



NU Journal of Nursing and Health Sciences

ISSN 3057-0840 (Online)

Vol.20 No.2
May–August 2026



NU Journal of Nursing and Health Sciences

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

99 หมู่ 9 ต.ท่าโพธิ์ อ.เมือง จ.พิษณุโลก 65000

โทรศัพท์ 0 5596 6710 โทรสาร 0 5596 6709

www.nurse.nu.ac.th

บทความวิจัย

- ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การเสริมสร้างพลังอำนาจกับความสุขในการทำงานของพยาบาลหัวหน้าร่ว โรงพยาบาลทั่วไป
แห่งหนึ่งเขตสุขภาพที่ 3
นางกช ปาตภิบาล จีรัตน์ หรือตระกูล ธรรมดา สันตยากร
- ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเสริมความพร้อมต่อความวิตกกังวล ความปวด และภาวะปัสสาวะเป็นเลือดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด
ต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ
เบญจรัตน์ นุชวงษ์ จันทนา ชัยรัตน์ อินทรา ปากันทะ พรเทพ รัชฎาภรณ์กุล รัชนิวรรณ แก้วทอง
- อิทธิพลของภาวะผู้นำเชิงประกอบการและสภาพแวดล้อมในการทำงานต่อคุณภาพการบริหารทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง
นิศานีนิมหมอม จรรยา สันตยากร
- ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันของผู้ดูแลในผ่อกะเหรี่ยง
วุฒิชัย วิสัยวัฒนา พจนารอด สารพัค ศิริยุพาสันน์เรืองศักดิ์
- ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเสริมความพร้อมต่อความวิตกกังวลและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจ
สุกัญ นิลรักษา สุภาพร มวยจิต
- ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์ ความเข้มแข็งทางจิตใจ กับความสามารถในการปรับตัวในการขึ้นฝึกปฏิบัติการบนหอผู้ป่วยของนิสิต
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สถาบันการศึกษาในเขตภาคเหนือตอนล่าง
ณัฐนิชา สังหาร วริชชา ชัยธรรม กัญญารัตน์ บุญสม อุชาวัฒน์ ปรีสุภะ สิริวรรณ ชุมมาต กุลวิเศษ พุฒินันท์ สิริพัชร มั่งงำ เอนจิรา ชุ่มชื่น
สุภาทิพย์มณฑลภา ภัทรมนัส พงศ์รังสรรค์
- การคิดแปลผล แปล และการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับกัมมวิบากสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ ฉบับภาษาไทย
ญาณิศา พึ่งน้อย นันทิยา วิลาญ
- การพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาหารกระหายน้ำสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน
ธัญชนก ปัทมรัตน์ศิริ ทาโต
- ผลของรูปแบบการจัดการเรียนการสอนด้านจริยธรรมต่อความไวทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล
พรพิมล ชัยสา สุภาณี ศลิตฤทธิ
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลแผลซ้ำที่บันทึกการหาของแผล ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย
กัญญาภา วสาโรจน์ วราภรณ์ ไชยโคตร
- ผลของโปรแกรมการให้พยาบาลวิชาชีพต่อสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชที่ได้รับยาคีโมบำบัด
จิราภรณ์ กลั่นชอยแก้ว ปานลา ชัยภักดิ์นันทน์ แก้วละวัน สิริลักษณ์นันท
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการกลั่นด้วยตนเองของผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชในการกลั่นด้วยตนเอง
ความจำเป็นของผู้กลั่นด้วยตนเอง
กิตติภาณี จันทร์กานนท์ สุพิศ ศิริขจรรัตน์ ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบบทความ

รองศาสตราจารย์ ดร.จรรยา	สันตยากร
รองศาสตราจารย์ ดร.เคชา	คำดี
รองศาสตราจารย์ ดร.ชุติมา	ชลาชนเคชะ
รองศาสตราจารย์สมพร	ชินโนรส
พลตรีหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรรณี	ปานเทวีญ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กรรณิการ์	ฉัตรคอกไม้ไพโร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทริยา	รัตนวิมล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทยูดา	อินทร์แก้ว
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุไรพร	โสภางาเรีย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฐิตาภา	ตั้งถ้าวณิช
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธิดารัตน์	คำบุญ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ระวีวรรณ	พิไลเกียรติ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนทรีภรณ์	มีพริ้ง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาพร	แนวบุตร
นายแพทย์สำโรจน์	สันตยากร
ดร.ปราณี	มีหาญพงษ์



ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.ศรินทร์ทิพย์ แทนธานี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์
บรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ ทิพย์วาริมย์
กองบรรณาธิการ

Professor Dr. Ratchneewan Ross

Professor Dr. Wilaiporn Rojjanasrirat

Professor Dr. Kenda Crozier

Associated Prof. Dr. Kimberly A. Williams

Associated Prof. Dr. Koren L. Ainat

Assistant Prof. Dr. Mantana Damrongsak

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ ดร.สุกสิทธ์ พรหมนารุโนทัย

ศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต

ศาสตราจารย์ ดร.อาภาพร เฝ้าวัฒนา

รองศาสตราจารย์ ดร.พูลสุข หิงกานนท์

รองศาสตราจารย์ ดร.เดชา ทำดี

รองศาสตราจารย์ ดร.อรุณรัตน์ ศรีจันทร์นิตย์

พลตรีหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรณี ปานเทวัญ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อินทิรา ปากันทะ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ระวีวรรณ พิไลเกียรติ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทฤษฎา อินทร์แก้ว

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริกนก กลั่นจกร

ดร.สุริภรณ์ สุวรรณโอสถ

ดร.อลงกรณ์ อักษรศรี

ผู้จัดการ

ดร.แสงเดือน อภิรัตน์วงศ์

นายทะเบียนสมาชิก

นางนฤมล แสงจักร์

ธุรการ

นางสาวสุพรรณิ เกิดกล้า

ฝ่ายประชาสัมพันธ์ทางเว็บไซต์

นายพัลลภ พานกุลลาบ

ฝ่ายการเงินและประสานงาน

นางสาวจิรนนท์ เพชรรักษ์

เจ้าของ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

EDITORIAL ADVISORS

Sarintip Tantanee, B.Eng. (Civil Engineering)

M.Eng., Ph.D. (Water Resources Engineering)

Uraiwan Chaichanawirote, RN., Ph.D

Worawan Tipwareerom, RN., Dr.P.H.

EDITORIAL BOARD

Ratchneewan Ross, RN., Ph.D, FAAN.

Wilaiporn Rojjanasrirat, RN., Ph.D, FAAN.

Kenda Crozier, Ph.D, MSc, BSc, RM, RN., SFHEA

Kimberly A. Williams, DNS, RN., ANP-BC, PMHNP-BC, PHNA-BC.

Koren L. Ainat, RN., Ph.D.

Mantana Damrongsak, RN., Ph.D.

Supasit Pannarunothai, MD., Ph.D.

Ratsiri Thato, RN., Ph.D.

Arpaporn Powwattana, RN., Ph.D.

Poonsuk Hingkanont, RN., Ph.D.

Decha Tamdee, RN., Ph.D

Arunrat Srichantarani, RN., Ph.D.

Pannee Pantaewan, RN., Dr.P.H.

Intira Pakanta, RN., Ed.D.

Raweewan Pilaikiat, RN., Ph.D

ThayutaInkaew, RN., Ph.D

Sirikanok Klankhajhon, RN, Ph.D

Sureeporn Suwanasod, RN, Ph.D

Alongkorn Aksornsri, RN., Ph.D.

Sangduan Apiratanawong, RN, Ph.D

Naruemol Sangjak, MEd

Supanee Kirdgla, MBA

Panlop Pankulab, M.S.

Cheeranan Phetrak, MBA

OWNER

Faculty of Nursing, Naresuan University

บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ที่ปรากฏในวารสารการพยาบาลและสุขภาพ เป็นวรรณกรรมของผู้เขียนบรรณาธิการหรือคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

The ideas and opinions expressed in the Journal of Nursing and Health science are those of the authors and not necessarily those of the editor or Faculty of Nursing Naresuan University



กองบรรณาธิการ

Professor Dr. Ratchneewan Ross

Professor Dr. Wilaiporn Rojjanasrirat

Professor Dr. Kenda Crozier

Associated Prof. Dr. Kimberly A. Williams

Associated Prof. Dr. Koren L. Ainat

Assistant Prof. Dr. Mantana Damrongsak

ศ. นายแพทย์ ดร.สุกสิษฐ์ พรรณนารุโณทัย

ศ. ดร.รัตนศิริ ทาโต

รศ. ดร.พูลสุข หิงคานนท์

รศ. ดร. เฉชา ทำดี

ศ. ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา

รศ. ดร.อรุณรัตน์ ศรีจันทร์นิคย์

รศ. ดร.วรวรรณ ทิพย์วาริรมย์

พลตรีหญิง ผศ. ดร.พรรณี ปานเทวัญ

ผศ. ดร.อินทิรา ปากันทะ

ผศ. ดร.ระวีวรรณ พิไลเกียรติ

ผศ. ดร.ศิริกนก กลั่นขจร

ดร.สุริภรณ์ สุวรรณโอสถ

ดร.อลงกรณ์ อักษรศรี

ที่อยู่

Faculty of Nursing, Kent State University, United States

University of Kansas, Lawrence, KS, United States

School of Health Sciences, University of East Anglia,

United Kingdom

Kansas State University, United Kingdom

School of Nursing of University of Massachusetts Lowell, MA ,

United States

University of Alabama at Birmingham, United Kingdom

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร



บรรณาธิการแถลง

วารสาร NU Journal of Nursing and Health Sciences อยู่ในระบบฐานข้อมูล TCI กลุ่ม 2 และได้ขอรับการประเมินเพื่อปรับกลุ่มวารสารในเดือนกุมภาพันธ์ 2569 ทั้งนี้วารสารได้ยกเลิกระบบสมาชิกปรับเปลี่ยนเป็นวารสารแบบออนไลน์เพียงอย่างเดียว เพื่อให้เกิดความสะดวกและง่ายต่อการเข้าถึงของผู้อ่าน

