบาลที่ฝึกประสบการณ์ในหอผู้ป่วยมักต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความขัดแย้งทางจริยธรรมการพยาบาลมากขึ้น ขณะเดียวกันนักศึกษาชั้นปีที่ 2 มีประสบการณ์ในการฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วย น้อยกว่านักศึกษาชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 การสร้างความเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ ความเชื่อ ค่านิยม เป้าหมาย และการกระทำของผู้ป่วย ในด้านจริยธรรมการพยาบาลยังมีไม่เพียงพอในความไวต่อการรับรู้จริยธรรมการพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิญา อินทรรัตน์ และคณะ (2558) ที่กล่าวว่าการพัฒนาความไวทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล ควรเริ่มตั้งแต่ชั้นปีแรกๆ เพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถนำไปใช้ในการฝึกปฏิบัติงานในชั้นปีต่อไป และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Comrie (2012) พบว่า การใช้ตัวแบบที่ดี การส่งเสริมบรรยากาศที่เอื้อต่อการเรียนรู้ ที่ให้นักศึกษาได้สัมผัสประสบการณ์จริง และมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในมุมมองจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้นักศึกษาพยาบาลที่มีระดับการศึกษาต่างกัน และประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลต่างกัน มีความไวต่อการรับรู้จริยธรรมการพยาบาลที่แตกต่างกันด้วย

การเปรียบเทียบการตัดสินใจเชิงจริยธรรมการพยาบาลของนักศึกษาจำแนกตามชั้นปีที่ศึกษา

การตัดสินใจเชิงจริยธรรมการพยาบาลของนักศึกษา แต่ละชั้นปี มีความแตกต่างกัน โดยพบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมการพยาบาล ในระดับมากที่สุด รองลงมาคือนักศึกษาชั้นปีที่ 3 และ ชั้นปีที่ 2 ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจาก การตัดสินใจเชิงจริยธรรมการพยาบาล นักศึกษาจะต้องมีประสบการณ์การเรียนรู้ที่ต้องใช้เวลาในการบ่มเพาะประสบการณ์ กระบวนการตัดสินใจทางจริยธรรมการพยาบาล ให้หล่อหลอมความมีจริยธรรมการพยาบาลมากขึ้น มองเห็นประเด็นความขัดแย้งด้านจริยธรรมการพยาบาลมากขึ้น ได้เห็นมุมมองความคิดที่หลากหลายของเพื่อนในกลุ่ม และของผู้ป่วยมากขึ้น ขณะเดียวกันประสบการณ์ของนักศึกษาแต่ละคนในการดูแลผู้ป่วยก็แตกต่างกันทำให้เกิดความแตกต่างกันในการตัดสินใจแตกต่างกันด้วย สอดคล้องแนวคิดของเพ็ญจันทร์ แสนประสาน และสายสมร เกลยภักดี (2560) และการศึกษาของ ปราณี จุลกสิปป และคณะ (2564) ที่กล่าวว่าการตัดสินใจเชิงจริยธรรมการพยาบาล อาจมีประเด็นความขัดแย้งที่ไม่ตรงกับโน้ตทัศน์ด้านความเชื่อ ค่านิยม ซึ่งต้องรวบรวมข้อมูลจากผู้ที่เกี่ยวข้องในแต่ละสถานการณ์อย่างรอบคอบ ซึ่งอาจเป็นจุดอ่อนที่ทำให้นักศึกษาชั้นปีที่ 2 และ ปีที่ 3 มีการตัดสินใจน้อย

กว่าของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ซึ่งประสบการณ์ คือการสั่งสมความเข้าใจในความต้องการทางการพยาบาลของผู้ป่วย และมีมุมมองในการคิดวิเคราะห์สังเคราะห์ จนเกิดความเข้าใจด้วยตนเอง ใคร่ครวญตามประเด็นจริยธรรม วิเคราะห์ สังเคราะห์ความรู้ ผ่านการสะท้อนคิดและอภิปรายร่วมกัน ทำให้นักศึกษาเกิดการเปลี่ยนแปลงความเข้าใจ สู่การพัฒนาการตัดสินใจเชิงจริยธรรมการพยาบาลได้มากขึ้น อันเป็นการหล่อหลอมความมีจริยธรรมการพยาบาลให้กับนักศึกษามากขึ้น มองเห็นประเด็นความขัดแย้งด้านจริยธรรมมากขึ้น สามารถตัดสินใจเลือกทางเลือกที่ดีที่สุด และเหมาะสมที่สุดกับผู้ป่วย

สรุปผลการวิจัย

การปลูกฝังการปฏิบัติการพยาบาลให้นักศึกษามีความไวต่อการรับรู้และการตัดสินใจเชิงจริยธรรมการพยาบาล จำเป็นอย่างยิ่งที่หลักสูตร และอาจารย์ผู้สอนต้องออกแบบการจัดการเรียนการสอน โดยจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่ส่งเสริมให้นักศึกษาเรียนรู้จากประสบการณ์ทางจริยธรรมที่หลากหลาย เข้าใจมุมมองของชีวิตของผู้ป่วย ค้นหาสถานการณ์ทางจริยธรรมในการให้บริการพยาบาลหรือการดูแลผู้ป่วยเพื่อเป็นการฝึกประสบการณ์ระหว่างการฝึกปฏิบัติการพยาบาล ในแต่ละชั้นปี ตั้งแต่ชั้นปีที่ 2 จนถึงชั้นปีที่ 4 อันจะเป็นการบ่มเพาะหลักจริยธรรมการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย โดยสร้างบริบทการสอนที่สามารถปลูกฝังทัศนคติที่เอาใจใส่ต่อความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับบริการ มีความละเอียดอ่อนในความเข้าใจ ถึงค่านิยม ความเชื่อและความต้องการของผู้ป่วย ทำให้นักศึกษามีความไวต่อการรับรู้จริยธรรมการพยาบาล และการตัดสินใจเชิงจริยธรรมการพยาบาลเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการจัดการเรียนการสอนพยาบาล ควรมีการเพิ่มการออกแบบการเรียนการสอนที่ส่งเสริมกระบวนการคิดวิเคราะห์ประเด็นจริยธรรมการพยาบาลที่เกี่ยวข้องในแต่ละรายวิชา โดยเฉพาะรายวิชาปฏิบัติการพยาบาล โดยแต่ละกลุ่มรายวิชา เช่น จริยธรรมด้านการเคารพเอกลัทธิในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ เป็นต้น

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรพัฒนาอาจารย์และพยาบาลที่เลี้ยงในแหล่งฝึก ให้สอดแทรกการสะท้อนคิดเกี่ยวกับประเด็นจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล และจัดทำเป็นแนวปฏิบัติให้อาจารย์ผู้สอนใช้เป็นแนวทางในการวิเคราะห์ประเด็นจริยธรรมที่ชัดเจน โดยอิงจากสถานการณ์จริงในการปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วย หรือสอดแทรกในการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล โดยให้นักศึกษามีการสะท้อนคิดเกี่ยวกับประเด็นจริยธรรมที่นักศึกษาพบในการปฏิบัติการพยาบาล เชื่อมโยงและประยุกต์ใช้ในกระบวนการทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยให้ชัดเจนมากขึ้น อันจะเป็นการเสริมสร้างความไวต่อการรับรู้และการตัดสินใจทางจริยธรรมของนักศึกษามากขึ้น

3. ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความไวและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมการพยาบาล ของนักศึกษาพยาบาล หรือ บุคลากรพยาบาล เพื่อใช้ในการพัฒนา นักศึกษาและบุคลากรพยาบาล ให้มีความเสี่ยงต่อการกระทำผิดจริยธรรมในการปฏิบัติงานต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ขอขอบคุณอาจารย์และนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ ประสงค์ อุบลราชธานี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีขอนแก่น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีตรัง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราญบุรีธานี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสายนาท และนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรีที่เสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถามที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- จกกลณี กิตยานันท์. (2559). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของผู้บริหาร การพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี. [วิทยานิพนธ์, มหาวิทยาลัยคริสเตียน].
- ปราณี จุลกสิปป, ทศนีย์ นะแสง, และประภาพร ชูกำเนิด. (2564). การตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาล ผู้จัดการรายกรณี โรคเรื้อรังโรงพยาบาลทั่วไปในภาคใต้ของประเทศไทย. *วารสารพยาบาลสงขลา นครินทร์*, 41(3), 24-34.
- พรศิริ พันธสี, และเจตจรรยา บุญญกุล. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเชิงจริยธรรมและการปฏิบัติตาม กฎหมายในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียว เฉลิมพระเกียรติ. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 10(1), 81-94.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, และสายสมร เฉลยกิตติ. (2560). การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติการ พยาบาลที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงของพยาบาลไทยตามการรับรู้ของผู้บริหารทางการพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(1), 194-205.
- วรรณประภา เอี่ยมฤทธิ์. (2559). พฤติกรรมและจริยธรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของนิสิตระดับ ปริญญาตรี. [วิทยานิพนธ์, มหาวิทยาลัยบูรพา]
- วรรัตน์ มากเทพพงษ์, ศิริชัย เติร์ยมล้ำเลิศ, และปอลิน กองสุวรรณ. (2565). การพัฒนาโมบายแอปพลิเคชัน เพื่อประเมินและให้ความรู้ในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข หมู่บ้าน. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 15(3), 87-103.
- อภิญญา อินทรรัตน์, วรรณิ แกมเกตุ, และสุวิมล ว่องวานิช. (2558). การวิจัยและพัฒนารูปแบบการ เสริมสร้างความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล: การประยุกต์ใช้การ วิเคราะห์เรื่องเล่าจากประสบการณ์. *วารสารครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 43(2), 123-140.

- อรัญญา เชาวลิท, และทัศนีย์ นะแสง. (2559). การจัดการศึกษาจริยศาสตร์ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. *วารสารพยาบาลสงสานครินทร์*, 36(3), 261-270.
- อริยา ดีประเสริฐ, ศิริพร นันทเสนีย์, และอันธิมา สายบุญศรี. (2565). ผลของการบูรณาการจริยธรรมในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลต่อความสามารถ ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และพฤติกรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต. *วารสารวิชาการบัณฑิตวิทยาลัยสวนดุสิต*, 18(3), 123-137.
- Comric, R.W. (2012). An analysis of undergraduate and graduate student nurse moral sensitivity. *Nursing Ethics*, 19(1), 116-127.
- Park, M., Kjervik, D., Crandell, J., & Oermann, M. H. (2012). The relationship of ethics education to moral sensitivity and moral reasoning skills of nursing students. *Nursing ethics*, 19(4), 568-580. doi:10.1177/0969733011433922
- Polit, D. F. (2010). *Statistics and data analysis for nursing research* (2nd ed). Edwards Brothers.
- Rest, J. R. (1989). *Moral development: Advances in research and Theory* (5th ed.). Praeger.
- Robichaux, C. (2012). Developing ethical skills: From sensitivity to action. *Critical Care Nurse*, 32(2), 65-72. doi:10.4037/ccn2012929
- Shayestehfard, M., Torabizadeh, C., Gholamzadeh, S., & Ebadi, A. (2020). Ethical sensitivity in nursing students: Developing a context-based education. *Electronic Journal of General Medicine*, 17(2), em195. doi:10.29333/7812
- Thompson, I. E., Melia, K. M., Boyd, K. M., & Horsburgh, D. (2006). *Nursing Ethics* (5th ed.). Elsevier.