วารสารฉบับนี้มีบทความวิจัย 12 เรื่อง ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลในหลากหลายสาขา ทั้งการพยาบาลเด็ก การพยาบาลผู้ใหญ่ การพยาบาลผู้สูงอายุ บริหารการพยาบาลและงานวิจัยในชั้นเรียน

สำหรับกระบวนการส่งบทความวิจัยเพื่อตีพิมพ์นั้น ให้ท่านส่งบทความที่หน้าเว็บไซต์ของวารสารการพยาบาลและสุขภาพ โดยทำตามขั้นตอนที่ Author guideline และสมัคร User ในระบบ ThaiJo พร้อมแนบ file หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เมื่อส่งบทความแล้วกองบรรณาธิการจะพิจารณาบทความเพื่อดูความเรียบร้อยของรูปแบบการเขียนและการเขียนเอกสารอ้างอิงก่อน แล้วจึงให้ชำระค่าตีพิมพ์เพียงครั้งเดียว 3,500 บาท ก่อนส่งเข้าสู่กระบวนการ Peer review โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้นๆ พิจารณา ในลักษณะผู้ทรงคุณวุฒิไม่ทราบชื่อผู้แต่งและผู้แต่งไม่ทราบชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ (Double-Blind Peer Review) กระบวนการตีพิมพ์บทความแต่ละเรื่องจะใช้เวลาไม่เกิน 12 สัปดาห์ในกรณีที่มีการแก้ไขเพียงเล็กน้อย หรือไม่เกิน 16 สัปดาห์ในกรณีที่มีการแก้ไขมาก ทั้งนี้วารสารได้ยกเลิกกระบวนการรับบทความแบบเร่งด่วน (Fast tract) ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2566

ความสำเร็จของวารสารฯ เกิดขึ้นจากความไว้วางใจของทุกท่านที่ส่งบทความเข้ามาเผยแพร่ บทบาทสำคัญของผู้ทรงคุณวุฒิ และความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ที่ช่วยทำให้วารสาร NU Journal of Nursing and Health Sciences มีคุณภาพน่าเชื่อถือและได้รับการยอมรับกองบรรณาธิการขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง และมุ่งหวังว่าวารสารฯ จะยังคงเป็นแหล่งองค์ความรู้ที่มีคุณค่า ได้รับการยอมรับในระดับประเทศและก้าวสู่การพัฒนาในระดับนานาชาติในอนาคต

รองศาสตราจารย์ ดร.วราวรรณ์ ทิพย์วารีรัมย์

บรรณาธิการ



วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่บทความวิชาการ งานสร้างสรรค์ ผลงานวิจัยทางการแพทย์ การผดุงครรภ์ และสุขภาพของคณาจารย์ นิสิต และนักวิชาการทั่วไป
2. เพื่อเป็นสื่อในการแลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์ทางสุขภาพและการพยาบาล
3. เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่เกียรติคุณของสถาบัน

กำหนดออก

ปีละ 3 ฉบับ ทุก 4 เดือน

(มกราคม-เมษายน, พฤษภาคม-สิงหาคม, กันยายน-ธันวาคม)

สำนักงาน

คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

เลขที่ 99 หมู่ 9 ต.ท่าโพธิ์ อ.เมือง จ.พิษณุโลก 65000

โทร : 0-5596-6710 โทรสาร : 0-5596-6709

OFFICE

Faculty of Nursing

Naresuan University

99 Moo. 9 Tapho sub-district, Muang District, Phitsanulok 65000

Thailand

Tel : 0-5596-6710 Fax : 0-5596-6709

พิมพ์ที่

หจก.โรงพิมพ์ตระกูลไทย จ.พิษณุโลก

โทร. 0-5521-1238 โทรสาร 0-5530-1727



สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
● ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การเสริมสร้างพลังอำนาจกับความสุขในการทำงานของพยาบาลหัวหน้าเวรโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง เขตสุขภาพที่ 3 The Relationships between the Transformational Leadership, Empowerment and Happiness at Work of Charge Nurses, a General Hospital in Health Region 3	บังกช ปาลภิบาล จिरรัตน์ หรือตระกูล จรรจา สันตยากร Bongkot Palpibal Jirarat Ruetrakul Chanjar Suntayayorn 1
● ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวล ความปวดและภาวะปัสสาวะเป็นเลือดในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ Effects of Preparatory Information Program on Anxiety Pain and Hematuria in Patient undergoing Transurethral Resection of the Prostate	เบญจรัตน์ นุขวงษ์ รุ่งนภา ชัยรัตน์ อินทิรา ปากันทะ พรเทพ รัชฎาภรณ์กุล รชนีวรรณ แก้วทอง Benjarath Nutwong Rungnapa Chairat Intira Pakanta Phornthep Ruchdaphornkul Ratchaneewan Kaewthong 15
● อิทธิพลของภาวะผู้นำเชิงประกอบการและสภาพแวดล้อมในการทำงานต่อคุณภาพการบริหารทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง The Influence of Entrepreneurial Leadership and Work Environment on Quality of Nursing Administration of Professional Nurses in a University Hospital	นิตยา เนียมหอม จรรจา สันตยากร Nittaya Niemhom Chanjar Suntayakorn 30



สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
● ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันของผู้ดูแลชนเผ่ากะเหรี่ยง Factors Predicting Care Behaviors for Children with Acute Respiratory Infections among Karen Caregivers	วุฒิชัย วิสัยวัฒนา พจนารถ สารพัด สิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์ Wutthichai Wisaiwatthana Photjanart Sarapat Siriypa Sananreangsak 46
● ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจ The Effect of a Pre-procedural Information Program on Anxiety and Complications in Patients Undergoing Cardiac Catheterization	ศุภชัย นิลรักษา ศุภาพร เชชชิต Supachai Nillugsa Supaporn Choeichit 59
● ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์ ความเข้มแข็งทางจิตใจ กับความสามารถในการปรับตัวในการขึ้นฝึกปฏิบัติการบนหอผู้ป่วยของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตสถาบันการศึกษาในเขตภาคเหนือตอนล่าง The Relationship between Emotional Intelligence (EI), Resilience Quotient (RQ), and Adaptability during Clinical Practice among Bachelor of Nursing Students in the Lower Northern Region	ณัฐนิชา สิงหาร วรรษยา ชัยธรรม กัญญารัตน์ บุญสม จุฑารัตน์ ปุริสม สิริวรรณ ชุมมมาด กุลรัศมี พุดมณีพงศ์ สิริพัชร มั่งค้ำ เจนจิรา ชุ่มชื่น จุฑาทิพย์ มงคลคำ ภัทรมนัส พงศ์รังสรรค์ Nattanicha Singhan Waratchaya Chaitham Kanyarat Boonsom Chutharat Purisom Siriwan Chummad Kunlarat Phuttimaneephong Siriphat Mangkham Jenjira Chumchean Chuthathip Mongkholkham Phattharamanat Pongrangsarn 70



สารบัญ

บทความวิจัย			หน้า
● การดัดแปลงแปลและการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ฉบับภาษาไทย Adaptation, Translation and Psychometric Evaluation of the Thai Version of the Beliefs about Medicines Questionnaire for Chemotherapy among Breast Cancer Patients	ญาณิศา พึ่งน้อย นันทยา วัฒายุ	Yanisa Puengnoi Nantiya Watthayu	84
● การพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการกระหายน้ำสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน Development of a Thirst Symptom Management Program for Patients with Acute Heart Failure	รัชชนก ปัทม รัตน์ศิริ ทาโต	Tanchanok Pattoom Ratsiri Thato	99
● ผลของรูปแบบการจัดการเรียนการสอนด้านจริยธรรมต่อความไวทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล Effects of Ethical Instructional Management Model on the Ethical Sensitivity Score of Nursing Students	พรพิมล ชัยสา สุภาณี คลังฤทธิ์	Pornpimol Chaisa Supanee Klungrit	111



สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
● ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลแผลเรื้อรังที่บ้านต่อการหายของแผลความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย Effects of Home-Based Chronic Wound Care Promotion Program on Wound Healing, Knowledge and Self-care Behavior Among Patients with Chronic Wounds	กัญญดา วงศาโรจน์ วรารักษ์ ไชยโคตร Pinyada Wongsaroj Waraporn Chaikod 122
● ผลของโปรแกรมการโค้ชพยาบาลวิชาชีพต่อสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัด Effects of a Professional Nursing Coaching Program on Competency in Caring for Gynecological Cancer Patients Receiving Chemotherapy	จิราภรณ์ กลิ่นดอกแก้ว ปานตา อภิรักษ์นภานนท์ แก้วตะวัน สิริลักขณานันท์ Jiraporn Klindokkaew Panta Apiruknapanond Kaewtawan Sirilukkananan 136
● ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดด้วยตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด ความกลัวการคลอด และการเผชิญความเจ็บปวดในผู้คลอดครั้งแรก Effects of a Self-Efficacy Promoting for Active Birth on Childbirth a Self-Efficacy, Fear of Childbirth, and Pain Coping Among Primiparous Women	กัลยาณี จันทกานนท์ สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา Kunlayanee Juntakanon Supit Siriarunrat Punyarat Lapvongwatana 147

บทความวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การเสริมสร้างพลังอำนาจกับความสุขในการทำงาน
ของพยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง เขตสุขภาพที่ 3

**The Relationships between the Transformational Leadership, Empowerment and Happiness
at Work of Charge Nurses, a General Hospital in Health Region 3**

บงกช ปาลภิบาล (Bongkot Palpibal)*

จิรัตน์ หรือตระกูล (Jirarat Ruetrakul)**

จรรจา สันตยากร (Chanjar Suntayayorn)***

Received: March 14, 2025

Revised: April 8, 2025

Accepted: May 20, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การเสริมสร้างพลังอำนาจ และความสุขในการทำงานของพยาบาลหัวหน้าเวร ณ โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในเขตสุขภาพที่ 3 และ 2) ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การเสริมสร้างพลังอำนาจ กับความสุขในการทำงานของพยาบาลหัวหน้าเวร สังกัดฝ่ายการพยาบาล ที่มีประสบการณ์การทำงาน 6 เดือนขึ้นไป ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน จำนวน 142 คน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถามแบบ Rating scale 5 ระดับ เกี่ยวกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การเสริมสร้างพลังอำนาจและมีความสุขในการทำงานของพยาบาลหัวหน้าเวร ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา มีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.98, 0.96 และ 0.98 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปหา ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า 1) ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของพยาบาลหัวหน้าเวร อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.94$, S.D. = 0.45) 2) ระดับการเสริมสร้างพลังอำนาจของพยาบาลหัวหน้าเวร อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.84$, S.D. = 0.42) 3) ระดับความสุขในการทำงานของพยาบาลหัวหน้าเวร อยู่ในระดับมีความสุขมาก ($\bar{X} = 3.64$, S.D. = 0.66) 4) ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงกับความสุขในการทำงานของพยาบาลหัวหน้าเวร มีความสัมพันธ์ทางบวก

**Corresponding author: Jirarat Ruetrakul: E-mail; Jiratr@nu.ac.th

*นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารทางการพยาบาล) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Student, Master of Nursing Science Program in Nursing Administration, Faculty of Nursing, Naresuan University)

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Assistant Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University)

***รองศาสตราจารย์ (Associate Professor)

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = .262, p < 0.01$) 5) การเสริมสร้างพลังอำนาจกับความสุขในการทำงานของพยาบาลหัวหน้าเวรมีความสัมพันธ์ทาง บวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = .282, p < 0.01$)

คำสำคัญ: ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง, การเสริมสร้างพลังอำนาจ, ความสุขในการทำงาน, พยาบาลหัวหน้าเวร

Abstract

This descriptive research aimed to investigate relationships among the transformation leadership, empowerment and happiness at work of charge nurses, a general hospital in health region 3 had the objective : 1) Examine the levels of transformational leadership, empowerment, and happiness at work among charge nurses at a general hospital in Health Region 3. , and (2) Investigate the relationships between transformational leadership, empowerment, and happiness at work among charge nurses with at least six months of work experience. The sample comprised 142 charge nurses selected using multistage sampling. Data were collected using a five-point rating scale questionnaire assessing transformational leadership, empowerment, and happiness.at work. The instrument's content validity was verified by experts, with item-objective congruence (IOC) values ranging from 0.67 to 1.00. Reliability coefficients (Cronbach's alpha) were 0.98, 0.96, and 0.98, respectively. Descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient were used for data analysis.

The results revealed that: 1) The level of transformational leadership among charge nurses was high ($\bar{X} = 3.94$, S.D. = 0.45). 2) The level of empowerment among charge nurses was high ($\bar{X} = 3.84$, S.D. = 0.42). 3) The level of happiness at work among charge nurses was also high ($\bar{X} = 3.64$, S.D. = 0.66). 4) Transformational leadership was positively correlated with happiness at work a statistically significant level ($r = .262, p < .01$). 5) Empowerment was positively correlated with happiness at work a statistically significant level ($r = .282, p < .01$).

Keywords: Transformational leadership, Empowerment, Happiness at work, Charge nurses

ความเป็นมาของปัญหา

นโยบายสาธารณสุขของประเทศไทยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2568 ส่งผลกระทบต่อการทำงานของพยาบาล ในหลายด้าน เช่น นโยบายพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ที่มุ่งเน้นการกระจายบริการสุขภาพให้ทั่วถึง ส่งเสริมการทำงานแบบเครือข่ายระหว่างโรงพยาบาล ระดับต่างๆ ส่งผลให้พยาบาลต้องปรับตัวในการทำงาน ข้ามสถานพยาบาล และอาจมีภาระงานเพิ่มขึ้น ร่วมกับ นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค ตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้น ทำให้พยาบาลต้องรองรับผู้ป่วยจำนวนมากขึ้น นำไปสู่ความเครียดและความเหนื่อยล้าในการทำงาน นอกจากนี้ยังพบว่ามีการนำระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (EHR) และระบบเทคโนโลยีมาใช้เพิ่มขึ้น ส่งผลให้พยาบาลต้องเรียนรู้และปรับตัวกับระบบใหม่ เพิ่มภาระงาน ด้านเอกสารและการบันทึกข้อมูลต่างๆ จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปได้ว่านโยบายของกระทรวงสาธารณสุข นั้น มีบทบาทสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อการทำงานของพยาบาล ทั้งในด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ การจัดการ อัตรากำลัง และการพัฒนาสวัสดิการ ซึ่งพยาบาลต้องมีการปรับตัวและพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การเปลี่ยนแปลงของนโยบายสาธารณสุขได้ส่งผลกระทบต่อตรงต่อความสุขในการทำงานของพยาบาล ทั้งในด้านของสภาพแวดล้อมการทำงาน ภาระงาน สวัสดิการ และความพึงพอใจในอาชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านภาระงาน ที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ความเครียดและความเหนื่อยล้าเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ ประกอบกับการเพิ่มจำนวนของผู้ป่วยจากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การขาดแคลนบุคลากร ส่งผลให้พยาบาลต้องทำงานหนักขึ้น ชั่วโมงการทำงานต่อเนื่องที่ยาวนาน และอาจเผชิญภาวะหมดไฟ (Burnout) ได้ง่ายขึ้น (Castillo-González et al., 2024) จากปัจจัยต่างๆ ดังที่กล่าวมาส่งผลให้พยาบาล มีความพึงพอใจในอาชีพลดลง ถึงแม้ว่าจะมีนโยบาย การเพิ่มค่าตอบแทนและสวัสดิการจะช่วยสร้างแรงจูงใจ แต่ยังคงพบว่ามีบางพื้นที่ที่มีความเหลื่อมล้ำด้านค่าตอบแทน

และสวัสดิการ ส่งผลให้พยาบาลรู้สึกไม่พึงพอใจ และอาจส่งผลต่อความตั้งใจที่จะลาออกจากการงาน (Lu, Zhao, & While, 2019) และอาจส่งผลกระทบต่อสมดุลชีวิตและการทำงาน (Work-life balance) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงาน (Albendín-García, Sulaimán-Martos, & Cañadas-De la Fuente, 2021).

ความสุขในการทำงาน (Job Happiness) เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพและคุณภาพของการให้บริการพยาบาล โดยความสุขของพยาบาลนั้นพบว่าไม่มีผลกระทบต่อทั้งตัวบุคคล องค์กร และระบบบริการสุขภาพในภาพรวม และยังอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย พยาบาลที่มีความสุขในการทำงานมักให้บริการที่มีคุณภาพขึ้น เนื่องจากมีแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วย และสามารถสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ลดความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burnout) (Albendín-García et al., 2021). นอกจากนี้ยังพบว่า การมีความสุขในการทำงานสามารถช่วยลดระดับความเครียด และเพิ่มความพึงพอใจในการปฏิบัติหน้าที่เพิ่มความผูกพันกับองค์กรและลดอัตราการลาออกได้ในที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ หลูและคณะ (Lu et al., 2019) ที่ระบุว่า เมื่อพยาบาลรู้สึกมีความสุขในการทำงาน พวกเขาจะมีความผูกพันกับองค์กรมากขึ้น ลดแนวโน้มที่จะลาออก และช่วยลดปัญหาการขาดแคลนพยาบาลในระบบสุขภาพ ทั้งนี้ความสุขในการทำงานของพยาบาลมีความสำคัญต่อทั้งบุคคลและองค์กร โดยช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ลดความเครียดและภาวะหมดไฟ ส่งเสริมความผูกพันกับองค์กร และสนับสนุนการพัฒนาในสายอาชีพ ดังนั้น องค์กรควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมความสุขของพยาบาลเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อระบบบริการสุขภาพโดยรวม ภาวะผู้นำในองค์กร โดยเฉพาะภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Transformational leadership) มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความสุขในการทำงานของพยาบาล โดยสามารถช่วยเพิ่มความพึงพอใจและลดความเครียดในงานผ่านแนวทางต่าง ๆ อาทิเช่น ผู้นำที่ส่งเสริมความเป็นทีม และสนับสนุนการทำงานร่วมกันสามารถช่วยลด

ความกดดันในการทำงาน (Ismael, Sleem, & Abd el-Ghani, 2024)

ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Transformational leadership) เป็นรูปแบบของผู้นำที่มุ่งเน้นการสร้างแรงบันดาลใจและกระตุ้นให้บุคลากรพัฒนาศักยภาพหรือความสามารถของตนไปสู่เป้าหมายที่สูงขึ้น โดยลักษณะของผู้นำประเภทนี้สามารถส่งผลต่อความสุขในการทำงานของพยาบาล ได้ในหลายมิติ ทั้งในด้านการสร้างแรงบันดาลใจและการมีเป้าหมายร่วม (Inspirational motivation) และยังเป็นผู้นำที่สามารถถ่ายทอดวิสัยทัศน์ที่ชัดเจนเกี่ยวกับบทบาทและคุณค่าของพยาบาล จะช่วยให้พยาบาลรู้สึกภาคภูมิใจในงานของตน การให้กำลังใจและสนับสนุนให้พยาบาลมองเห็นความหมายของงานที่ทำ การให้ความใส่ใจและสนับสนุนรายบุคคล (Individualized consideration) โดยที่ผู้นำพร้อมที่จะรับฟังปัญหาและข้อกังวลของพยาบาล ทำให้พยาบาลรู้สึกว่าได้รับการยอมรับและดูแล การส่งเสริม Work-life balance และความก้าวหน้าในอาชีพช่วยลดความเครียด การกระตุ้นให้เกิดนวัตกรรมและความคิดสร้างสรรค์ (Intellectual stimulation) เปิดโอกาสให้พยาบาลแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการปรับปรุงระบบการทำงาน สนับสนุนการเรียนรู้และพัฒนาทักษะใหม่ ทำให้พยาบาลรู้สึกมีคุณค่าและมีโอกาสเติบโต การเป็นแบบอย่างที่ดี (Idealized influence) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้นำที่มีความซื่อสัตย์ ยุติธรรม และเป็นตัวอย่างที่ดี จะช่วยสร้างความไว้วางใจและความมั่นใจในองค์กร ทำให้เกิดความสุขในการทำงานเพิ่มขึ้น ผ่านการสร้างแรงบันดาลใจ การสนับสนุนรายบุคคล การกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์ และการเป็นแบบอย่างที่ดี หากผู้นำสามารถนำแนวทางนี้มาปรับใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้พยาบาลมีขวัญกำลังใจที่ดี และพร้อมเผชิญกับความท้าทายในการทำงานได้อย่างมีความสุข (Ismael et al., 2024). การให้โอกาสในการตัดสินใจและมีส่วนร่วม ช่วยให้พวกเขารู้สึกถึงความสำคัญของตนเองในองค์กรและการทำงาน ส่งผลให้พยาบาลมีความพึงพอใจในงานและมีความสุขในการทำงานมากขึ้น (Wiangkao, Chainachanawiro, & Ruetrakul, 2018).

การสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) การสร้างเสริมพลังอำนาจเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการเพิ่มความสุขในการทำงานของพยาบาล โดยการให้โอกาสในการตัดสินใจและมีส่วนร่วม การสนับสนุนการเรียนรู้และพัฒนา การส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดี รวมถึงการทำงานที่มีความหมาย จะช่วยเพิ่มความพึงพอใจและมีความสุขในการทำงาน โดยทั้งหมดนี้ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงาน และคุณภาพการบริการผู้ป่วย เป็นกระบวนการที่ช่วยให้พยาบาลหัวหน้าเวร มีความรู้สึกว่ามีอำนาจในการตัดสินใจและความมุ่งมั่นที่ทำ ซึ่งสามารถส่งผลต่อความสุขในการทำงานของพยาบาล ได้ในหลายมิติ การที่พยาบาลรู้สึกว่าการงานของตนเองมีความสำคัญและสามารถทำให้เกิดผลกระทบในทางบวกต่อผู้ป่วยและองค์กร จะช่วยเพิ่มความพึงพอใจและมีความสุขในการทำงาน นอกจากนี้ การได้รับการยอมรับและชื่นชมจากผู้บริหารและเพื่อนร่วมงาน ก็เป็นการสร้างเสริมพลังอำนาจที่มีผลดีต่อความสุขในการทำงาน (Kim & Kwon, 2020)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบ ว่าตัวแปรต้น 2 ตัว ส่งผลในการเพิ่มความพึงพอใจและทำให้เกิดความสุขในการทำงาน และมีความสำคัญในการทำให้งานที่มีคุณภาพเกิดประสิทธิภาพเพราะมีความสุขในการทำงาน ส่งผลให้องค์กรสู่เป้าหมายที่วางไว้ แต่ยังไม่มีการศึกษาในเรื่องดังกล่าวในหัวหน้าเวรทำให้ผู้วิจัยเห็นความสำคัญในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การเสริมสร้างพลังอำนาจ กับความสุขในการทำงานของพยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งเขตสุขภาพที่ 3 อันจะเป็นประโยชน์ต่อผู้บริหารองค์กรในการดำเนินการวางแผนการบริหารอย่างมีคุณภาพเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาระดับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของพยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง เขตสุขภาพที่ 3
2. ศึกษาระดับการเสริมสร้างพลังอำนาจของพยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง เขตสุขภาพที่ 3

3. ศึกษาระดับความสุขในการทำงานของพยาบาล หัวหน้าเวร โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง เขตสุขภาพที่ 3

4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง กับความสุขในการทำงานของพยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาลทั่วไป แห่งหนึ่ง เขตสุขภาพที่ 3

5. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมสร้างพลังอำนาจ กับความสุขในการทำงานของพยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาล ทั่วไปแห่งหนึ่ง เขตสุขภาพที่ 3

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของพยาบาลหัวหน้าเวร มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสุขในการทำงานของพยาบาล หัวหน้าเวร

2. การเสริมสร้างพลังอำนาจของพยาบาลหัวหน้าเวร มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสุขในการทำงานของ พยาบาลหัวหน้าเวร

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การเสริมสร้างพลังอำนาจกับ ความสุขในการทำงานของพยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาล ทั่วไปแห่งหนึ่ง เขตสุขภาพที่ 3 ผู้วิจัยได้นำแนวคิด ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของบาสและ ริกจีโอ (Bass & Riggio, 2006) การเสริมสร้างพลังอำนาจของคานเทอร์ (Kanter, 1993) กับความสุขในการทำงานของพยาบาล หัวหน้าเวร 11 ข้อ ของสำนักงานกองทุนสนับสนุน การส่งเสริมสุขภาพ สสส. (Thai Health Promotion Foundation, 2022) โดยตัวแปรต้น คือ ภาวะผู้นำ การเปลี่ยนแปลงและการเสริมสร้างพลังอำนาจส่วนตัวแปรตาม คือความสุขในการทำงาน สรุปเป็นกรอบแนวคิด ในการวิจัย ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การเสริมสร้างพลังอำนาจกับความสุขในการทำงานของพยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง เขตสุขภาพที่ 3 กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลหัวหน้าเวรที่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไปที่มีประสบการณ์ในตำแหน่งพยาบาลหัวหน้าเวรตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง เขตสุขภาพที่ 3 ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง สิงหาคม พ.ศ.2567 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ดังนี้ 1) สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ในฝ่ายการพยาบาลทั้งหมด จำนวน 10 หน่วยงาน 2) ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากชื่อแบบไม่ใส่คืนของพยาบาลหัวหน้าเวรในแต่ละหน่วยงานให้ได้จำนวนตามที่ต้องการซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ได้ในแต่ละหน่วยงาน การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีของทาโร่ ยามานะ (Yamane, 1973) ที่ระดับความคลาดเคลื่อน .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณ จำนวน 129 คน และเพื่อทดแทนข้อมูลที่อาจไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ รวมทั้งให้การวิเคราะห์ผลมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ทำให้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เป็นจำนวน 142 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ระดับตำแหน่งและรายได้ต่อเดือน จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อคำถามเกี่ยวกับระดับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของพยาบาลหัวหน้าเวร ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของบาสและ ริจิจิโอ (Bass & Riggio, 2006)

ประกอบด้วย 4 ด้านดังนี้ 1.ด้านการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ 2.ด้านการสร้างแรงบันดาลใจ 3.ด้านการกระตุ้นทางปัญญา 4.ด้านการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล ข้อคำถาม 25 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ (5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 = เห็นด้วย 3 = ไม่แน่ใจ 2 = ไม่เห็นด้วย 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) แปลผลคะแนนโดยแบ่งคะแนนเฉลี่ยเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 4.50-5.00 หมายถึง ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงอยู่ในระดับสูงมาก 3.50-4.49 หมายถึง ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงอยู่ในระดับสูง 2.50-3.49 หมายถึง ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงอยู่ในระดับปานกลาง 1.50-2.49 หมายถึง ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงอยู่ในระดับต่ำ 1.00-1.49 หมายถึง ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงอยู่ในระดับต่ำสุด (Karnasut, 1999) ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of concurrence) เท่ากับ 0.94 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนนาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.98

ส่วนที่ 3 ข้อคำถามเกี่ยวกับระดับการเสริมสร้างพลังอำนาจของพยาบาลหัวหน้าเวร ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของคานเทอร์ (Kanter, 1993) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1.การได้รับอำนาจ 2.การได้รับข้อมูลข่าวสาร 3.การได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือ 4.การได้รับทรัพยากร ข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ (5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 = เห็นด้วย 3 = ไม่แน่ใจ 2 = ไม่เห็นด้วย 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) แปลผลคะแนนโดยแบ่งคะแนนเฉลี่ยเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 4.50-5.00 หมายถึง ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงอยู่ในระดับสูงมาก 3.50-4.49 หมายถึง ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงอยู่ในระดับสูง 2.50-3.49 หมายถึง ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงอยู่ในระดับปานกลาง 1.50-2.49 หมายถึง ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงอยู่ในระดับต่ำ 1.00-1.49 หมายถึง ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงอยู่ในระดับต่ำสุด (Karnasut, 1999) มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of concurrence) เท่ากับ 0.94 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนนาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.9

ส่วนที่ 4 ข้อคำถามเกี่ยวกับการวัดระดับความสุขในการทำงานของพยาบาลหัวหน้าเวร ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินความสุขตามแนวคิดของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (Office of the Health Promotion Fund, 2022) ประกอบด้วย 11 ด้าน ดังนี้ 1.ด้านร่างกายดี 6 ข้อ 2. ด้านผ่อนคลายดี 5 ข้อ 3. ด้านจิตใจดี 5 ข้อ 4. ด้านจิตวิญญาณดี 5 ข้อ 5. ด้านครอบครัวดี 3 ข้อ 6. ด้านสังคมดี 6 ข้อ 7. ด้านใฝ่รู้ดี 3 ข้อ 8. ด้านสุขภาพเงินดี 4 ข้อ 9. ด้านชีวิตการทำงานดี 17 ข้อ 10. ด้านความผูกพัน 9 ข้อและ 11. ด้านความสมดุลในชีวิตการทำงาน 5 ข้อ รวม 68 ข้อและข้อที่ 69 เป็นคำถามเกี่ยวกับความสุขในปัจจุบัน แบบสอบถามมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราการประเมินค่า 1-5 ระดับ สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 4.50-5.00 หมายถึง ความสุขของพยาบาลหัวหน้าเวร อยู่ในระดับมากที่สุด 3.50-4.49 หมายถึง ความสุขของพยาบาลหัวหน้าเวร อยู่ในระดับมาก 2.50-3.49 หมายถึง ความสุขของพยาบาลหัวหน้าเวร อยู่ในระดับปานกลาง 1.50-2.49 หมายถึง ความสุขของพยาบาลหัวหน้าเวร อยู่ในระดับต่ำ 1.00-1.49 หมายถึง ความสุขของพยาบาลหัวหน้าเวรอยู่ในระดับต่ำที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การเสริมสร้างพลังอำนาจและความสุขในการทำงานของพยาบาลหัวหน้าเวรให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านดังนี้ อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการพยาบาล 2 ท่าน หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาที่มีความสอดคล้องค่า IOC (Index of concurrence) ค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การเสริมสร้างพลังอำนาจ และความสุขในการทำงานของพยาบาลหัวหน้าเวรทดลองใช้กับพยาบาลหัวหน้าเวรซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามดังกล่าวได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.98, 0.96 และ 0.98 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้วิจัยนำเอกสารรับรองและหนังสือขอเก็บข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวรถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ที่เข้าร่วมวิจัยเพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูล พร้อมแจ้งรายละเอียดในการทำวิจัย วัตถุประสงค์ ขอบเขตการศึกษาเครื่องมือในการเก็บรวบรวม ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลหัวหน้าเวรสำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปสังกัดฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งเขตสุขภาพที่ 3 จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงกับกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย การลงนามยินยอม การตอบแบบสอบถาม ได้แบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ทั้งหมด 142 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100.0