ตัวบ่งชี้สมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันพระบรมราชชนก

สายใจ คำทะเนตร, พย.ม.¹ *

พระมหาสุภชัย สุภกิจ โจ, ศษ.ค.²

(วันที่ส่งบทความ: 31 มีนาคม 2566; วันที่แก้ไข: 7 ธันวาคม 2566; วันที่ตอบรับ: 22 ธันวาคม 2566)

บทคัดย่อ

อาจารย์พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการพัฒนาศักยภาพนักศึกษาพยาบาลให้มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ สมรรถนะอาจารย์พยาบาลจึงมีความจำเป็น ที่ผ่านมามีการพบว่ามีตัวบ่งชี้สมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันพระบรมราชชนกยังไม่ชัดเจน การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบความสอดคล้องของตัวบ่งชี้สมรรถนะอาจารย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิด ทฤษฎี ผลงานวิชาการ และผลงานวิจัย รวมทั้งทัศนะของนักวิชาการกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยแบ่งเป็น 3 ข้อดังนี้ 1) ศึกษาความเหมาะสมของตัวบ่งชี้เพื่อคัดสรรไว้ในโมเดล 2) ทดสอบความสอดคล้องของโมเดลที่พัฒนาขึ้น 3) ตรวจสอบค่าน้ำหนักองค์ประกอบหลัก องค์ประกอบย่อย และตัวบ่งชี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นอาจารย์พยาบาล สถาบันพระบรมราชชนก ปีการศึกษา 2565 จำนวน 652 คน ใช้วิธีสุ่มแบบตามสัดส่วน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามตัวบ่งชี้สมรรถนะอาจารย์พยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .96 เก็บรวบรวมข้อมูลผ่าน Google form วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ผลการวิจัย พบว่า 1) ตัวบ่งชี้สมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันพระบรมราชชนก มี 4 องค์ประกอบหลัก 12 องค์ประกอบย่อย 87 ตัวบ่งชี้ 2) โมเดลที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และ 3) ค่าน้ำหนักองค์ประกอบหลักมีค่าระหว่าง .82 - 1.00 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ .70 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบย่อยมีค่าระหว่าง .74- .91 และค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้มีค่าระหว่าง .54 – .85 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ .30 ดังนั้นควรมีการพัฒนาสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในระดับองค์ประกอบหลัก องค์ประกอบย่อย และตัวบ่งชี้ ควรส่งเสริมและพัฒนาองค์ประกอบภาวะผู้นำ สมรรถนะทางการพยาบาล การประเมินผล และการสอน ตามลำดับ

คำสำคัญ: ตัวบ่งชี้, สมรรถนะ, อาจารย์พยาบาล, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนน,

สถาบันพระบรมราชชนก

¹ นักศึกษาปริญญาเอก สาขาวิชาการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย วิทยาเขตอีสาน

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์, อาจารย์ที่ปรึกษาในหลักสูตรศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย วิทยาเขตอีสาน

* ผู้ประพันธ์บทความ: สายใจ คำทะเนตร, อีเมล: saijai.k@bcnkk.ac.th

The Indicators of Nursing Instructors' Competencies in Phaboromarajchanok Institute

Saijai Khomtanet, M.N.S.^{1 *}

*Phramaha Suprachai Suphakicco, EdD.*²

(Received: March 31st, 2023; Revised: December 7th, 2023; Accepted: December 22nd, 2023)

Abstract

Nursing instructors play a crucial role in developing the quality of nursing students to meet professional standards. However, it has been observed that the indicators of nursing instructors' competencies in the Phaboromarajchanok Institute are not clear. This descriptive research aimed to test the congruence of nursing instructors' competencies indicators developed from concepts, theories, and previous research. It also included the perspectives of scholars and empirical data. There were divided into three points as follows: 1) study the appropriateness of indicators for inclusion in the model. 2) test the fitness of the developed model. 3) verify the weights of the main components, sub-components, and indicators. The participants consisted of nursing instructors at Phaboromarajchanok Institute in the academic year 2022, with a total of 652 individuals selected using proportional stratified random sampling. The research instrument was a nursing instructor competency indicator questionnaire. The Cronbach's alpha reliability coefficient was .96. Data were collected through Google Forms and analyzed using descriptive statistics and confirmatory factor analysis. The research findings indicated that 1) nursing Instructor competency indicators in Phaboromarajchanok Institute consisted of 4 main components, 12 sub-components, and 87 indicators. 2) the developed model is congruent with empirical data. 3) the weights of the main components ranged from .82 to 1.00, which was higher than the standard of .70. The weights of sub-components ranged from .74 to .91, and the weights of indicators ranged from .54 to .85, all of which were higher than the standard of .30. Therefore, there should be a development of nursing instructor competencies at the level of main components, sub-components, and indicators. Promoting and developing leadership qualities, nursing competencies, assessment, evaluation, and teaching, respectively

Keywords: indicator, competencies, nursing instructor, Boromarajonani College of Nursing,
Phaboromarajchanok Institute

¹ Doctoral Student in Educational Administration, Mahamakut Buddhist University, Isan Campus

² Assistant professor, Thesis adviser in Doctor of Education Program in Educational Administration, Mahamakut Buddhist University, Isan Campus

* Corresponding Author: Saijai Khomtanet, email: saijai.k@bcnkk.ac.th

บทนำ

สถาบันพระบรมชนก เป็นสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีสถานะเป็นนิติบุคคล มีภารกิจหลักที่สำคัญในการผลิตและพัฒนาบุคลากรทางด้านสุขภาพ เป็นสถาบันการศึกษาที่จัดการศึกษาเฉพาะทางด้านสุขภาพ ตามความต้องการของกระทรวงสาธารณสุข สอดคล้องกับนโยบายรัฐพัฒนาองค์ความรู้ บริการวิชาการ บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข คำนึงถึงการเปิดโอกาสและความเสมอภาคทางการศึกษาตามความต้องการของชุมชน ตลอดจนส่งเสริมและทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม โดยผลิตบัณฑิตให้มีความรู้ ความสามารถทางวิชาการ และทักษะวิชาชีพ มีคุณธรรม จริยธรรม สำนึกต่อสังคม และให้มีศักยภาพในการเรียนรู้ด้วยตัวเอง ปัจจุบันสถาบันดำเนินการภายใต้ พรบ.สถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2562 (สถาบันพระบรมราชชนก, 2564) โดยมีวิทยาลัยพยาบาลดำเนินการจัดการศึกษาพยาบาล 30 แห่ง กระจายอยู่ทุกภูมิภาคของประเทศไทย ผลิตบัณฑิตพยาบาลกว่า 3,600-4,000 คนต่อปี การพัฒนาคุณภาพการจัดการศึกษาของวิทยาลัยได้มีการผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานสากล เป็นไปตามมาตรฐานการจัดการศึกษาในระดับอุดมศึกษา และมาตรฐานของวิชาชีพมาเป็นลำดับ โดยเบื้องต้นได้พัฒนาคุณภาพขององค์ประกอบต่าง ๆ ที่มีผลต่อคุณภาพของผู้สำเร็จการศึกษา (คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, 2562) การจัดการศึกษาของวิทยาลัยพยาบาลได้นำเกณฑ์การจัดการศึกษาของสภาการพยาบาล ซึ่งเป็นองค์กรวิชาชีพเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย โดยสภาการพยาบาลได้กำหนดข้อบังคับการจัดการศึกษาพยาบาล การรับรองวิทยฐานะของสถาบันและการออกใบประกอบวิชาชีพแก่ผู้สำเร็จการศึกษา (สภาการพยาบาล, 2562; สภาการพยาบาล, 2563) ทั้งนี้ วิทยาลัยต้องได้รับการประเมินสถาบันจากสภาการพยาบาล และนักศึกษาต้องสอบขึ้นทะเบียนใบประกอบวิชาชีพการพยาบาล การดำเนินการขององค์กรวิชาชีพดังกล่าว ก่อให้เกิดผลดีต่อการจัดการศึกษาของวิทยาลัยพยาบาลโดยตรง เนื่องจากการส่งเสริมให้อาจารย์ของวิทยาลัย มีความตื่นตัวในการพัฒนาตนเองและร่วมกันพัฒนาคุณภาพต่าง ๆ ของสถาบันอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตามในปัจจุบัน พบว่า ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลเป็นปัญหาระดับชาติที่สะสมมาเป็นเวลานาน (คุชณิ ชศทอง, 2562) หน่วยบริการสุขภาพมีความต้องการพยาบาลเพิ่มมากขึ้น จึงสนับสนุนให้สถาบันการศึกษาของรัฐและเอกชนเพิ่มการผลิตพยาบาลใหม่ ส่งผลให้สถาบันการศึกษาต้องเพิ่มจำนวนรับนักศึกษาใหม่ และเปิดหลักสูตรใหม่ในสาขาพยาบาลศาสตร์เพิ่มขึ้น ทำให้สถาบันการศึกษาต้องพยายามแสวงหาอาจารย์ให้ได้ตามเกณฑ์ ส่งผลให้เกิดปัญหาการขาดแคลนอาจารย์พยาบาล (มนิรัตน์ ภากรูป และกัลยา สารทูลทัต, 2561) คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ก็ประสบปัญหาการขาดแคลนอาจารย์พยาบาลเช่นกัน จากการลาออก การย้ายที่ทำงาน จึงทำให้มีการรับอาจารย์เพิ่ม ซึ่งการจัดการศึกษานอกจากจะคำนึงถึงจำนวนอาจารย์ต่อนักศึกษา แล้วสมรรถนะอาจารย์เป็นอีกสิ่งหนึ่งที่ต้องคำนึงถึง เนื่องจากอาจารย์เป็นบุคคลสำคัญที่ช่วยในการบ่มเพาะพยาบาลที่มีคุณภาพ การขาดแคลนอาจารย์พยาบาลทั้งจำนวน และคุณภาพจะทำให้การผลิตพยาบาลได้ไม่ตรงตามที่กำหนด หรือเมื่อจบแล้วได้บัณฑิตพยาบาล

ที่ไม่มีประสิทธิภาพตามต้องการ (มณีนันท์ ภาณุรูป และกัลยา สารทูลทัต, 2561) สมรรถนะคือ ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ ความเชี่ยวชาญ การปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่แสดงออก และคุณลักษณะที่จำเป็นของบุคคล ส่งผลให้สามารถปฏิบัติงานให้ประสบความสำเร็จ มีผลงานได้ตามเกณฑ์หรือมาตรฐานที่กำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผลงานมีความโดดเด่น บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ (สภาการพยาบาล, 2561; สำนักงานราชบัณฑิตยสภา, 2561; ทินกร บัวชู และคณะ, 2564) สมรรถนะอาจารย์พยาบาลเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยการจัดการศึกษา การพัฒนานักศึกษาให้มีคุณภาพ สมรรถนะเป็นตัวบ่งบอกถ้าต้องการการจัดการเรียนการสอนให้ประสบผลสำเร็จ บรรลุเป้าหมายที่ต้องการจะต้องใช้อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความสามารถมีคุณลักษณะอย่างไรบ้าง (นฤมล เอนกวิทย์ และคณะ, 2561)

จากการทบทวนวรรณกรรมสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในประเทศไทยพบว่า นักวิชาการได้กล่าวถึงองค์ประกอบสมรรถนะอาจารย์พยาบาลที่หลากหลาย เช่น สมรรถนะตามภารกิจ ได้แก่ มณฑาทิพย์ สุรินทร์ อารมณ์ และอวยพร ดันมุขกุล (2550) กล่าวถึงสมรรถนะอาจารย์พยาบาล ประกอบด้วย 5 สมรรถนะ 1) ด้านการสอน 2) ด้านการพัฒนานุเคราะห์ทางการพยาบาล 3) ด้านการวิจัย 4) ด้านการบริการทางวิชาการแก่สังคม 5) ด้านการทํานำบูรณาการศิลปวัฒนธรรม มีผสมผสานภารกิจและคุณลักษณะอื่น เช่น วิไลวรรณ ทองเจริญ และคณะ (2553) กล่าวถึง สมรรถนะอาจารย์พยาบาล ประกอบด้วย 7 สมรรถนะ 1) สมรรถนะวิชาชีพการพยาบาล 2) จริยธรรมและจรรยาบรรณ 3) การสอน 4) การวิจัยและบริการวิชาการ 5) คุณวุฒิและความรู้ 6) การทํานำบูรณาการศิลปวัฒนธรรม และ 7) สมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพ จินตนา กล่อมศิริ (2549) กล่าวถึงสมรรถนะอาจารย์พยาบาล ประกอบด้วย 9 สมรรถนะ 1) ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล 2) ด้านการจัดการเรียนการสอน 3) ด้านการสนับสนุนให้ผู้เรียนพัฒนาตนเองและสังคม 4) ด้านการประเมินผลการเรียน 5) ด้านการมีส่วนร่วมในการออกแบบและการประเมินหลักสูตร 6) ด้านภาวะผู้นำ 7) ด้านการพัฒนาคุณภาพการเรียนการสอน 8) ด้านวิชาการ และ 9) การจัดสิ่งแวดล้อมการเรียนรู้ ทินกร บัวชู และคณะ (2564) กล่าวถึงสมรรถนะอาจารย์พยาบาล ประกอบด้วย 8 ด้าน คือ 1) ด้านภาวะผู้นำทางวิชาชีพ 2) ด้านการวิจัยและนวัตกรรม 3) ด้านการปรับตัวในยุคพหุวัฒนธรรม 4) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล 5) ด้านจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ 6) ด้านการพัฒนาหลักสูตรและจัดการเรียนรู้ 7) ด้านการรู้เท่าทันเทคโนโลยีดิจิทัล และ 8) ด้านการทำงานเป็นทีม ส่วนสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในต่างประเทศ National League for Nursing (NLN, 2018) มี 8 สมรรถนะ คือ 1) การสนับสนุนการเรียนรู้ 2) การสนับสนุนการพัฒนาผู้เรียน และการถ่ายทอดทาง 3) การใช้กลยุทธ์การวัดและประเมินผล 4) การมีส่วนร่วมในการออกแบบหลักสูตรและการประเมินผลของโครงการ 5) มีภาวะผู้นำและผู้นำการเปลี่ยนแปลง 6) มีการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องในบทบาทอาจารย์พยาบาล 7) การมีส่วนร่วมในทุนการศึกษา และ 8) มีความรู้เรื่องสภาพแวดล้อมทางการศึกษา ส่วน World Health Organization (WHO, 2016) ได้กล่าวถึงสมรรถนะอาจารย์พยาบาล 8 สมรรถนะ คือ 1) ทฤษฎีและหลักการของการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ 2) หลักสูตรและการนำไปใช้ 3) การปฏิบัติการพยาบาล 4) การวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ 5) การสื่อสาร ความร่วมมือและการเป็นหุ้นส่วน

6) จริยธรรม/กฎหมายและความเป็นมืออาชีพ 7) การติดตามและประเมินผล และ 8) การบริหารจัดการ ภาวะผู้นำและการสนับสนุน จะเห็นได้ว่าการกำหนดสมรรถนะที่หลากหลายและมีองค์ประกอบจำนวนมาก ส่วนสถาบันพระบรมราชชนกเองนั้นยังไม่มีประกาศสมรรถนะอาจารย์พยาบาลที่ชัดเจน

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะวิจัยเพื่อพัฒนาตัวบ่งชี้สมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันพระบรมราชชนก เพื่อให้ได้องค์ความรู้ใหม่ที่มีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทสังคมไทย ที่สามารถนำไปเป็นแหล่งอ้างอิงเพื่อการวิจัยต่อเนื่องหรือเพื่อการพัฒนาให้สมบูรณ์ให้ดียิ่งขึ้นต่อไปในอนาคต และสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนหรือสร้างเกณฑ์ประเมินเพื่อการพัฒนาสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันพระบรมราชชนกได้อย่างสอดคล้องกับแนวคิด ทฤษฎี ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัย รวมทั้งทักษะของนักวิชาการ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของอาจารย์พยาบาลในสถาบันพระบรมราชชนกที่จะส่งผลต่อการบริหารจัดการศึกษาและการพัฒนาการศึกษาพยาบาลที่มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อทดสอบความสอดคล้องของตัวบ่งชี้สมรรถนะอาจารย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิด ทฤษฎี ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ และทักษะนักวิชาการกับข้อมูลเชิงประจักษ์โดยมีวัตถุประสงค์ย่อย

1. เพื่อศึกษาความเหมาะสมของตัวบ่งชี้สมรรถนะอาจารย์พยาบาลเพื่อคัดสรรไว้ในโมเดลเชิงทฤษฎี
2. เพื่อทดสอบความสอดคล้องของตัวบ่งชี้สมรรถนะอาจารย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิด ทฤษฎี ผลงานวิชาการ และผลงานวิจัย รวมทั้งทักษะของนักวิชาการกับข้อมูลเชิงประจักษ์
3. เพื่อตรวจสอบค่าน้ำหนักองค์ประกอบ องค์ประกอบย่อย และตัวบ่งชี้สมรรถนะอาจารย์พยาบาล

สมมุติฐานการวิจัย

สมมุติฐานการวิจัยเรื่องตัวบ่งชี้สมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันพระบรมราชชนกที่พัฒนาขึ้นเป็นไปตามเกณฑ์ 3 ข้อดังนี้

1. ตัวบ่งชี้ที่ใช้ในการวิจัยมีความเหมาะสมกับตัวบ่งชี้สมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันพระบรมราชชนก โดยพิจารณาจาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับหรือสูงกว่า 3.00 และค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย (CV) เท่ากับหรือต่ำกว่า 20%
2. ตัวบ่งชี้สมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันพระบรมราชชนกที่พัฒนาขึ้นมีความคล้อยกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาจากเกณฑ์ ตามตารางที่ 1
3. ค่าน้ำหนักองค์ประกอบหลัก มีค่าสูงกว่า .70 และ ค่าน้ำหนักองค์ประกอบย่อย และตัวบ่งชี้มีค่ามากกว่า .3

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวิธีการสร้างและพัฒนาตัวบ่งชี้พบว่ามีการสร้างและการพัฒนา 3 วิธี

1. ใช้นิยามเชิงปฏิบัติ (Pragmatic Definition) ใช้นำการตัดสินใจและประสบการณ์ของนักวิจัยโดยตรงในการคัดเลือกหรือกำหนดตัวแปรย่อย การกำหนดวิธีการรวมตัวแปรย่อย และการกำหนดน้ำหนักตัวแปรย่อยแต่ละตัว เป็นวิธีที่อาจทำให้มีความลำเอียงได้มาก เพราะไม่มีการอ้างอิงทฤษฎีหรือตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ถือว่าเป็นวิธีที่มีจุดอ่อนมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีแบบอื่น จึงเป็นวิธีที่ไม่ค่อยมีผู้นิยมใช้

2. ใช้นิยามเชิงทฤษฎี (Theoretical Definition) วิธีที่ 2 ทำได้สองแบบ คือ 1) การใช้ทฤษฎีและงานวิจัยเป็นพื้นฐานสนับสนุนทั้งหมด โดยเริ่มตั้งแต่การกำหนดตัวแปรย่อย การกำหนดวิธีการรวมตัวแปรย่อย และการกำหนดน้ำหนักตัวแปรย่อย แบบที่ 1 นี้ใช้ในกรณีมีผู้กำหนดโมเดลตัวบ่งชี้การศึกษาไว้ก่อน 2) ใช้ทฤษฎีและงานวิจัยเป็นฐานในการคัดเลือกตัวแปรย่อย และการกำหนดวิธีการรวมตัวแปรย่อย ส่วนการกำหนดน้ำหนักตัวแปรย่อยแต่ละตัว ใช้ความคิดเห็นผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญประกอบการตัดสินใจ แบบนี้ใช้ในกรณีที่ยังไม่มีผู้กำหนดโมเดลตัวบ่งชี้การศึกษาไว้ก่อน

3. ใช้นิยามเชิงประจักษ์ (Empirical Definition) เป็นวิธีที่นักวิจัยกำหนดตัวแปรย่อย และวิธีการรวมตัวแปรย่อยโดยใช้ทฤษฎีและงานวิจัยเป็นฐาน แต่กำหนดน้ำหนักของตัวแปรย่อยโดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงประจักษ์ เป็นวิธีที่มีผู้นิยมใช้กันมาก (วิโรจน์ สารรัตนะ, 2561) การสร้างและพัฒนาตัวบ่งชี้ 3 วิธีดังกล่าว ผู้วิจัยเห็นว่าวิธีที่ 3 เป็นการวิจัยที่ยึดถือทฤษฎีประจักษ์นิยม (Empiricism) เป็นวิธีวิทยาศาสตร์ (Scientific Approach) ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่า จะมีความน่าเชื่อถือในผลการวิจัยได้ดีกว่าวิธีที่ 1 หรือวิธีที่ 2 ในงานวิจัยนี้

ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาทฤษฎีและผลงานวิจัยเพื่อรองรับโมเดลจากแหล่งที่หลากหลายเพื่อการสังเคราะห์ทุกระดับทั้งระดับองค์ประกอบหลัก องค์ประกอบย่อย นิยามเชิงปฏิบัติการ และตัวบ่งชี้ และนำไปยืนยันโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยเริ่มต้น ผู้วิจัยสังเคราะห์องค์ประกอบหลัก จากแนวคิด ทฤษฎี ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ และทัศนะนักวิชาการจำนวน 17 แหล่ง คัดเลือกองค์ประกอบหลักจากผลการสังเคราะห์ที่มีความถี่สูงสุด ได้องค์ประกอบหลัก 4 องค์ประกอบ คือ ภาวะผู้นำ สมรรถนะทางการพยาบาล การสอน และการประเมินผล

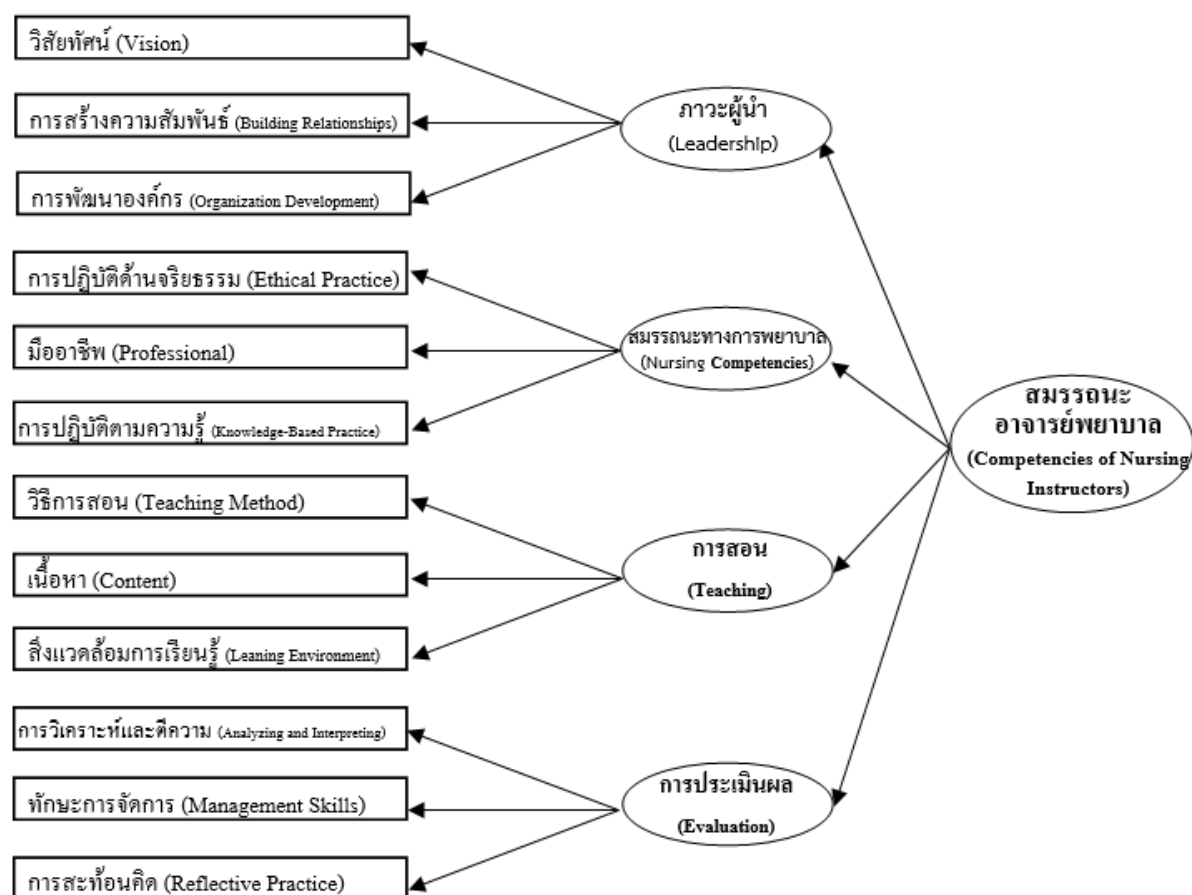
ผู้วิจัยสังเคราะห์องค์ประกอบย่อยขององค์ประกอบหลักภาวะผู้นำ จากแนวคิด ทฤษฎี ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ และทัศนะนักวิชาการจำนวน 12 แหล่ง ได้องค์ประกอบย่อย 3 องค์ประกอบย่อย คือ วิสัยทัศน์ การสร้างความสัมพันธ์ และการพัฒนาองค์กร ผู้วิจัยกำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการและตัวบ่งชี้ของวิสัยทัศน์จากแนวคิด ทฤษฎี ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ และทัศนะนักวิชาการจำนวน 11 แหล่ง ได้ 6 ตัวบ่งชี้ กำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการ และตัวบ่งชี้ของการสร้างความสัมพันธ์ จากจำนวน 4 แหล่ง ได้ 6 ตัวบ่งชี้ กำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการ และตัวบ่งชี้ของการพัฒนาองค์กรจากจำนวน 8 แหล่ง ได้ 6 ตัวบ่งชี้

ผู้วิจัยสังเคราะห์องค์ประกอบย่อยขององค์ประกอบหลักสมรรถนะทางการพยาบาล จากแนวคิด ทฤษฎี ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ และทัศนะนักวิชาการจำนวน 17 แหล่ง ได้องค์ประกอบย่อย 3 องค์ประกอบย่อย คือ การปฏิบัติด้านจริยธรรม มีอาชีพ และการปฏิบัติตามความรู้ ผู้วิจัยกำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการ และตัวบ่งชี้ของการปฏิบัติด้านจริยธรรม จากจำนวน 16 แหล่ง ได้ 7 ตัวบ่งชี้ กำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการ และตัวบ่งชี้ของมีอาชีพ จากจำนวน 9 แหล่ง ได้ 7 ตัวบ่งชี้ กำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการ และตัวบ่งชี้ของการปฏิบัติตามความรู้จากจำนวน 10 แหล่ง ได้ 7 ตัวบ่งชี้

ผู้วิจัยสังเคราะห์องค์ประกอบย่อยขององค์ประกอบหลักการสอน จากแนวคิด ทฤษฎี ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ และทัศนะนักวิชาการจำนวน 14 แหล่ง ได้องค์ประกอบย่อย 3 องค์ประกอบย่อย คือ วิธีการสอน เนื้อหา และสิ่งแวดล้อมการเรียนรู้ ผู้วิจัยกำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการและตัวบ่งชี้ของวิธีการสอน จากจำนวน 12 แหล่ง ได้ 8 ตัวบ่งชี้ กำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการ และตัวบ่งชี้ของเนื้อหา จากจำนวน 10 แหล่ง ได้ 10 ตัวบ่งชี้ กำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการ และตัวบ่งชี้ของสิ่งแวดล้อมการเรียนรู้จากจำนวน 19 แหล่ง ได้ 8 ตัวบ่งชี้