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ทำการทดสอบการกระจายตัวตามข้อกำหนดพบว่า ข้อมูลกระจายตัวเป็นโค้งปกติ จากนั้นทำการวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลหัวหน้าเวร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ระดับตำแหน่ง รายได้ และระยะเวลาการปฏิบัติงาน โดยใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
2. วิเคราะห์ระดับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของพยาบาลหัวหน้าเวร ด้วยการหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) จำแนกโดยรวมและรายด้าน
3. วิเคราะห์ระดับการเสริมสร้างพลังอำนาจของพยาบาลหัวหน้าเวร ด้วยการหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) จำแนกโดยรวมและรายด้าน

4. วิเคราะห์ระดับความสุขในการทำงานของพยาบาล หัวหน้าเวร โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง เขตสุขภาพที่ 3 ด้วยการหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) จำแนกโดยรวมและรายด้าน

5. วิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำ การเปลี่ยนแปลง การเสริมสร้างพลังอำนาจ กับความสุขในการทำงานของพยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง เขตสุขภาพที่ 3 โดยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson's product moment correlation)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ COA NO. 129/2024 IRB No. P2-0257/2566 วันที่รับรอง 22 มีนาคม 2567 หลังจากนั้น ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน โดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรตามความสมัครใจที่ และสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลที่ได้ถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการ

เปิดเผยชื่อของกลุ่มตัวอย่างซึ่งจะใช้รหัสแทน แต่จะรายงานผลการวิจัยในภาพรวม แบบสอบถามถูกจัดเก็บไว้ที่ผู้เก็บเอกสาร โดยการปิดล็อกและเก็บกุญแจไว้กับผู้วิจัยเพียงผู้เดียวและทำลายเอกสารข้อมูลทั้งหมดด้วยวิธี Delete ออกจากระบบคอมพิวเตอร์ หลังจากการวิจัยสิ้นสุด 5 ปี

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.50 ระดับการศึกษาขั้นสูงสุดปริญญาตรี ร้อยละ 98.60 พยาบาลหัวหน้าเวรมีอายุเฉลี่ย 36.35 ปี ($\bar{X} = 36.65$, S.D. = 10.15) อายุต่ำสุด 23 ปีและอายุสูงสุด 59 ปี สถานภาพโสด ร้อยละ 46.50 รายได้ต่อเดือน จะอยู่ในช่วง 30,001-40,000 บาท ระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉลี่ย 12.67 ปี ($\bar{X} = 12.67$, S.D. = 9.33) โดยมีประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลต่ำสุด 1 ปีและสูงสุด 37 ปี

2. ภาพรวมของระดับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของพยาบาลหัวหน้าเวร ระดับการเสริมสร้างพลังอำนาจของพยาบาลหัวหน้าเวร และระดับความสุขในการทำงานของพยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง เขตสุขภาพที่ 3 พบว่า อยู่ในระดับสูง แสดงผลดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของพยาบาลหัวหน้าเวร การเสริมสร้างพลังอำนาจของพยาบาลหัวหน้าเวร และความสุขในการทำงานของพยาบาลหัวหน้าเวร โดยรวม (n = 142)

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล (ระดับ)
ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของพยาบาลหัวหน้าเวร	3.94	0.45	สูง
การเสริมสร้างพลังอำนาจของพยาบาลหัวหน้าเวร	3.83	0.42	สูง
ความสุขในการทำงานของพยาบาลหัวหน้าเวร	3.64	0.66	สูง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง กับความสุขในการทำงานของพยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง เขตสุขภาพที่ 3 พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงกับความสุขในการทำงานของ พยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งเขตสุขภาพ ที่ 3 มีความสัมพันธ์กันในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .01 โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($r = .262^{**}$) เมื่อพิจารณาเป็น รายด้านค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 3 อันดับแรก ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างความสุขในการทำงานกับด้านการ

มีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับ ปานกลาง ($r = .319^{**}$) รองลงมาคือ ความสัมพันธ์ระหว่าง ความสุขในการทำงานกับด้านการสร้างแรงบันดาลใจ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ โดยมีความ สัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ($r = .286^{**}$) และความสัมพันธ์ ระหว่างความสุขในการทำงานกับด้านการกระตุ้นทาง ปัญญาและด้านการได้รับทรัพยากรอยู่ในระดับต่ำ ($r = .235^{**}$) ตามลำดับ แสดงผลดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง กับความสุขในการทำงานของพยาบาล หัวหน้าเวร โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง เขตสุขภาพที่ 3 ($n = 142$)

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	การแปลผล
ด้านการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์	.319**	< .001	ปานกลาง
ด้านการสร้างแรงบันดาลใจ	.286**	.001	ต่ำ
ด้านการกระตุ้นทางปัญญา	.235**	.005	ต่ำ
ด้านการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล	.231**	.006	ต่ำ
ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์โดยรวม	.262**	.164	ต่ำ

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมสร้างพลังอำนาจ กับความสุขในการทำงานของพยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง เขตสุขภาพที่ 3 พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจกับความสุขในการทำงานของ พยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งเขต สุขภาพที่ 3 มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ที่ระดับ .01 โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($r = .286$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมสร้างพลังอำนาจ ด้านการได้รับอำนาจกับความสุขในการทำงานของพยาบาล

หัวหน้าเวร มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงสุดโดยมี ความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ($r = .281$) รองลงมา คือ ความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านการ ได้รับข้อมูลข่าวสารกับความสุขในการทำงานโดยมีค่า สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ต่ำ ($r = .280$) และความสัมพันธ์ ระหว่างการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านการได้รับการ สนับสนุนกับความสุขในการทำงานของพยาบาล หัวหน้าเวรโดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ต่ำ ($r = .272$) ตามลำดับแสดงผลดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการเสริมสร้างพลังอำนาจกับความสุขในการทำงานของพยาบาล หัวหน้าเวร โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง เขตสุขภาพที่ 3

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	การแปลผล
ด้านการได้รับอำนาจ	.281**	.001	ต่ำ
ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร	.280**	.001	ต่ำ
ด้านการได้รับการสนับสนุน	.272**	.001	ต่ำ
ด้านการได้รับทรัพยากร	.253**	.002	ต่ำ
ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์โดยรวม	.286**	.001	ต่ำ

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ระดับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของพยาบาล หัวหน้าเวร ระดับการเสริมสร้างพลังอำนาจของพยาบาล หัวหน้าเวร และระดับของความสุขในการทำงานของพยาบาล หัวหน้าเวร โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง เขตสุขภาพที่ 3 ผลการวิจัย พบว่า ระดับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของพยาบาล หัวหน้าเวร โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง เขตสุขภาพที่ 3 โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =3.94, S.D. = 0.45) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าพยาบาล หัวหน้าเวร มีคุณลักษณะและพฤติกรรมของผู้นำที่สามารถขับเคลื่อน และกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในองค์กรไปในทิศทางที่สอดคล้องกับเป้าหมายและการเปลี่ยนแปลงของสังคมในปัจจุบันผลลัพธ์ดังกล่าว สอดคล้องกับแนวคิดของบาสและริกกีโอ (Bass & Riggio ,2006) ที่อธิบายลักษณะของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงว่าประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ อิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ (Idealized Influence) การสร้างแรงบันดาลใจ (Inspirational Motivation) การกระตุ้นทางปัญญา (Intellectual Stimulation) การคำนึงถึงปัจเจกบุคคล (Individualized Consideration) จากการที่พยาบาล หัวหน้าเวรสามารถแสดงลักษณะเหล่านี้ได้อย่างชัดเจน แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการ สร้างแรงบันดาลใจ การสื่อสารวิสัยทัศน์ และการสนับสนุนผู้ใต้บังคับบัญชาให้เติบโตทั้งด้านวิชาชีพและจิตใจ อีกทั้งยังสามารถกระตุ้นให้เกิดการตระหนักรู้และความคิดสร้างสรรค์ในการทำงานร่วมกันเพื่อพัฒนาองค์กร

อย่างยั่งยืน นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับงานวิจัยของปิยมาภรณ์ โตชะนก และ อำนวย ทองโปร่ง (Tochanok & Thongprong, 2024) ที่พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความสุขในการทำงานของผู้ใต้บังคับบัญชา ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเมื่อผู้นำมีความสามารถในการบริหารจัดการการเปลี่ยนแปลงอย่างมีประสิทธิภาพย่อมส่งผลให้เกิดบรรยากาศที่เอื้อต่อการทำงานและความพึงพอใจในหน้าที่การงานของทีมงาน ดังนั้น องค์กรควรสนับสนุนการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะในตำแหน่งหัวหน้าเวรหรือผู้นำหน่วยงานย่อย เพื่อให้สามารถเป็นพลังขับเคลื่อนให้เกิดการปรับปรุง พัฒนา และสร้างนวัตกรรมในการให้บริการสุขภาพที่ตอบโจทย์สภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในยุคปัจจุบัน

2. ระดับการเสริมสร้างพลังอำนาจของพยาบาล หัวหน้าเวร โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง เขตสุขภาพที่ 3 โดยรวมของการเสริมสร้างพลังอำนาจของพยาบาล หัวหน้าเวรอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 3.84, S.D. = 0.42) 3) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าพยาบาล หัวหน้าเวร มีความเป็นอิสระในการตัดสินใจ ทำให้เกิดความเชื่อมั่น และมั่นใจในตนเอง เพื่อเพิ่มศักยภาพในการทำงาน และพยาบาล หัวหน้าเวรมีความสามารถในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของตนเองได้อย่างเต็มที่ มีการให้การสนับสนุน และสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ได้แก่ เงินทุน บุคลากร เวลาและวัสดุอุปกรณ์ ที่สนับสนุนให้งานสามารถ บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย ซึ่งผลการศึกษาที่พบมีความสอดคล้องกับ

อารียัวรรณ อ่วมตานี (Uamtani, 2004) ที่ระบุว่า การเพิ่มศักยภาพของบุคคลโดยผู้บังคับบัญชาฝ่ายโอนอำนาจให้อิสระในการตัดสินใจและจัดหาทรัพยากรในการปฏิบัติงานให้ผู้ร่วมทั้งการจัดตั้งแวดล้อมที่เอื้อในการปฏิบัติงาน ร่วมกับการพัฒนาศักยภาพของบุคคลให้มีความสามารถพร้อมรับมือหรือแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้จนเกิดเป็นความสำเร็จขององค์กรซึ่ง สอดคล้องกับแนวคิดของนิรมล โตสติ, อารีรัตน์ ขำอยู่ และเขมราดี มาสิงบุญ (Tosati, Khamyu, & Masingboon, 2020) ที่ผลการศึกษาผลการศึกษพบว่าระดับการเสริมสร้างพลังอำนาจของพยาบาลหัวหน้าเวรที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดและอยู่ระดับมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพยาบาลหัวหน้าเวร ได้รับการสนับสนุนให้ใช้ความรู้ความสามารถอย่างเต็มศักยภาพในการปฏิบัติงานพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง มีการร่วมมือ มีการช่วยเหลือเอื้อเฟื้อจากเพื่อนร่วมงานในการปฏิบัติงานเมื่อเกิดปัญหาหรืออุปสรรคต่างก็จะสามารถแก้ไขให้ลุล่วงไปด้วยดี อย่างไรก็ตามพยาบาลหัวหน้าเวรมีความคิดเห็นได้อย่างอิสระ เพื่อปรับปรุงหรือสร้างสรรค์งานใหม่ๆ ในองค์กรเพื่อให้งานเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่สูงขึ้น สอดคล้องกับ (Kanter, 1993) ที่ระบุว่า การที่ผู้บริหารสนับสนุนและส่งเสริมผู้ปฏิบัติงานด้วยวิธีการให้การยอมรับและเห็นชอบตามกฎหมายส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงาน และเป็นการสร้างเครือข่ายในการทำงาน รวมไปถึงการทำให้บุคลากรมีพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพ การส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติแสดงความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีการให้อิสระในการตัดสินใจแก้ปัญหา มีการพัฒนางานที่ทำ หรือปรับปรุงแนวทางในการปฏิบัติให้ดียิ่งขึ้น การให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการยืดหยุ่นในการปฏิบัติงาน การยอมรับในความผิดพลาด การแสดงผลงานที่ทำสำเร็จ เมื่อบุคคลมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานแล้ว ย่อมมีขวัญกำลังใจที่จะปฏิบัติหน้าที่อย่างเต็มกำลังความสามารถมีความกระตือรือร้น ขยันหมั่นเพียรจนเกิดเป็นการยึดมั่นและเกิดความผูกพันต่อองค์กรในที่สุด

3.ระดับความสุขในการทำงานของพยาบาลหัวหน้าเวรโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง เขตสุขภาพที่ 3 ผลการศึกษาโดยรวมด้านความสุขในการทำงาน พบว่า อยู่ในระดับ

มีความสุขมาก ($\bar{X} = 3.64$, S.D. = 0.66) และเมื่อพิจารณาเป็นรายมิติพบว่าทุกมิติอยู่ในระดับมีความสุข ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลหัวหน้าเวรมีความรู้สึกทางบวกที่เกิดขึ้นในระหว่างการทำงาน อันเนื่องมาจากความสุขจากงานและหรือสภาพแวดล้อมในขณะที่ทำงาน ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา กับเพื่อนร่วมวิชาชีพ การมีค่าตอบแทน สวัสดิการที่เหมาะสม ส่งผลให้ผลผลิตของงานออกมามีประสิทธิภาพ บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ร่วมกันขององค์กร สอดคล้องกับ.พิมลพรรณ เมืองจา, ชาร์ตศุมน พุดทิญญ์และสุคนธา สิริ (Mueangja, Prutipinyo, & Siri, 2023) พบว่าความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับมาก และความสุขในการทำงานจำแนกตามแผนงานไม่แตกต่างกัน โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขในการทำงานได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อมได้แก่โอกาสในการควบคุมตนเอง โอกาสในการใช้ทักษะการทำงาน การตั้งเป้าหมายการทำงาน ลักษณะงานที่หลากหลายความก้าวหน้าในงาน ค่าตอบแทนที่เหมาะสม ความปลอดภัยทางกายภาพ ตำแหน่งทางสังคมที่มีคุณค่าการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา ความเสมอภาคและสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน มีแนวทางในการสร้างความสุขในการทำงาน ได้แก่ 1. มีการสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ส่งเสริมความสุขในการทำงาน 2. ผู้บริหารมีการส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานได้มีโอกาสในการพัฒนาตนเองอยู่เสมอ 3. บุคลากรให้ความสนใจ เอาใจใส่ในงานและเรียนรู้ตลอดเวลา 4. เพื่อนร่วมงานมีการสร้างสัมพันธ์ที่ดีในองค์กร

4. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงกับความสุขในการทำงานของพยาบาลหัวหน้าเวร ผลการวิจัยพบว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .262$) อธิบายได้ว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ในที่นี้รวมถึงการสร้างแรงบันดาลใจ การให้การสนับสนุนการสนับสนุนรายบุคคล การกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์ และการเป็นแบบอย่างที่ดี มีผลกระทบในทางบวกต่อ ความสุขในการทำงานของพยาบาลหัวหน้าเวร ในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง เขตสุขภาพที่ 3 ทั้งนี้ความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญนี้บ่งชี้ถึงผลกระทบที่ผู้นำมีต่อพยาบาลหัวหน้าเวรในด้านต่างๆ กล่าวคือ การสร้างแรงบันดาลใจและความหมายในงาน

ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงทำให้ผู้นำสามารถถ่ายทอดวิสัยทัศน์ที่ชัดเจนเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลหัวหน้าเวรและการดูแลผู้ป่วย ทำให้พยาบาลหัวหน้าเวรได้รับรู้ถึงการมีความหมายและความสำคัญของงานที่ทำ ส่งผลให้พวกเขามีความสุขและความพึงพอใจในการทำงานมากขึ้น สอดคล้องกับโบอามาห์และคณะ (Boamah, Spence Laschinger, Wong, & Clarke, 2018) ในขณะที่การสนับสนุนและการพัฒนาศักยภาพนั้นคือการที่ผู้นำให้การสนับสนุนพยาบาลหัวหน้าเวรในการพัฒนาทักษะใหม่ ๆ และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการทำงาน ทำให้พยาบาลหัวหน้าเวรรู้สึกถึงการได้รับการยอมรับและมีโอกาสเติบโตในสายอาชีพ ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ช่วยเพิ่มความสุขและลดความเครียดจากการทำงานที่มีความท้าทาย (Pineau Stam, Laschinger, Regan, & Wong, 2015) การสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่ผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่ส่งเสริมการสร้างบรรยากาศการทำงานที่ดีและลดความขัดแย้งระหว่างทีมงาน จะทำให้พยาบาลหัวหน้าเวรสามารถทำงานร่วมกับทีมได้อย่างมีประสิทธิภาพและรู้สึกสนุกสนานและพึงพอใจในงาน (Wong, Cummings, & Ducharme, 2013) และการที่ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้การที่มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวก ($r = .262$) ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีผลบวกต่อความสุขในการทำงานของพยาบาลหัวหน้าเวร แต่ความสัมพันธ์ที่ได้ไม่สูงมากซึ่งอาจเป็นเพราะยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของพยาบาลหัวหน้าเวร เช่น ปัจจัยด้านสวัสดิการหรือสิ่งแวดล้อมการทำงานในโรงพยาบาล

5. ความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมสร้างพลังอำนาจกับความสุขในการทำงานของพยาบาลหัวหน้าเวร ผลการศึกษาพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .286$) อธิบายได้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) มีผลบวกต่อความสุขในการทำงานของพยาบาลหัวหน้าเวร หรืออาจกล่าวได้อีกนัยหนึ่ง คือ การให้โอกาสพยาบาลหัวหน้าเวรในการตัดสินใจ มีส่วนร่วมในกระบวนการทำงาน และได้รับการสนับสนุนในการพัฒนาอาชีพ

ช่วยเพิ่มความพึงพอใจในการทำงานและทำให้พยาบาลมีความสุขมากขึ้นในการทำงาน อีกทั้งการเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้พยาบาลหัวหน้าเวรมีความสามารถในการตัดสินใจ และมีอิสระในการควบคุมการทำงาน โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากเกินไป ส่งผลให้พวกเขามีความรู้สึว่าเป็นส่วนสำคัญในกระบวนการทำงานและการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดวันจินเหมย, สมใจ ธีระกมล และชิตินัฐ อัคราเดชานันท์ (Jinmei, Sirakamon, & Akkadechanan, 2020) จากการศึกษาพบว่าพบวาระดับพฤติกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยในภาพรวมและรายด้านตามการรับรู้ของพยาบาลอยู่ในระดับสูงและความพึงพอใจในงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญระดับสูงกับความผูกพันในงาน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ สามารถเพิ่มความสุขในการทำงานของพยาบาลหัวหน้าเวร