ผู้วิจัยสังเคราะห์องค์ประกอบย่อยขององค์ประกอบหลักการสอน จากแนวคิด ทฤษฎี ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ และทัศนะนักวิชาการจำนวน 15 แหล่ง ได้องค์ประกอบย่อย 3 องค์ประกอบย่อย คือ การวิเคราะห์และตีความ ทักษะการจัดการ และการสะท้อนคิด ผู้วิจัยกำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการ และตัวบ่งชี้ของการวิเคราะห์และตีความ จากจำนวน 11 แหล่ง ได้ 6 ตัวบ่งชี้ กำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการ และตัวบ่งชี้ของทักษะการจัดการ จากจำนวน 10 แหล่ง ได้ 8 ตัวบ่งชี้ กำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการ และตัวบ่งชี้ของการสะท้อนคิด จากจำนวน 9 แหล่ง ได้ 8 ตัวบ่งชี้

ผลการสังเคราะห์องค์ประกอบหลัก องค์ประกอบย่อย นำมาสร้างเป็นโมเดลตัวบ่งชี้สมรรถนะอาจารย์พยาบาล ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 โมเดลสมมุติฐาน (Hypothesis Model) สมรรถนะอาจารย์พยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ซึ่งมีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาจารย์พยาบาลในวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก จำนวน 30 แห่ง ปีการศึกษา 2565 จำนวน 1,453 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาจารย์พยาบาลในวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้กฎอัตราส่วนระหว่างหน่วยตัวอย่างต่อจำนวนพารามิเตอร์ 20:1 ตามทฤษฎีของ Gold et al. (1980) และใช้วิธีการกำหนดค่าพารามิเตอร์แบบ Free parameter โดยพิจารณาจากวิธีการกำหนดค่าพารามิเตอร์ 3 แบบจากทฤษฎีของ Joreskog & Sorbom (อ้างอิงใน นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2545) ซึ่งจำนวนพารามิเตอร์ที่นับได้จากการรวมตัวแปรแฝงจำนวน 5 ตัว ตัวแปรสังเกตจำนวน 12 ตัว และจำนวนเส้นอิทธิพล 16 เส้น รวมทั้งหมด 33 พารามิเตอร์ ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจำนวน 660 คน ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการสุ่มแบบตามสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) ของจำนวนประชากรที่เป็นอาจารย์พยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกในแต่ละจังหวัด โดยนำจำนวนอาจารย์ในแต่ละวิทยาลัยมาเทียบสัดส่วนกับจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการจะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องเก็บในแต่ละวิทยาลัย การเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างในวิทยาลัยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน (Without Replacement) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ได้กลุ่มตัวอย่างตามจำนวนที่กำหนดไว้ นอกจากนั้นผู้วิจัยได้พิจารณาเกณฑ์คัดเข้าโดยปฏิบัติงานเป็นอาจารย์ 2 ปีขึ้นไป ยินดีเข้าร่วมในการทำวิจัย ผู้วิจัยได้รับกลับคืน จำนวน 652 ฉบับ ร้อยละ 98.79

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ให้การรับรอง หมายเลข IRB-BCNKK-4-2023 ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจงรายละเอียดครอบคลุมข้อมูล ได้แก่ แจ้งชื่อและข้อมูลผู้วิจัย รายละเอียดวัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ผู้ตอบแบบสอบถามได้รับจากการวิจัย อธิบายขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล ไม่ระบุชื่อผู้ตอบแบบสอบถาม เก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ นำเสนอผลงานวิจัยเป็นภาพรวม และระบุสิทธิที่ผู้ตอบแบบสอบถามจะตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ วุฒิการศึกษาสูงสุด ตำแหน่ง และประสบการณ์ในการทำงานด้านการสอน มีลักษณะให้เติมข้อความและมีตัวเลือกตอบ และส่วนที่ 2 แบบสอบถามสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบัน

พระบรมราชชนก ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับ 4 องค์ประกอบ คือ 1) ภาวะผู้นำ 2) สมรรถนะทางการพยาบาล 3) การสอน และ 4) การประเมินผล แต่ละองค์ประกอบมี 3 องค์ประกอบย่อย รวม 12 องค์ประกอบย่อย รวมทั้งหมดจำนวน 87 ข้อ เป็นแบบมาตรวัดแบบประเมินค่า 5 ระดับ 5 หมายถึง มีความรู้ความเข้าใจ ทักษะความเชี่ยวชาญ การปฏิบัติ/พฤติกรรมที่แสดงออกในระดับมากที่สุด 4 หมายถึง มีความรู้ความเข้าใจ ทักษะความเชี่ยวชาญ การปฏิบัติ/พฤติกรรมที่แสดงออกในระดับมาก 3 หมายถึง มีความรู้ความเข้าใจ ทักษะความเชี่ยวชาญ การปฏิบัติ/พฤติกรรมที่แสดงออกในระดับปานกลาง 2 หมายถึง มีความรู้ความเข้าใจ ทักษะความเชี่ยวชาญ การปฏิบัติ/พฤติกรรมที่แสดงออกในระดับน้อย 1 หมายถึง มีความรู้ความเข้าใจ ทักษะความเชี่ยวชาญ การปฏิบัติ/พฤติกรรมที่แสดงออกในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง(Construct Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน เป็นผู้ตรวจสอบคุณภาพตามเกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิดังนี้ (1) เป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการบริหารการศึกษา 3 คน (2) เป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมินผล 1 คน (3) ผู้บริหารทางการพยาบาล 1 คน โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามกับตัวบ่งชี้และนิยามเชิงปฏิบัติการ (Index of Congruence: IOC) โดยกำหนดเกณฑ์ค่า IOC ที่ระดับเท่ากับหรือมากกว่า .50 จึงจะถือว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องกับตัวบ่งชี้และนิยามเชิงปฏิบัติการซึ่งจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ข้อคำถามทุกข้อมีค่า IOC สูงกว่า .50 จากนั้นนำผลที่ได้รับจากการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาปรับปรุงแก้ไข และสร้างเป็นแบบสอบถามเพื่อใช้ในการวิจัยฉบับสมบูรณ์ นำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ไปทดลองใช้ (Try-Out) กับอาจารย์พยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยเป็นอาจารย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น 10 คน อาจารย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี 10 คน และอาจารย์จากวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม 10 คน มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ทั้งฉบับเท่ากับ .96

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลในสถานที่ที่กำหนดไว้ แล้วดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามออนไลน์ผ่านทาง Link Google Form หรือ QR-Code ให้กับผู้ประสานงานของแต่ละวิทยาลัยซึ่งในแบบสอบถามระบุวัตถุประสงค์ อธิบายวิธีการทำวิจัย การเก็บข้อมูลและขอความร่วมมือ

2. หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ข้อมูลในการทำวิจัย กลุ่มตัวอย่างทำการตอบแบบสอบถามตัวบ่งชี้สมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันพระบรมราชชนก ซึ่งผู้วิจัยสามารถทราบผลการตอบทางออนไลน์ที่สร้างไว้ และผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อมูลโดยพิจารณาตามเกณฑ์คัดเข้า และการตอบที่ครบถ้วนสมบูรณ์ ผู้วิจัย

ได้รับการตอบกลับแบบสอบถามที่สมบูรณ์ จำนวน 652 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 98.79 และนำผลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ

2. วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามตัวบ่งชี้สมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ดังนี้

2.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของตัวบ่งชี้ในแต่ละองค์ประกอบย่อยเพื่อคัดสรรไว้ในโมเดล สถิติที่ใช้ คือ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย (CV) โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ย เท่ากับหรือมากกว่า 3 และ ค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย (CV) เท่ากับหรือต่ำกว่า 20% (สุทธิรัช คนกาญจน์, 2547)

2.2 การวิเคราะห์ก่อนการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของตัวบ่งชี้ในโมเดลการวัดของแต่ละองค์ประกอบย่อย โดยใช้ค่าสถิติ 1) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวบ่งชี้ในโมเดลการวัดของแต่ละองค์ประกอบย่อย เพื่อพิจารณาว่ามีค่าแตกต่างจากศูนย์หรือไม่ เกณฑ์ที่ใช้พิจารณา คือ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($P < .01$) (West et al., 2012) 2) ค่า Bartlett's Test of Sphericity เป็นค่าสถิติทดสอบสมมติฐานเมทริกซ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับเมทริกซ์เอกลักษณ์ (Identity Matrix) โดยพิจารณาจากเมทริกซ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแตกต่างจากเมทริกซ์เอกลักษณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Tobias & Carlson, 2010) 3) ค่า KMO (Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Test for Sampling Adequacy) เป็นค่าสถิติการทดสอบความเพียงพอของตัวอย่าง เพื่อพิจารณาขนาดตัวอย่างว่ามีจำนวนพอเพียงในการวิเคราะห์หรือไม่ ซึ่ง Cerny & Kaiser (1977) ได้เสนอแนะไว้ว่า ถ้า KMO มีค่ามากกว่า .80 แสดงว่าจำนวนตัวอย่างมีมากพอและเหมาะสมที่จะวิเคราะห์ในระดับดีมาก ถ้ามีค่าน้อยกว่า .50 แสดงว่ามีตัวอย่างจำนวนน้อยเกินไปไม่เหมาะสมที่จะใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) หากผลการตรวจสอบพบว่าตัวบ่งชี้มีความเหมาะสมตามเกณฑ์ที่กำหนด นำไปการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) ต่อไป

2.3 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบความสอดคล้องของโมเดลที่พัฒนาขึ้นจากทฤษฎีและงานวิจัยกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และตรวจสอบค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading) โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis [CFA]) โดยแบ่งการวิเคราะห์เป็น 2 ขั้นตอนคือ

2.3.1 การวิเคราะห์ห้้องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับหนึ่ง (First Order Confirmatory Factor Analysis) เพื่อสร้างสเกลองค์ประกอบ

2.3.2 การวิเคราะห์ห้้องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง (Second Order Confirmatory Factor Analysis) เพื่อพัฒนาตัวบ่งชี้

2.3.3 เกณฑ์ที่ใช้ทดสอบความสอดคล้องของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้เกณฑ์จากข้อเขียนของ Hair et al. (2010) เกี่ยวกับเกณฑ์ที่ใช้ในการทดสอบความสอดคล้องของโมเดลที่พัฒนาขึ้นจากทฤษฎีและงานวิจัยกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยการวิเคราะห์ห้้องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่ามี 3 กลุ่ม คือ กลุ่มดัชนีความสอดคล้องสมบูรณ์ (Absolute Fit Indices) กลุ่มดัชนีความสอดคล้องที่เพิ่มขึ้น (Incremental Fit Indices) และกลุ่มดัชนีความสอดคล้องเชิงประหยัด (Parsimony Fit Indices) และจากข้อเสนอแนะของ Holmes-Smith (2006) ที่เสนอแนะว่า ควรใช้ค่าสถิติดัชนีความสอดคล้องอย่างน้อย 1 ตัว จากค่าสถิติดัชนีความสอดคล้องของแต่ละกลุ่ม ผู้วิจัยได้พิจารณาความเหมาะสมในการ ใช้ค่าสถิติเพื่อเป็นเกณฑ์ในการทดสอบความสอดคล้องของโมเดลที่พัฒนาขึ้นจากทฤษฎีและงานวิจัยกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในการวิจัยนี้ดัง ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสถิติที่ใช้เป็นเกณฑ์ในการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลที่พัฒนาขึ้นจากทฤษฎีและงานวิจัยกับข้อมูลเชิงประจักษ์

สถิติที่ใช้วัดความสอดคล้อง	ระดับการยอมรับ
1. ค่า CMIN/DF	มีค่าตั้งแต่ 1-3 หรือน้อยกว่า
2. ค่า RMSEA	มีค่าต่ำกว่า .05
3. ค่า GFI	มีค่าตั้งแต่ .90-1.00
4. ค่า AGFI	มีค่าตั้งแต่ .90-1.00
5. ค่า CFI	มีค่าตั้งแต่ .90-1.00
6. ค่า NFI	มีค่าตั้งแต่ .90-1.00

2.4 การตรวจสอบค่าน้ำหนักองค์ประกอบ

นำผลการวิเคราะห์ตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลมาคัดเลือกตัวบ่งชี้ที่แสดงว่ามีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading) ตามเกณฑ์ดังนี้ 1) เท่ากับหรือมากกว่า 0.7 สำหรับองค์ประกอบหลัก (Farrell & Rudd, 2009) และ 2) เท่ากับหรือมากกว่า 0.30 สำหรับองค์ประกอบย่อยและตัวบ่งชี้ (Tacq, 1997)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง 652 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 90.6) ช่วงอายุ 41 – 50 ปี (ร้อยละ 32.2) มีระดับการศึกษาปริญญาโท (ร้อยละ 74.8) ตำแหน่งอาจารย์ (ร้อยละ 72.9) ทำหน้าที่ด้านการบริหาร (ร้อยละ 27.1) และมีประสบการณ์ในการทำงานด้านการสอน 11-20 ปี (ร้อยละ 38.96) ประสบการณ์น้อยกว่า 10 ปี (ร้อยละ 27.45)

ความเหมาะสมของตัวบ่งชี้เพื่อคัดสรรไว้ในโมเดล

ตัวบ่งชี้สมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันพระบรมราชชนก มีค่าเฉลี่ย ผ่านเกณฑ์ 87 ตัวบ่งชี้ และค่าสัมประสิทธิ์การกระจายผ่านเกณฑ์ 65 ตัวบ่งชี้ มี 2 ตัวบ่งชี้ ที่มีค่าสัมประสิทธิ์ การกระจายเกินเกณฑ์เล็กน้อย ดังนี้

1. องค์ประกอบภาวะผู้นำ (Leadership [LEA]) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) วิสัยทัศน์ 2) การสร้างความสัมพันธ์ 3) การพัฒนาองค์กร มีตัวบ่งชี้รวม 18 ตัวบ่งชี้มี ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.64 - 4.52 และค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย (CV) อยู่ระหว่าง 12.65 - 22.95 จากผลการวิจัย พบ ตัวบ่งชี้ที่มีค่า CV เกิน 20% มีจำนวน 2 ตัวบ่งชี้ คือ มีค่า 20.14 และ 22.95 ซึ่งแปลผลว่า กลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกัน โดยเบี่ยงเบนจากค่าเฉลี่ยเกิน 20% คือ ตัวบ่งชี้ มีส่วนร่วมในการคิดและกำหนดสิ่งใหม่ที่ต้องการให้เกิดขึ้นกับองค์กรในอนาคต ค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย 20.14 และตัวบ่งชี้ริเริ่มและกำหนดนโยบายใหม่ๆ เพื่อตอบสนองต่อการนำวิสัยทัศน์ไปสู่ความสำเร็จ ค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย 22.95 จะเห็นได้ว่าทั้ง 2 ตัวบ่งชี้ เป็นคุณลักษณะด้านการบริหาร ซึ่งกลุ่มตัวอย่างประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 10 ปี มีร้อยละ 27.45 อาจจะยังมีประสบการณ์ด้านการบริหารน้อย จึงมีคำตอบที่ต่างกัน แต่เนื่องจากเป็นเหตุผลเชิงทฤษฎี ผู้วิจัยจึงยังคงตัวบ่งชี้ทั้ง 2 ตัวบ่งชี้ไว้ในโมเดล

2. องค์ประกอบสมรรถนะทางการพยาบาล (Nursing Competencies [NUC]) มี 3 องค์ประกอบ คือ 1) การปฏิบัติด้านจริยธรรม 2) มีอาชีพ และ 3) การปฏิบัติตามความรู้ รวม 21 ตัวบ่งชี้ มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.02 - 4.81 และค่าสัมประสิทธิ์การกระจายอยู่ระหว่าง 8.56 - 16.32

3. องค์ประกอบการสอน (Teaching [TEA]) มี 3 องค์ประกอบ คือ 1) วิธีการสอน 2) เนื้อหา และ 3) สิ่งแวดล้อมการเรียนรู้ รวม 26 ตัวบ่งชี้ มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.32 - 4.50 และค่าสัมประสิทธิ์การกระจายอยู่ระหว่าง 12.14 – 15.43

4. องค์ประกอบการประเมินผล (Evaluation [EVA]) มี 3 องค์ประกอบ คือ 1) การวิเคราะห์และตีความ 2) ทักษะการจัดการ และ 3) การสะท้อนคิด รวม 22 ตัวบ่งชี้ มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.07 – 4.50 และค่าสัมประสิทธิ์การกระจายอยู่ระหว่าง 12.60 – 16.04

การทดสอบความสอดคล้องของตัวบ่งชี้

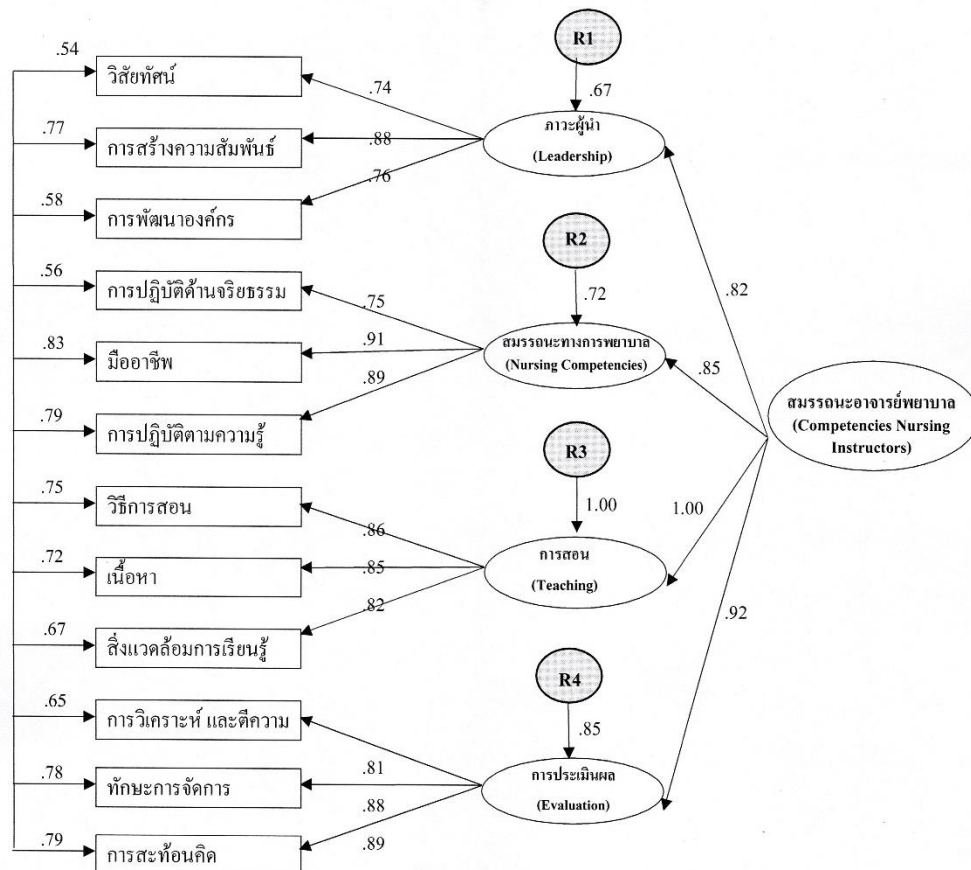
ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเหมาะสมของตัวบ่งชี้ในโมเดลการวัดของแต่ละองค์ประกอบย่อย ก่อนการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่า 1) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่จะนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบ ทั้งองค์ประกอบหลัก องค์ประกอบย่อย และตัวบ่งชี้ พบว่ามีค่าแตกต่างจากศูนย์ โดยมีค่าเป็นบวก และมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($P < .01$) 2) ค่าสถิติของ Bartlett Test of Sphericity พบว่า ค่าเมทริกซ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแตกต่างจากเมทริกซ์เอกลักษณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าเท่ากับ 6137.268, 7822.797, 11473.531 และ 9751.532 ตามลำดับขององค์ประกอบหลัก และ 6223.14 ของตัวบ่งชี้สมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก มีค่าความน่าจะเป็นน้อยกว่า .01 ($P < .01$) ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ 3) ค่า KMO (Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Test for Sampling Adequacy) พบว่า มีค่าอยู่ระหว่าง .939-.972 แสดงว่าจำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยมีมากเพียงพอและเหมาะสมที่จะวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ค่าสถิติ Bartlett และค่าดัชนีไกเซอร์-ไมเยอร์-ออลคิน (Kaiser-Mayer-Olkin Measures of Sampling Adequacy: MSA) ของแต่ละโมเดลการวัด

โมเดลการวัด	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร	Bartlett Test of Sphericity	P	Kaiser-Mayer-Olkin Measures of Sampling Adequacy (MSA)
1. ภาวะผู้นำ	.176 - .674	6137.268	.000	.950
2. สมรรถนะทางการพยาบาล	.106 - .646	7822.797	.000	.957
3. การสอน	.286 - .686	11473.531	.000	.972
4. การประเมินผล	.294 - .719	9751.532	.000	.972
ตัวบ่งชี้สมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันพระบรมราชชนก	.287 - .811	6223.147	.000	.939

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดลตัวบ่งชี้สมรรถนะอาจารย์พยาบาล (Competencies of Nursing Instructors [NUEC]) ผลการทดสอบความสอดคล้องของโมเดล ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การสอน (TEA) การประเมินผล (EVA) สมรรถนะทางการพยาบาล (NUC) และภาวะผู้นำ (LEA) พบว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยผ่านเกณฑ์ทุกค่า มีรายละเอียดดังนี้ ค่าไค-สแควร์

สัมพัทธ์ (CMIN/DF) เท่ากับ 2.372 ค่าความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่าพารามิเตอร์ (RMSEA) เท่ากับ .046 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) เท่ากับ .984 ค่าดัชนีวัดความกลมกลืนที่ปรับแล้ว (AGFI) เท่ากับ .956 ค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเปรียบเทียบ (CFI) เท่ากับ .994 และค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงปทัสถาน (NFI) เท่ากับ .989 ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 โมเดลตัวบ่งชี้สมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันพระบรมราชชนกจากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง

เมื่อนำมาสร้างสเกลองค์ประกอบตัวบ่งชี้สมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันพระบรมราชชนก
ดังสมการ $NUEC = 1.00(TEA) + .92(EVA) + .85(NUC) + .82(LEA)$

การตรวจสอบค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading)

ผลการตรวจสอบค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading) ขององค์ประกอบหลัก องค์ประกอบย่อย และตัวบ่งชี้ องค์ประกอบหลักมีค่าเป็นบวกและมีน้ำหนักองค์ประกอบมากกว่า .7 ทุกค่า และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และองค์ประกอบย่อย และตัวชี้วัดทุกค่ามีค่าเป็นบวก และมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากกว่า .3 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบหลักของสมรรถนะอาจารย์พยาบาล ทั้ง 4 องค์ประกอบหลัก มีค่าเป็นบวก มีค่าตั้งแต่ .82–1.00 โดยและมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกค่าเรียงลำดับจากค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากไปหาน้อย คือ การสอน (TEA) การประเมินผล (EVA) สมรรถนะทางการพยาบาล (NUC) และภาวะผู้นำ (LEA) เท่ากับ 1.00, .92, .85 และ .82 ตามลำดับ

ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading) ขององค์ประกอบย่อยทั้ง 4 องค์ประกอบเรียงลำดับจากค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากไปหาน้อย ดังนี้

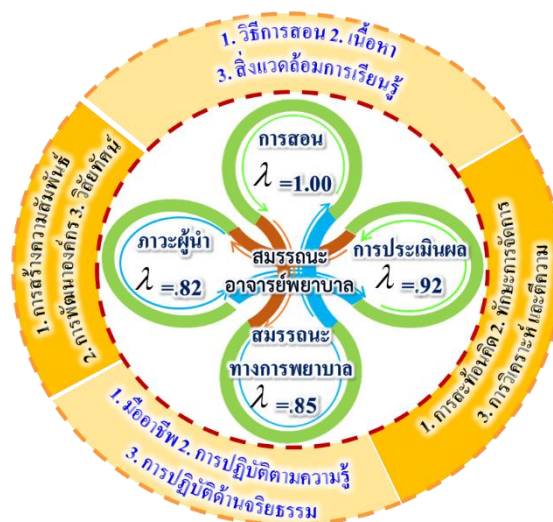
1. องค์ประกอบการสอน (TEA) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบย่อย น้ำหนักองค์ประกอบย่อยมีค่าเป็นบวกมีค่าตั้งแต่ .82–.86 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกค่าเรียงลำดับจากค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากไปหาน้อย คือ วิธีการสอน (TEA1) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .86 เนื้อหา (TEA2) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .85 และสิ่งแวดล้อมการเรียนรู้ (TEA3) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .82

2. องค์ประกอบการประเมินผล (EVA) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบย่อย น้ำหนักองค์ประกอบย่อยมีค่าเป็นบวกมีค่าตั้งแต่ .81–.89 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกค่าเรียงลำดับจากค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากไปหาน้อยคือ การสะท้อนคิด (EVA3) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .89 ทักษะการจัดการ (EVA2) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .88 และการวิเคราะห์และตีความ (EVA1) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .81

3. องค์ประกอบสมรรถนะทางการพยาบาล (NUC) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบย่อย น้ำหนักองค์ประกอบย่อยมีค่าเป็นบวกมีค่าตั้งแต่ .75 – .91 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกค่าเรียงลำดับจากค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากไปหาน้อยคือ มีอาชีพ (NUC2) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .91 การปฏิบัติตามความรู้ (NUC3) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .89 การปฏิบัติด้านจริยธรรม (NUC1) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .75

4. องค์ประกอบหลักภาวะผู้นำ (LEA) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบย่อย น้ำหนักองค์ประกอบย่อยมีค่าเป็นบวกมีค่าตั้งแต่ .74 – .88 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกค่าเรียงลำดับจากค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากไปหาน้อยคือ การสร้างความสัมพันธ์ (LEA2) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .88 การพัฒนาองค์กร (LEA3) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .76 และวิสัยทัศน์ (LEA1) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .74

ผู้วิจัยขอเสนอเป็นกรอบแนวคิดเชิงบริหารเฉพาะในระดับองค์ประกอบหลักและองค์ประกอบย่อย เพื่อให้มีกรอบแนวคิดที่ชัดเจน และง่ายต่อการนำไปใช้ ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดเชิงบริหารเพื่อการพัฒนา การติดตาม ประเมินผล
การพัฒนาสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันพระบรมราชชนก

การอภิปรายผล

ความเหมาะสมของตัวบ่งชี้เพื่อคัดสรรกำหนดไว้ในโมเดล

ตัวบ่งชี้สมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันพระบรมราชชนกที่พัฒนาขึ้นมาจากแนวคิด ทฤษฎี ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ และทัศนะผู้เชี่ยวชาญประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ภาวะผู้นำ สมรรถนะทางการพยาบาล การสอน และการประเมินผล มี 12 องค์ประกอบย่อย และ 87 ตัวชี้วัดนั้น เมื่อหาความเหมาะสมของตัวบ่งชี้เพื่อคัดไว้ในโมเดลจากการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ย เท่ากับหรือมากกว่า 3 และค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย (CV) เท่ากับหรือต่ำกว่า 20% (สุทธิรัช คนกาญจน์, 2547) พบว่า ความเหมาะสมของตัวบ่งชี้รวมทั้งหมด 87 ตัวบ่งชี้ มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.64 - 4.81 เป็นไปตามเกณฑ์ และพบว่า มี 85 ตัวบ่งชี้ มีค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย อยู่ระหว่าง 8.56 – 19.72 เป็นไปตามเกณฑ์ แต่มี 2 ตัวบ่งชี้ ที่สูงกว่าเกณฑ์เล็กน้อย คือมีค่า 20.14 และ 22.95 ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ เกี่ยวกับวิสัยทัศน์ในองค์ประกอบ ภาวะผู้นำ จะเห็นได้ว่าตัวบ่งชี้แต่ละตัวบ่งชี้ที่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้เนื่องมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนจากแนวคิด ทฤษฎี ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ และทัศนะผู้เชี่ยวชาญอย่างครอบคลุม และสังเคราะห์โดยใช้ตารางเมทริกซ์และคัดเลือกองค์ประกอบหลัก องค์ประกอบย่อย จากค่าที่มีความดีสูงที่สุด ทำให้เกิดความชัดเจนในองค์ประกอบหลัก และองค์ประกอบย่อย นอกจากนั้นนิยามเชิงปฏิบัติการและตัวบ่งชี้ยังสังเคราะห์มาจากแนวคิด ทฤษฎี ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ และทัศนะผู้เชี่ยวชาญอย่างชัดเจน แล้วยังได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ จึงทำให้องค์ประกอบต่างๆ ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด แต่ถึงแม้มีการทบทวนเอกสารทางวิชาการอย่างชัดเจน ครอบคลุมแล้ว แต่ถ้าประสิทธิภาพของผู้ตอบแบบสอบถามมีประสิทธิภาพในประเด็นนั้นแตกต่างกันมาก ยังทำให้ค่าสัมประสิทธิ์การกระจายมีความแตกต่างกันได้ ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับผลการศึกษาของรัชนิ พจนา (2561) ศึกษาตัวบ่งชี้ภาวะผู้นำปรับเปลี่ยนสำหรับอาจารย์ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ที่พบตัวบ่งชี้ที่มีค่า CV เกิน 20.00% เนื่องจากประสิทธิภาพของผู้ตอบส่วนใหญ่ยังมีประสิทธิภาพน้อย และยังไม่ได้ทำบทบาทหน้าที่ผู้บริหารถึงร้อยละ 56.70 ทำให้การประเมินสมรรถนะภาวะผู้นำมีการกระจายที่ต่างกันกับผู้เคยปฏิบัติงานในบทบาทหน้าที่การบริหารมาก่อน ผลการตอบจึงมีความแตกต่างกันส่งผลให้ค่าเบี่ยงเบนสูง แต่เนื่องจากเหตุผลเชิงทฤษฎีที่ศึกษาและนิยามองค์ประกอบและนิยามตัวบ่งชี้ไว้ ผู้วิจัยจึงยังคัดเลือกตัวบ่งชี้นี้ไว้ในโมเดล

ความสอดคล้องของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์

โมเดลตัวบ่งชี้สมรรถนะอาจารย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยผ่านเกณฑ์ทุกค่า ค่า CMIN/DF เท่ากับ 2.372 ค่า RMSEA เท่ากับ .046 ค่า GFI เท่ากับ .984 ค่า AGFI เท่ากับ .956 ค่า CFI เท่ากับ .994 และค่า NFI เท่ากับ .989 จากค่าสถิติที่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด และเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่กำหนดไว้ ผลการวิจัยเป็นเช่นนี้เนื่องมาจากการศึกษาเอกสาร งานวิจัย แนวคิด

ทฤษฎี รวมถึงทัศนคติวิชาการต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ และสังเคราะห์เพื่อได้กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีอย่างชัดเจน ก่อนทำการทดสอบหาคุณภาพเครื่องมือ โดยผ่านการหาความตรงเชิงโครงสร้าง การหาค่าความเที่ยง ปรับแก้ นำแบบสอบถามไปใช้ และนำมาวิเคราะห์ตามขั้นตอน ซึ่งผู้วิจัยเลือกวิธีการสร้างตัวบ่งชี้โดยการใช้นิยามเชิงประจักษ์ (Empirical Definition) เป็นนิยามที่นักวิจัยกำหนดตัวแปรย่อย และวิธีการรวมตัวแปรย่อยโดยมีทฤษฎีและงานวิจัยเป็นพื้นฐาน โดยมีการทบทวนจากแนวคิด ทฤษฎี ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัยที่ครอบคลุม ชัดเจน แต่กำหนดน้ำหนักของตัวแปรย่อยโดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงประจักษ์ เป็นวิธีที่มีผู้นิยมใช้กันมาก (วิโรจน์ สารรัตนะ, 2561) จึงทำให้ได้ตัวบ่งชี้ที่มีความเหมาะสมสำหรับสมรรถนะอาจารย์พยาบาล

ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ

จากผลการวิจัยที่พบว่าค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading) ขององค์ประกอบหลักองค์ประกอบย่อย และตัวบ่งชี้ มีค่าเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ ค่าน้ำหนักองค์ประกอบขององค์ประกอบหลักมีค่าเท่ากับหรือสูงกว่า .70 เมื่อพิจารณาตามค่าน้ำหนักองค์ประกอบหลักเรียงลำดับจากมากไปน้อย พบว่า การสอน การประเมินผล สมรรถนะทางการพยาบาล และภาวะผู้นำ โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ เท่ากับ 1.00, .92, .85 และ .82 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีความแตกต่างจากโมเดลในการเริ่มต้น เรียงลำดับจากมากไปหาน้อยตามค่าค่าความถี่สูงสุดคือ ภาวะผู้นำ สมรรถนะทางการพยาบาล การสอน และการประเมินผล แสดงให้เห็นว่าอาจารย์พยาบาลในสถาบันพระบรมราชชนกยืนยันว่า ตัวบ่งชี้สมรรถนะอาจารย์พยาบาลที่คัดสรรไว้ในโมเดลเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญ โดยให้ความสำคัญที่สุดในเรื่องการสอน รองลงมาเป็นการประเมินผล สมรรถนะทางการพยาบาล และภาวะผู้นำ จากผลการวิจัยที่ยืนยันกับข้อมูลเชิงประจักษ์ให้การสอนเป็นความสำคัญอันดับที่ 1 นี้พบว่า การ มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ มณฑาทิพย์ สุรินทร์อาภรณ์ และอวยพร คณมุขกุล (2550) และการศึกษาของ เพ็ญศรี ทองเพชร และรุ่งนภา จันทรา (2563) ส่วนในต่างประเทศ มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ NLN (2018) และ Vicky (2009) ให้องค์ประกอบเรื่อง การสอนเป็นองค์ประกอบอยู่ในลำดับที่ 1 การให้ความสำคัญกับการสอนอาจเนื่องมาจากเป็นบทบาทหลักของอาจารย์พยาบาล การจัดการเรียนการสอน มีทั้งการสอนในภาคทฤษฎี ภาคทดลอง และภาคปฏิบัติ ดังนั้นเมื่อโมเดลที่พัฒนาขึ้นตรวจสอบยืนยันกับอาจารย์พยาบาลจึงมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบการสอนมากที่สุด ถึงแม้บทบาทหน้าที่หลักของอาจารย์พยาบาลจะประกอบ หน้าที่การผลิตบัณฑิต ซึ่งรวมถึงการจัดกระบวนการเรียนรู้ หรือการจัดการเรียนการสอน ยังมีการวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ การวิจัย การบริการวิชาการ และมีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์กร แต่ถึงอย่างไรก็ตามยังมีการศึกษาของ ทินกร บัวชู และคณะ (2564) Southern Regional Education Board (SREB, 2002) ที่ให้อันดับหนึ่งคือเรื่อง ภาวะผู้นำ เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบขององค์ประกอบย่อยและตัวบ่งชี้ มีค่าเท่ากับหรือสูงกว่า .30 ทุกค่า ทั้งนี้เนื่องจากองค์ประกอบหลักองค์ประกอบย่อย และตัวบ่งชี้ที่ใช้ในการวิจัยได้รับการศึกษาจากทฤษฎีและผลงานวิจัยหลากหลายแหล่ง มีการสังเคราะห์เพื่อคัดสรรไว้ในโมเดล โดยคำนึงถึงความตรงเชิงโครงสร้างของตัวแปรที่ศึกษาในทุกขั้นตอน

ทั้งในขั้นตอนการกำหนดองค์ประกอบหลัก องค์ประกอบย่อย และนิยามเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดเป็นตัวบ่งชี้ แสดงให้เห็นว่าโมเดลตัวบ่งชี้สมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันพระบรมราชชนกสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาสมรรถนะอาจารย์พยาบาล โดยการจัดทำโครงการพัฒนาอาจารย์พยาบาล ในวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข โดยมีเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะอาจารย์พยาบาล ครอบคลุมองค์ประกอบหลัก คือ ภาวะผู้นำ สมรรถนะทางการพยาบาล การสอน และการประเมินผล ซึ่งเป็นสมรรถนะที่สำคัญสำหรับอาจารย์พยาบาล

สรุปผลการวิจัย

โมเดลเชิงทฤษฎีตัวบ่งชี้สมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันพระบรมราชชนกที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิด ทฤษฎี ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ และทัศนะนักวิชาการมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ค่าน้ำหนักองค์ประกอบขององค์ประกอบหลัก องค์ประกอบย่อย และตัวบ่งชี้ มีค่าเป็นบวก มีค่าเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกค่า แสดงให้เห็นว่า โมเดลเชิงทฤษฎีตัวบ่งชี้สมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันพระบรมราชชนก ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก 12 องค์ประกอบย่อย และ 87 ตัวบ่งชี้ สามารถใช้วัดตัวบ่งชี้โมเดลเชิงทฤษฎีตัวบ่งชี้สมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันพระบรมราชชนกได้อย่างมีความตรงเชิงโครงสร้างที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพวิจัยรองรับได้ในกรณีต่าง ๆ ได้

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์โดยภาพรวมควรส่งเสริมให้นำโมเดลตัวบ่งชี้สมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันพระบรมราชชนก ที่พัฒนาขึ้นไปใช้เป็นแนวทางการพัฒนาสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันพระบรมราชชนก ทั้งในระดับองค์ประกอบหลัก องค์ประกอบย่อย และตัวบ่งชี้ เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าโมเดลที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยให้นำโมเดลไปใช้เป็นแนวทางการพัฒนานั้นควรคำนึงถึงความสำคัญขององค์ประกอบหลัก องค์ประกอบย่อย และตัวบ่งชี้ ดังนี้

1.1 ในระดับองค์ประกอบหลัก ควรส่งเสริมและพัฒนาองค์ประกอบหลักการสอน การประเมินผล สมรรถนะทางการพยาบาล และภาวะผู้นำ ตามลำดับ

1.2 องค์ประกอบหลักการสอน ควรให้ความสำคัญกับองค์ประกอบย่อย วิธีการสอน เนื้อหา และสิ่งแวดล้อมการเรียนรู้ ตามลำดับ

1.3 องค์ประกอบหลักการประเมินผล ควรให้ความสำคัญกับองค์ประกอบย่อย การสะท้อนคิด ทักษะการจัดการ และการวิเคราะห์และตีความ ตามลำดับ

1.4 องค์ประกอบหลักสมรรถนะทางการพยาบาล ควรให้ความสำคัญกับองค์ประกอบย่อย มีอาชีพ การปฏิบัติตามความรู้ และการปฏิบัติด้านจริยธรรม ตามลำดับ

1.5 องค์ประกอบหลักภาวะผู้นำ ควรให้ความสำคัญกับองค์ประกอบย่อย การสร้างความสัมพันธ์ การพัฒนาองค์กร และวิสัยทัศน์ ตามลำดับ เป็นต้น

2. การวิจัยนี้ได้ศึกษาจากแนวคิด ทฤษฎี ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ และทัศนะนักวิชาการพบว่า มีองค์ประกอบที่เป็นกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีจำนวนมาก แต่เนื่องจากข้อจำกัดในการกำหนดองค์ประกอบเพื่อใช้ในการวิจัย จึงใช้ค่าความถี่สูงเป็นเกณฑ์ในการคัดสรร ทำให้องค์ประกอบเชิงทฤษฎีเหล่านั้นไม่ได้ถูกกำหนดใช้ในงานวิจัยนี้ด้วย การวิจัยในครั้งต่อไป จึงควรใช้หลักเหตุผลอื่นมาร่วมการพิจารณาจากค่าความถี่สูงร่วมด้วย เพื่อให้โอกาสกับองค์ประกอบที่มีค่าความถี่ต่ำ แต่อาจเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญ และที่มีการค้นพบใหม่ ได้ถูกกำหนดใช้ในการวิจัยได้ จึงขอแนะนำนักวิจัยที่จะทำการวิจัยเพื่อพัฒนาตัวบ่งชี้สมรรถนะอาจารย์พยาบาลในอนาคต ได้คำนึงถึงการนำเอาองค์ประกอบอื่น ๆ เหล่านั้นมาใช้ในการวิจัยด้วย