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 พัฒนาโครงสร้างการทำงานที่ส่งเสริมการเสริมสร้างพลังอำนาจ จัดให้พยาบาลหัวหน้าเวรมีบทบาทในการตัดสินใจมากขึ้น เช่น การวางแผนการดูแลผู้ป่วย การบริหารจัดการบุคลากร และการปรับปรุงแนวทางการทำงาน กระจายอำนาจให้พยาบาลหัวหน้าเวรสามารถกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาและปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานที่เหมาะสมกับสถานการณ์ ส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กรที่เปิดกว้าง ให้พยาบาลสามารถแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในนโยบายโรงพยาบาล

1.2 สนับสนุนการพัฒนาทักษะและความสามารถของพยาบาลหัวหน้าเวร จัดให้มีโครงการอบรมและพัฒนาภาวะผู้นำ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการบริหารงานและการจัดการทีม สนับสนุนให้พยาบาลหัวหน้าเวรเข้าร่วมหลักสูตรพัฒนาวิชาชีพ หรืออบรมด้านการจัดการพยาบาลสร้างระบบ ที่ปรึกษา (Mentorship) โดยให้พยาบาลที่มีประสบการณ์ช่วยแนะนำพยาบาลหัวหน้าเวรรุ่นใหม่

1.3. สร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่เอื้อต่อความสุขของพยาบาล ลดภาระงานที่มากเกินไป โดยปรับสมดุลระหว่างงานบริหารและงานดูแลผู้ป่วย สนับสนุนสวัสดิการและสิทธิประโยชน์ที่ดี เช่น การลาพักผ่อน การดูแลสุขภาพจิต และระบบแรงจูงใจที่เหมาะสม

1.4. นำผลวิจัยไปใช้ในการกำหนดนโยบายระดับองค์กร นำข้อมูลเรื่องความสัมพันธ์ระหว่าง การเสริมสร้างพลังอำนาจกับความสุขในการทำงาน ไปใช้เป็นแนวทางในการออกแบบนโยบายด้านบุคลากร พัฒนาระบบการประเมินผลการทำงานของพยาบาล ที่ให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ เช่น การให้รางวัลแก่พยาบาลที่สามารถนำทีมได้ดี

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรเป็นงานวิจัยที่เป็นเชิงทำนายความสุขในการทำงานของพยาบาลหัวหน้าเวร

2.2 ควรทำวิจัยในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพทุกระดับ เพื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่

2.3 ขยายกลุ่มตัวอย่างไปยังโรงพยาบาลที่มีขนาดและรูปแบบแตกต่างกันเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ที่เกี่ยวข้องที่ได้ให้คำแนะนำและชี้แนะแนวทางในการดำเนินการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี และขอขอบพระคุณผู้บริหาร โรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าเวรทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- Albendín-García, L., Sulaimán-Martos, N., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2021). Prevalence, related factors, and levels of burnout among midwives: A systematic review. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 66(1), 24-44. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/jmwh.13186>
- Bass, B. M., & Riggio, R. E. (2006). *Transformational leadership* (2nd ed.). New York: Psychology Press. Retrieved from <https://doi.org/10.4324/9781410617095>
- Boamah, S. A., Spence Laschinger, H. K., Wong, C., & Clarke, S. (2018). The influence of transformational leadership on job satisfaction and patient safety outcomes: A pilot study of nursing leadership. *Nursing Outlook*, 66(2), 180-189. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2017.10.004>
- Castillo-González, A., Velando-Soriano, A., De La Fuente-Solana, E. I., Martos-Cabrera, B. M., Membrive-Jiménez, M. J., Ramírez-Baena, L., ... Cañadas-De La Fuente, G. A. (2024). Relation and effect of resilience on burnout in nurses: A literature review and meta-analysis. *International Nursing Review*, 71(1), 160-167. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/inr.12838>
- Ismael, H. I., Sleem, W. F., & Abd el-Ghani, A. M. (2024). Relationship between transformational leadership style and job satisfaction among nurses. *Journal of Nursing Management*, 32(1), 112-120. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/jonm.13345>
- Jinmei, D., Sirakamon, S., & Akkadechanan, T. (2020). Job satisfaction, leader empowering behaviors and work engagement among of nurses in a tertiary hospitals, Kunming, the People's Republic of China. *Nursing Journal/CMU*, 47(1), 414-427. [In Thai].
- Kanter, R. M. (1993). *Men and women of the corporation*. New York: McGraw-Hill.
- Karnnasut, P. (1999). *Statistics for behavioral science research* (7th ed.). Bangkok: Chulalongkorn University Press. [In Thai].

- Kim, S.-Y., & Kwon, Y.-E. (2020). Effect of happiness and empowerment on nursing performance of clinical nurses. *Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society*, 21(1), 112–120. Retrieved from <https://doi.org/10.5762/KAIS.2020.21.1.112>
- Pineau Stam, L. M., Laschinger, H. K., Regan, S., & Wong, C. A. (2015). The influence of personal and workplace resources on new graduate nurses' job satisfaction. *Journal of Nursing Management*, 23(2), 190-199. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/jonm.12113PMC+3>
- Lu, H., Zhao, Y., & While, A. (2019). Job satisfaction among hospital nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 94, 21–31. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.01.011>
- Mueangja, P., Prutipinyo, C., & Siri, S. (2023). Happiness at work of nurses in Public Health Centers, Bangkok Metropolitan Administration. *Public Health Policy and Laws Journal*, 9(2), 255-266. Retrieved from https://doi.org/10.14456/journal_law.2023.17. [In Thai].
- Thai Health Promotion Foundation. (2022). *Thai health report 2022*. Retrieved from <https://www.thaihealth.or.th/wp-content/uploads/2022/09/Thai-Health-Report-year-2022>. [In Thai].
- Tochanok, P., & Thongprong, A. (2024). The relationship between transformational leadership of school administrators and teachers' happiness at work under the jurisdiction of Bangkok Metropolitan Administration. *Journal of Education, Bansomdejchaopraya Rajabhat University*, 18(1), 1. Retrieved from <https://so17.tci-thaijo.org/index.php/EduBSRU/article/view/218>. [In Thai].
- Tosati, N., Khamyu, A., & Masingboon, K. (2020). Factors related to the perception of job empowerment of professional nurses at Bangkok Hospital in the Eastern Region. *Journal of Nursing Faculty, Burapha University*, 28(1), 1-15. Retrieved from <https://ojs.lib.buu.ac.th/index.php/nursing/article/view/6724>. [In Thai].
- Uamtani, A. (2004). *Empowerment in the nursing service system*. Bangkok: Chulalongkorn University.. [In Thai].
- Wiangkao, P., Chainachanawiro, U., & Ruetrakul, J. (2018). The relationship between transformational leadership of head nurses and happy organization of nurses in Phrae Hospital. *Journal of Nursing and Health*, 12(4), 115-126. [In Thai].
- Wong, C. A., Cummings, G. G., & Ducharme, L. (2013). Authentic leadership, performance, and job satisfaction: The mediating role of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), 947-959. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/j.13652648.2012.06089.x>
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis* (3rd ed.). New York: Harper & Row.

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวล ความปวด และภาวะปัสสาวะเป็นเลือด
ในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ

Effects of Preparatory Information Program on Anxiety Pain and Hematuria in Patient undergoing Transurethral Resection of the Prostate

เบญจรัตน์ นุชวงษ์ (Benjarath Nutwong)*

รุ่งนภา ชัยรัตน์ (Rungnapa Chairat)**

อินทิรา ปากันทะ (Intira Pakanta)***

พรเทพ รัชฎาภรณ์กุล (Phornthep Ruchdaphornkul)****

รัชนิวรรณ แก้วทอง (Ratchaneewan Kaewthong)*****

Received: March 22, 2025

Revised: April 29, 2025

Accepted: May 15, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ โดยใช้แนวคิดการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมตามทฤษฎีการปรับตนเอง (Self-regulation theory) ของลีเวนทาลและจอห์นสัน เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดโดยกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยชายที่นัดผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวรเป็นครั้งแรก จำนวน 24 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอย่างละ 12 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล, แบบสอบถามความวิตกกังวล, แบบประเมินความปวด, แบบประเมินภาวะปัสสาวะเป็นเลือด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติทดสอบ Chi-square test, Fisher's exact test, Paired t-test และ Independent t-test

*Corresponding author: Benjarath Nutwong; E-mail: Benjarathn63@nu.ac.th

*นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Student, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Naresuan University)

**อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Instructor, Faculty of Nursing, Naresuan University)

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Assistant Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University)

**** นายแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Physician, Faculty of Medicine, Naresuan University)

***** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร (Registered nurse, Naresuan University Hospital)

ผลการวิจัย พบว่า 1) กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 2) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 3) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 4) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีภาวะปัสสาวะเป็นเลือดหลังผ่าตัดไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ดังนั้น ควรนำโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะเพื่อลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และลดความปวดหลังผ่าตัด

คำสำคัญ: การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม, ผู้ป่วยผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ, ความวิตกกังวล, ความปวด, ภาวะปัสสาวะเป็นเลือด

Abstract

This study was a quasi-experimental research to study the effects of a preparatory information program on anxiety, pain, and hematuria in patients undergoing transurethral resection of the prostate (TURP). The preparatory information program was developed based on the Self-Regulation Theory by Leventhal and Johnson. The sample group were of 24 male patients divided into a control group and an experimental group, with 12 patients in each group for elective transurethral resection of the prostate at Naresuan University Hospital for the first time. The data collection recording form such as personal information record, an anxiety questionnaire, a pain assessment scale, and a hematuria assessment scale. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation, Chi-square test, Fisher's exact test, Paired t-test and Independent t-test

The research findings revealed that after receiving the program, the experimental group had a significantly lower mean anxiety score compared to before receiving the program ($p < .001$). The experimental group also had a significantly lower mean anxiety score than the control group ($p < .001$). The experimental group also had a significantly lower mean pain score than the control group ($p < .05$). However, there was no significant difference in the incidence of hematuria between the experimental and control groups ($p > .05$)

Therefore, it is recommended to implement the preoperative information and preparatory information program for patients undergoing transurethral resection of the prostate, as this program effectively reduces preoperative anxiety and postoperative pain.