3. โมเดลตัวบ่งชี้สมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันพระบรมราชชนกที่ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก 12 องค์ประกอบย่อย และ 87 ตัวบ่งชี้ จากผลการวิจัยนี้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการวิจัยประเภทอื่นต่อไปได้ เช่น การสร้างโมเดลสมการ โครงสร้าง (Structural Equation Modeling; SEM) สมรรถนะอาจารย์พยาบาล วิจัยการวิจัยและพัฒนา (Research And Development; R&D) การพัฒนาสมรรถนะอาจารย์พยาบาลตามองค์ประกอบหลัก องค์ประกอบย่อย และตัวบ่งชี้ที่งานวิจัยค้นพบ หรือการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research; PAR) การพัฒนาสมรรถนะอาจารย์พยาบาลตามองค์ประกอบหลัก องค์ประกอบย่อย และตัวบ่งชี้ที่งานวิจัยค้นพบได้เช่นกัน เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ปริญญานิพนธ์ที่ให้คำแนะนำ ตลอดจนตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ของคุณนิพนธ์ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย ขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน รวมถึงผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องไม่สามารถเอ่ยนามในที่นี้ที่คอยให้กำลังใจ และสนับสนุนทุกๆ เรื่องด้วยดีมาโดยตลอด คุณค่าและประโยชน์แห่งผลการวิจัยนี้ ขอมอบแด่บิดา มารดา บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก. (2562). *แผนยุทธศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2563-2567*. โครงการจัดตั้งคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

- ทินกร บัวชู, จันทรีศรี ภูติอริยวัฒน์, และสุทธิ วิจิตรพัชรารณ. (2564). การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิง
สำรวจ: สมรรถนะการเพิ่มขีดความสามารถการแข่งขันในศตวรรษที่ 21 ของอาจารย์พยาบาลสังกัด
มหาวิทยาลัยราชภัฏ. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 13(1), 123-135.
- คุณิ ขศทอง. (2562). ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลและแนวทางแก้ไข: การจัดการปัจจัยระดับบุคคล.
วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, 20(38), 134-143.
- นฤมล เอนกวิทย์, นิสากร วิบูลชัย, พชร นุ่มแสง, สกาวรัตน์ ไกรจันทร์, และนุชนาถ บุญมาศ. (2561). การ
พัฒนาสมรรถนะการจัดการเรียนการสอนของอาจารย์พยาบาล. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*,
15(1), 41-52
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2542). *การวิเคราะห์อภิมาน*. คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2545). *การพัฒนาตัวบ่งชี้สำหรับการประเมินคุณภาพการบริหารและการจัดการเขตพื้นที่
การศึกษา*. ชารอักษร.
- เพ็ญศรี ทองเพชร, และรุ่งนภา จันทรา. (2563). การพัฒนารูปแบบการประเมินสมรรถนะอาจารย์พยาบาลใน
ศตวรรษที่ 21 วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. *วารสาร
พยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 29(1), 166-178.
- มณฑาทิพย์ สุรินทร์อาภรณ์, และอวยพร ตันมุขยกุล. (2550). สมรรถนะของอาจารย์พยาบาลในวิทยาลัย
พยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 1(1), 17-27.
- มณีรัตน์ ภาณุพล, และกัลยา สารทูลทัต. (2561). การขาดแคลนและการคงอยู่ของอาจารย์พยาบาลใน
สถาบันการศึกษา. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 11(3), 1-9.
- รัชณี พจนา. (2561). ภาวะผู้นำปรับเปลี่ยนของอาจารย์พยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สังกัด
สถาบันพระบรมราชชนก. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38(1), 187-195.
- วิโรจน์ สารัตนะ. (2561). *การวิจัยทางการบริหารการศึกษา: แนวคิด แนวปฏิบัติและกรณีศึกษา*. ทิพย
วิสุทธิ.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ, สุชาติ ตันชนะเดชา, และปทีป เมธาคณวุฒิ. (2553). องค์ประกอบและตัวบ่งชี้มาตรฐาน
วิชาชีพอาจารย์พยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 28(4), 55-66.
- สถาบันพระบรมราชชนก. (2564). *แผนยุทธศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2565-2569*. สถาบันพระ
บรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สภาการพยาบาล. (2561). *ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง สมรรถนะของผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี
ปริญญาโท ปริญญาเอก สาขาพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรอบรมการพยาบาลขั้นสูงระดับวุฒิบัตร
หนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และการพยาบาล
เฉพาะทางสาขาพยาบาลศาสตร์*. สืบค้นเมื่อ 26 สิงหาคม 2562 จาก

- สภาการพยาบาล. (2562). ข้อบังคับสภาการพยาบาล ว่าด้วยหลักเกณฑ์การรับรองสถาบันการศึกษาวิชาการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2562. สืบค้นเมื่อ 20 เมษายน 2565 จาก
https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/T_0053.PDF
- สภาการพยาบาล. (2563). ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการให้ความเห็นชอบหลักสูตรการศึกษาระดับปริญญาตรีการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ระดับวิชาชีพ พ.ศ. 2563. สืบค้นเมื่อ 20 เมษายน 2565 จาก
[https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/T_0036\(2\).PDF](https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/T_0036(2).PDF)
- สุทธิชัย คนกาญจน์. (2547). การพัฒนาตัวบ่งชี้ของสถาบันอุดมศึกษาของรัฐ. (ปริญญานิพนธ์การศึกษาคณะศึกษาศาสตร์). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- สำนักงานราชบัณฑิตยสภา. (2561). สมรรถนะ. สืบค้นเมื่อ 26 สิงหาคม 2562 จาก
<http://legacy.orst.go.th/wp-content/uploads/2018/12/11282561>
- Cerny, B.A., & Kaiser, H.F. (1977). A Study of a Measure of Sampling Adequacy for Factor-Analytic Correlation Matrices. *Multivariate Behavioral Research*, 12(1), 43-47.
- Farrell, A. M., & Rudd, J. M. (2009). *Factor analysis and discriminant validity: a brief review of some practical issues*. In D. Tojib (Ed.), ANZMAC 2009 conference proceedings ANZMAC.
- Gold hammer, R., Anderson, R.H., & Krajewski, R.J. (1980). *Clinical Supervision: Special methods for the supervision of teachers* (2nd ed). Rinehart and Winston.
- Hair, J.F., Black, W.C., Babin, B.J., & Anderson, R.E. (2010). *Multivariate Data Analysis* (7th ed). Pearson.
- Holmes-Smith, P. (2006). *School socio-economic density and its effect on school performance*. MCEETYA.
- National League for Nursing (NLN). (2018). *Nurse Educator Core Competency*. Retrieved May 20, 2018, from <http://bit.ly/2FrEZfm>
- Southern Regional Education Board (SREB). (2002). *Nurse Educator Competencies*. SREB Council on Collegiate Education for Nursing.
- Tacq, J. (1997). *Multivariate Analysis Techniques In Social Science Research: From problem to analysis*. SAGE Publications.
- Tobias, S. & Carlson, J. E. (2010). Brief report: Bartlett's test of sphericity and chance findings in factor analysis. *Journal of Multivariate Behavioral Research*. Volume 4, 1969 - issue 3. Retrieved May 2, 2020 from <https://bit.ly/2H4F2xz>
- Vicky. (2009). *Desired Characteristics of Effective Nurse Educators "My Ideal Nursing Instructor"*. Retrieved March 10, 2018, from <http://bit.ly/2IdmXeq>.

West, S.G., Taylor, A.B., & Wu, W. (2012). *Model Fit and Model Selection in Structural Equation Modeling*. In R. H. Hoyle (Ed.), *Handbook of Structural Equation Modeling*.

World Health Organization (WHO). (2016). *Nurse Educator Core Competencies*. Retrieved March 10, 2018, from http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/nurse_educorecompetencies/en/

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล เป็นวารสารที่ตีพิมพ์บทความที่ผ่านการพิจารณาและกลั่นกรองจากผู้เชี่ยวชาญ (Peer-reviewed journal) ในสาขานั้น ๆ โดยผู้เชี่ยวชาญและผู้นิพนธ์ไม่ทราบชื่อกันและกัน (Double-blind review) โดยบทความที่จะได้รับการพิจารณาต้องสอดคล้องกับ วัตถุประสงค์และขอบเขตการตีพิมพ์ และผู้แต่งได้ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของผู้นิพนธ์ (Duties of authors) ตามที่ปรากฏใน จริยธรรมในการตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสาร (Publication ethics) อย่างเคร่งครัด

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

การจัดรูปแบบเอกสาร

พิมพ์ต้นฉบับบทความด้วยโปรแกรม Microsoft word กำหนดขนาดกระดาษเป็น A4 จัดระยะขอบกระดาษ 1 นิ้ว (หรือ 2.54 ซม.) โดยรอบ ใช้อักษร Angsana new ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 บรรทัด และจัดรูปแบบในหัวข้อต่าง ๆ ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รูปแบบการพิมพ์เพื่อเตรียมต้นฉบับบทความ

รายการ	ลักษณะตัวอักษร	รูปแบบการพิมพ์	ขนาดตัวอักษร
ชื่อเรื่อง	หนา	กลางหน้ากระดาษ	18
ชื่อผู้นิพนธ์และผู้ร่วมนิพนธ์ (ถ้ามี)	เอน	ชิดขวา	16
บทคัดย่อ	ปกติ	กลางหน้ากระดาษ	18
Abstract	ปกติ	กลางหน้ากระดาษ	18
ตำแหน่งและสถานที่ทำงานของผู้นิพนธ์และผู้ร่วมนิพนธ์ (เชิงอรรถ)	ปกติ	ชิดซ้าย	14
หัวข้อใหญ่	หนา	ชิดซ้าย	18
หัวข้อย่อย	หนา	ชิดซ้าย	16
หัวข้อย่อย	ปกติ	ใช้หมายเลขกำกับ	16
ตัวอย่างการจัดลำดับเลข (ไม่เกิน 3 ลำดับ)	ปกติ	1. XXX	16
ข้อความในเนื้อหา	ปกติ		16
ข้อความในตาราง	ปกติ		14

คำแนะนำทั่วไป

1. ชื่อเรื่องภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (Abstract) ต้องมีเนื้อความตรงกัน
2. พิมพ์ชื่อผู้พิมพ์และผู้ร่วมพิมพ์พร้อมวุฒิการศึกษาสูงสุด (ย่อ) ไว้ใต้ชื่อเรื่อง และตำแหน่งวิชาชีพและสถานที่ทำงานเขียนไว้ที่เชิงบรรทัด พร้อมระบุชื่อผู้ประพันธ์บรรณกิจ และอีเมล
3. มีบทคัดย่อความยาวไม่เกิน 300 คำ ทั้งสองภาษา โดยจัดเป็นย่อหน้าเดียว ไม่ต้องจัดเยื้อง
4. เขียนเอกสารอ้างอิงถูกต้อง ตรงกันทั้งเอกสารอ้างอิงในเนื้อหา และเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง จำนวนไม่ควรเกิน 30 ชื่อเรื่อง
5. ความยาวต้นฉบับ เมื่อรวมกับเอกสารอ้างอิงและบทคัดย่อแล้ว บทความวิจัยเชิงปริมาณ ไม่เกิน 15 หน้า บทความวิจัยเชิงคุณภาพ วิจัยแบบผสานวิธี หรือการสังเคราะห์งานวิจัย ไม่เกิน 18 หน้า และบทความวิชาการไม่เกิน 12 หน้า หรือขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของบรรณาธิการวารสาร

แนวทางการเขียนบทคัดย่อเฉพาะประเภท

1. บทคัดยอรายงานการวิจัย ประกอบด้วยปัญหาการวิจัย วัตถุประสงค์ ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะสำคัญของระเบียบวิธีวิจัยที่เลือกใช้ ผลการวิจัย โดยให้รายงานสถิติที่สำคัญ รวมทั้งขนาดของผล (Effect size) ช่วงความเชื่อมั่น (Confidence interval) และระดับนัยสำคัญ
2. บทคัดยอรายงานการทบทวนวรรณกรรมหรือการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ประกอบด้วยปัญหาการวิจัย เสนอแนะในการประเมินและเลือกรายงานการวิจัย ประเภทของผู้เข้าร่วมการวิจัยในรายงานวิจัยที่เลือกมา รายงานผลการวิจัยที่สำคัญ รวมถึงขนาดของผล ที่สำคัญที่สุด และตัวแปรกำกับ (Moderator) ที่สำคัญ ของต่อขนาดของผลเหล่านั้น สรุป ข้อจำกัด และคำแนะนำการนำไปใช้ในด้านทฤษฎี นโยบาย และ/หรือ การปฏิบัติ
3. บทคัดยอบทความเกี่ยวกับทฤษฎี นำเสนอแนวคิดพื้นฐานและลักษณะสำคัญของทฤษฎีปรากฏการณ์ที่เหมาะสมในการนำทฤษฎีไปอธิบาย และเชื่อมโยงไปสู่ผลลัพธ์ที่ได้จากการนำทฤษฎีไปใช้
4. บทคัดยอบทความเกี่ยวกับวิธีวิทยาการวิจัย อธิบายการแบ่งประเภทและลักษณะสำคัญของวิธีที่นำเสนอ ลักษณะปัญหาการวิจัยที่เหมาะสมในการนำไปใช้ กระบวนการ ลักษณะสำคัญ หรือประเด็นการวิเคราะห์ทางสถิติที่เกี่ยวข้องกับระเบียบวิธีที่นำเสนอ

การส่งบทความ

ส่งต้นฉบับที่สมบูรณ์ผ่านช่องทางของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai – Journal Citation Index Centre [TCI]) ที่ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Jolbcnm/about/submissions>

ชื่อเรื่องภาษาไทย

ชื่อ นามสกุลผู้แต่งคนที่ 1, พย.ม. ^{1*}

ชื่อ นามสกุลผู้แต่งคนที่ 2, Ph.D. ²

บทคัดย่อ

การเขียนบทคัดย่อ จัดเป็นย่อหน้าเดียว ไม่ต้องจัดเยื้อง โดยใช้ตัวอักษร Angsana new ลักษณะตัวอักษรปกติ ขนาด 16 ความยาวไม่เกิน 300 คำ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ควรมีอ้างอิงในเนื้อหา รายละเอียดในหน้าบทคัดย่อภาษาไทยต้องมีรายละเอียดเหมือนกับหน้าบทคัดย่อภาษาอังกฤษ

บทคัดย่อของความวิจัย เขียนเป็นความเรียง เริ่มต้นจาก.....(ปัญหาการวิจัยที่สรุปพอสังเขปได้จากบทนำ)..... (วัตถุประสงค์และหรือระเบียบวิธีวิจัย)..... (การคัดเลือก ลักษณะ และ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง)..... (เครื่องมือวิจัยที่ใช้และผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ)..... (ผลการวิจัย โดยให้รายงานสถิติที่สำคัญ รวมทั้งขนาดของผล [Effect size] ช่วงความเชื่อมั่น [Confidence interval] และระดับนัยสำคัญ)..... (อภิปราย และสรุปผลการวิจัย).....

บทคัดย่อของบทความวิชาการ เขียนเป็นความเรียง เริ่มต้นจาก..... (ปัญหา หรือสถานการณ์ที่ต้องการนำเสนอแนวคิด)..... (เนื้อหา/ ประเด็นที่ต้องการนำเสนอ)..... (วัตถุประสงค์ของผู้แต่งที่ต้องการนำเสนอเนื้อหาดังกล่าว)..... (อภิปราย การนำผลจากประเด็นที่นำเสนอไปใช้ประโยชน์).....

คำสำคัญ: การเขียนชื่อเรื่อง, บทคัดย่อ, การ เขียนคำสำคัญ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลXXXX

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยXXXX

* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: ชื่อ นามสกุลผู้ประสานงาน, อีเมล: XXXX@knc.ac.th

Title in English

Name Surname, M.N.S.^{1*}

Name Surname, Ph.D.²

Abstract

XXXXXXXXXXXXXX

Keyword: XXXXXX, XXXXXX, XXXXXX

¹ Registered Nurse, Professional Level, XXXXXX Hospital

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, XXXX University.

* Corresponding author: Name Surname, E-mail: XXXX@gmail.com

บทนำ

ให้อธิบายความสำคัญของประเด็นที่ศึกษา ความสัมพันธ์กับงานวิจัยที่ผ่านมา สมมุติฐาน จุดประสงค์ และการเชื่อมโยงกับทฤษฎีที่ใช้ แบ่งเป็นหัวข้อรองดังนี้
วัตถุประสงค์ (ถ้ามี)

1. XXXX

สมมุติฐานการวิจัย (ถ้ามี)

1. XXXX

กรอบแนวคิดการวิจัย (ถ้ามี)

เขียนอธิบายหรือสร้างกล่องข้อความแสดงความเชื่อมโยงกรอบแนวคิด ตัวแปรที่ศึกษา

วิธีดำเนินการวิจัย

เขียนย่อหน้านำ 1 ย่อหน้า เกี่ยวกับการออกแบบการวิจัย ระยะเวลาและสถานที่เก็บข้อมูล และขอบเขตการวิจัย แล้วแบ่งหัวข้อรอง ตามลำดับดังนี้

นิยามเชิงปฏิบัติการ (ถ้ามี)

อธิบายความหมายของตัวแปรและวิธีการวัดในการวิจัยนี้ ตัวอย่างเช่น

มารดาคลอด หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ อายุครรภ์ 31 – 42 สัปดาห์ ที่มารับบริการในหอผู้คลอด ณ โรงพยาบาลXXXX ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เมษายน พ.ศ. 2564

ระดับความเจ็บปวด หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายทั้งทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นกับมารดาคลอดในขณะที่มดลูกหดรัดตัว ในการศึกษาครั้งนี้ประเมินโดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวดด้วยสายตา (Visual analogue scale [VAS])

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

อธิบายลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง กระบวนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นต้น

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

อธิบายการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ระบุหมายเลขการรับรอง วันที่และช่วงเวลาที่รับรองโดยคณะกรรมการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หากเป็นการวิจัยในกลุ่มเปราะบางหรือลักษณะพิเศษ เช่น เด็ก สตรีตั้งครรภ์ หรือพระภิกษุ ให้อธิบายพอสังเขปว่านักวิจัยได้พิทักษ์สิทธิให้เหมาะสมกับกลุ่มเปราะบางเหล่านั้นอย่างไร

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

อธิบายลักษณะเครื่องมือโดยสังเขประบุว่าเป็นการสร้างหรือพัฒนาจากเครื่องมืออื่น รวมทั้งจำนวน ข้อ การตอบ ระดับ วิธีการวัด และการให้คะแนน ตัวอย่างการเขียนเครื่องมือในการวิจัย ตัวอย่างเช่น

1. แผนการสอนการเตรียมสตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์เพื่อการคลอดด้วยตนเอง ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแผนการสอนXXXX ของXXXX (2562) ที่สร้างมาจากแนวคิดการส่งเสริมการคลอดด้วยตนเองของ Balaskas (1991)

2. แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ การปฏิบัติตัวเป็นประจำ ถึง ไม่เคยปฏิบัติตัว การให้คะแนน หากตอบ ปฏิบัติเป็นประจำ ได้ 3 คะแนน และตอบ ไม่เคยปฏิบัติ ได้ 0 คะแนน แปลผลจากคะแนนเฉลี่ยเพื่อแบ่งระดับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ตามเกณฑ์ของXXXX (2560) ดังนี้ มีการปฏิบัติน้อย ($M = 0.00-0.99$) มีการปฏิบัติปานกลาง ($M = 1.00 - 1.99$) และมีการปฏิบัติมาก ($M = 2.00$ ขึ้นไป)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

อธิบายการหาความเที่ยงและความตรงของเครื่องมือ พร้อมทั้งรายงานผล หากพัฒนาจากเครื่องมือเดิมให้ระบุขั้นตอนการขอคัดแปลงหรือแปลเครื่องมือ รายงานค่าความเที่ยงและความตรง พร้อมระบุอ้างอิงวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

อธิบายขั้นตอนการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง และการบริหารเครื่องมือวิจัย กรณีงานวิจัยนั้นมีหลายขั้นตอน หรือมีกลุ่มตัวอย่างหลายกลุ่ม อาจนำเสนอเป็นแผนภูมิ ตาราง หรือเขียนลำดับหัวข้อตามความเหมาะสม ตามตัวอย่าง ดังนี้

1. กิจกรรมสำหรับกลุ่มทดลอง
 - 1.1 ขั้นตอนก่อนการทดลอง ผู้วิจัยเตรียมกลุ่มตัวอย่าง โดย
 - 1.1.1 รับสมัครผู้ช่วยวิจัยเข้าร่วมโครงการจำนวน 5 คน โดยกำหนดคุณสมบัติ คือ.....
 - 1.1.2 XXXX
 - 1.2 ขั้นการทดลอง จัดกิจกรรมที่..... เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ดังนี้
 - 1.2.1 สัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วย
 - 1.2.2 สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรม.....
2. กิจกรรมสำหรับกลุ่มทดลอง
 - 2.1 XXXX
3. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ระบบสถิติที่ใช้วิเคราะห์ให้เหมาะสมตามประเภทของข้อมูล ตัวแปรหรือระดับการวัด รวมทั้งผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (ถ้ามี) ของสถิติที่เลือกใช้

ผลการวิจัย

เขียนสรุปการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผลการวิจัยนำเสนอ 1 ย่อหน้าแล้วอธิบายผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด รวมทั้งส่วนที่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ไม่คาดคิด หรือมีขนาดของผลน้อย (Small effect size)

การนำเสนอผลการวิจัย สามารถเลือกรูปแบบบรรยายหรือนำเสนอในตารางได้ตามความเหมาะสม กรณีนำเสนอด้วยตาราง ให้เขียนย่อหน้านำเพื่อบรรยายจุดเด่น แล้วจึงอ้างอิงไปยังตาราง ทั้งนี้ข้อมูลในการบรรยายไม่ควรซ้ำซ้อนกับข้อมูลในตาราง ตัวอย่างการนำเสนอผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยส่วนบุคคล และการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19

ตัวแปร	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	P - value
	B	Std. Error	Beta		
สถานภาพ	0.241	0.334	0.352	3.191	0.004*
รายได้ต่อเดือน	0.185	0.029	0.250	6.305	0.000**
การมีโรคประจำตัว	0.162	0.029	0.209	5.644	0.000*
การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19	0.129	0.024	0.193	5.343	0.000**
ค่าคงที่ (Constant)	4.329	0.216		20.085	0.000**

หมายเหตุ. $R = .60$, $R^2 = .45$, $F = 26.085$, $*p < .01$, $**p\text{-value} < .001$

เขียนให้ชัดเจนว่าผลการวิจัยสนับสนุนสมมุติฐานหรือไม่ แล้วอภิปรายความคิดเห็นของนักวิจัย ประกอบกับวรรณกรรมอื่นที่เห็นตรงหรือแย้งกัน พร้อมทั้งระบุนายการอ้างอิงในเนื้อหาอย่างเหมาะสม โดยไม่ต้องนำเสนอค่าสถิติ ควรเขียนตามลำดับสมมุติฐานหรือวัตถุประสงค์การวิจัย และจัดหัวข้อตามรูปแบบการพิมพ์ในตารางที่ 1 และควรมีความยาวอย่างน้อย 1.5 หน้า

ให้สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยโดยไม่ต้องนำเสนอค่าสถิติ ความยาว 3-5 บรรทัด

ให้ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในด้านการศึกษาพยาบาล (Nursing practice) การวิจัย (Nursing research) และการศึกษาพยาบาล (Nursing education) หรือการวางแผนนโยบาย (Policy plan)

เขียนเพื่อขอบคุณบุคคลหรือองค์กรที่มีส่วนช่วยเหลือในการวิจัยนี้ (ถ้ามี)

เขียนถูกต้องตามรูปแบบของ APA ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 7 และมีรายการครบถ้วนตามที่ได้อ้างในเนื้อหา
ให้เรียงเอกสารอ้างอิงภาษาไทยก่อนภาษาอังกฤษ ใช้หลักการเดียวกันกับการเรียงคำในพจนานุกรม หรือ
Dictionary โดยคำที่มีตัวสะกดจัดเรียงไว้ก่อนคำที่มีรูปสระ ตามลำดับตั้งแต่ กก-กข ดังนี้ ก ข ฃ ค ฅ ฌ ง
จ ฉ ช ซ ฌ ญ ฎ ฏ ฐ ฑ ฒ ณ ด ต ถ ท ธ น บ ป ผ ฝ พ ฟ ภ ม ย ร ล ว ส ห อ ฮ

ส่วนคำที่ขึ้นต้นด้วยพยัญชนะตัวเดียวกัน เรียงลำดับตามรูปสระ ดังนี้ อะ อัว อัวะ อา อำ อี อี้ อึ อื
 อุ อุอะ อุเอ อุเ อา เอิน เอีย เอียะ เอื้อ เอื้อะ แอ แอะ โอะ โอ ไอ ไอ

การเรียงลำดับวรรณยุกต์ ดังนี้ ไม่ไต่คู้, ไม่เอก, ไม่โท, ไม่ตรี, ไม่จัตวา, หักทวนาต (การันต์)

บทความวิชาการ มีส่วนประกอบ ดังนี้

1. บทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ
2. บทนำ ให้อธิบายการได้มาซึ่งความรู้และความสำคัญของเรื่องที่เขียน และจุดประสงค์การเขียน
3. เนื้อเรื่อง แบ่งเป็นหัวข้อใหญ่ หัวข้อรอง และหัวข้อย่อยตามความเหมาะสม
4. บทสรุป สรุปสาระสำคัญและให้ข้อเสนอแนะในการนำไปประยุกต์ใช้ด้านการพยาบาล
5. เอกสารอ้างอิง