Keywords: Preparatory information, Patients undergoing transurethral resection of the prostate, Anxiety, Pain, Hematuria

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคต่อมลูกหมากโตเป็นโรคที่พบบ่อยในผู้ชายอายุมากกว่า 50 ปี ประมาณร้อยละ 50 และพบมากถึงร้อยละ 80 ในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปี (Sundus, 2016) ระหว่างปีพ.ศ. 2543-2562 จำนวนผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมากโตเพิ่มขึ้นทั่วโลกถึงร้อยละ 70.5 โดยในปี พ.ศ. 2562 พบถึง 94 ล้านราย (GBD 2019 Benign Prostatic Hyperplasia Collaborators, 2022) สำหรับในประเทศไทย จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะต่อมลูกหมากโตมีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกัน โดยระหว่างปี พ.ศ. 2560-2563 มีจำนวน 73,580 ราย, 82,284 ราย, 90,225 ราย และ 90,584 ราย ตามลำดับ เช่นเดียวกับภาคเหนือของประเทศไทย พบผู้ป่วยมีภาวะต่อมลูกหมากโต ในระหว่างปี พ.ศ. 2560 -2563 จำนวน 17,780 ราย, 18,382 ราย, 19,749 ราย และ 19,954 ราย ตามลำดับ (Strategy and Planning Division, 2022) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมากโตมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเป็นลำดับ

โรคต่อมลูกหมากโตเกิดจากการเพิ่มจำนวนของเซลล์ต่อมลูกหมากจนเกิดเป็นก้อนรอบๆ ท่อปัสสาวะเกิดการกดเบียดบริเวณรอบท่อปัสสาวะ ทำให้ผู้ป่วยเกิดกลุ่มอาการระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง (Sakulpiyatewan, Panuthai, & Rhiantong, 2023) โดยเฉพาะเกิดการอุดกั้นการไหลของปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะไหลย้อนกลับมีการคั่งค้างของน้ำปัสสาวะเกิดภาวะไตบวมน้ำ (Hydronephrosis) ผลจากไตบวมน้ำจะเพิ่มความดันในหลอดเลือดแดงที่ไตทำให้เกิดการตีบของหลอดเลือดแดงที่ไต (Renal artery stenosis) ทำให้เนื้อไตได้รับการบาดเจ็บ (Renal injury) จากการขาดเลือด กระตุ้น Renin-angiotensin-aldosterone system (RAAS) เพิ่มการดูดกลืนน้ำและโซเดียมเกิดภาวะน้ำและโซเดียมในร่างกายเกิน ในขณะที่เดียวกันเมื่อเกิดภาวะเลือดไปเลี้ยงไตลดลงทำให้เกิดความพร่องในการทำหน้าที่ขับของเสียนำมาสู่ภาวะของเสียคั่ง (Uremia) (Mathuradavong, 2019; Piwpong, 2021) โรคต่อมลูกหมากโตส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันจะมากหรือน้อยขึ้นกับความรุนแรงของโรค แบบแผนการปัสสาวะที่ผิดปกติไปจากเดิมจากการที่ไม่สามารถควบคุมปัสสาวะได้ เช่น การอั้นเสียดขัดหรือระบบทางเดินปัสสาวะ, ปัสสาวะ

ไม่ออกเจ็บพลันเรื้อรัง, กลั้นปัสสาวะไม่ได้ เป็นต้น (Tolani, Suleiman, Awaisu, Abdulaziz, Lawal, & Bello, 2020) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายใจ ผู้ป่วยมักจะเกิดความวิตกกังวล อาจจะนำไปสู่ความรู้สึกเครียด นอนไม่หลับ พักผ่อนไม่เพียงพอ ส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวัน (Chananin & Kumpiriyapong, 2022) นอกจากนี้โรคต่อมลูกหมากโตเป็นโรคเรื้อรังทำให้มีการรักษาเป็นระยะเวลานาน ยารักษาโรคค่อนข้างแพง ค่าใช้จ่ายก็จะเพิ่มมากขึ้น (Singam et al., 2015; Yang et al., 2014)

การรักษาโรคต่อมลูกหมากโตมีหลายรูปแบบ ได้แก่ การปรับพฤติกรรม, การรักษาโดยใช้ยาและการรักษาโดยการผ่าตัด ในผู้ป่วยที่มีอาการเล็กน้อยไม่ส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันจะพิจารณาให้การรักษาโดยการปรับพฤติกรรมก่อน หากยังไม่ทุเลาเริ่มรักษาโดยใช้ยาและการผ่าตัดตามลำดับ การผ่าตัดที่ได้รับการนิยมนมากที่สุดและเป็นที่ยอมรับอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน คือ การผ่าตัดต่อมลูกหมากโดยการส่องกล้องทางท่อปัสสาวะ (Transurethral resection of prostate gland : TURP) (Thai Urological Association, 2020) อย่างไรก็ตามการผ่าตัดมีผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด กล่าวคือเมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าจะได้รับการผ่าตัดผู้ป่วยจะมีการคาดการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์ล่วงหน้า ผู้ป่วยจึงประเมินสถานการณ์เหล่านี้เป็นภาวะคุกคามและอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง ส่งผลให้มีการแสดงออกถึงอารมณ์ดังเครียด หวาดกลัวและกังวล (Arslan, Ozer, & Ozyurt, 2007; Spielberger, 1983) ซึ่งก่อนการผ่าตัดจะพบภาวะวิตกกังวลร้อยละ 11-18 (Mitchell, 2012) จากการทบทวนวรรณกรรมของกาญจนา เขื่อนแก้ว (Khuankaw, 2018) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะมีระดับคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในระดับสูงร้อยละ 61.67 ถ้าผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเป็นครั้งแรกจะทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเพิ่มสูงขึ้นไปอีก (Xayyavong, Shokebumroong, & Juntapim, 2020) ส่งผลให้ความปวดหลังผ่าตัดเพิ่มมากขึ้น และการพักฟื้นในโรงพยาบาลนานขึ้น (Saeangchai, Piyasut, & Kaewkulpat, 2019) นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่มีระดับความวิตกกังวลในช่วงก่อนผ่าตัดสูงจะมีการฟื้นตัว ในระยะหลัง

ของการผ่าตัดลำไส้ (Mulugeta, Ayana, Sintayehu, Dessie, & Zewdu, 2018) ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะประกอบด้วยปัจจัยภายในบุคคล เช่น อายุ ระดับการศึกษา ความวิตกกังวลแฝง เป็นต้น (Khuankeaw, 2018) ปัจจัยภายนอกบุคคลที่สำคัญประการหนึ่ง คือ พร่องการได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลก่อนเข้ารับการผ่าตัด การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติก่อนและหลังผ่าตัด สามารถส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล (Kumpeera, 2020)

ความปวดเป็นความรู้สึกที่ไม่สบายทางอารมณ์ เกิดได้จากการที่เนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บ ส่งผลกระทบต่อการทำงานของบุคคลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ความปวดเป็นลักษณะเฉพาะส่วนบุคคล ความปวดจากการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะเป็นความปวดที่เกิดจากการส่องตรวจกระเพาะปัสสาวะถือเป็นความปวดเฉียบพลันที่เกิดจากกลไกการยืดขยาย (Stretching) ของอวัยวะจากการใส่เครื่องมือที่ทำด้วยโลหะแข็งและมีลักษณะตรงเข้าไปในท่อปัสสาวะชายที่มีลักษณะโค้งเป็นมุมท่อปัสสาวะจะถูกยืดขยายออก (Tzortzis, Gravas, Melekos, & Rosette, 2009) แรงเฉือน (Shear stress forces) ที่เกิดขึ้นจะไปกระตุ้นเยื่อเซลล์ของท่อปัสสาวะให้ปล่อยสารอะดีโนซีนไตรฟอสเฟต (Adenosine triphosphate) สารนี้มีผลต่อตัวรับความปวดบริเวณใต้เยื่อเซลล์ของท่อปัสสาวะ เมื่อมีแรงเฉือนมากพอจะเปลี่ยนเป็นศักย์ไฟฟ้าและถ่ายทอดสัญญาณประสาทไปยังระบบประสาทส่วนกลางเกิดการรับรู้ความปวดขึ้น (Tzortzis et al., 2009) ภายหลังจากการผ่าตัดต่อมลูกหมากผู้ป่วยจะมีความปวดบริเวณท้องน้อยโดยมีความรู้สึกปวดเบ่งเหมือนปวดถ่ายอุจจาระ (Sundos, 2016)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อความปวดภายหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ ได้แก่ การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ, การใส่สายสวนปัสสาวะ, การเกิดลิ่มเลือดอุดตัน, ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด, และการพร่องข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด (Khuankeaw, 2018; Sundos, 2016) วิธีการบรรเทาความปวดมีหลายวิธีทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา โดยบทบาทอิสระของ

พยาบาลที่สามารถให้การพยาบาลได้ทันที คือ แบบไม่ใช้ยา (Sila, 2017) ซึ่งการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาเป็นวิธีที่นิยมในการปฏิบัติและช่วยลดผลข้างเคียงจากการใช้ยาบรรเทาความปวดเนื่องจากเกิดผลข้างเคียงน้อย (Chuaatsaha, 2010) มีการศึกษาที่ขึ้นจนถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องตรวจกระเพาะปัสสาวะ ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมมีคะแนนความปวดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Khuankeaw, 2018)

ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ ได้แก่ เลือดออกในทางเดินปัสสาวะ มีอุบัติการณ์การเกิดลิ่มเลือดอุดตันภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ ร้อยละ 26.67 (Sundos, 2016) ใน 24 ชั่วโมงแรก เกิดจากการฉีกขาดของเส้นเลือดจากการผ่าตัด มีเลือดปะปนไปกับน้ำปัสสาวะ สังเกตได้จากระดับสีของปัสสาวะ (Pinsuwan, 2007) ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะตกเลือดหลังผ่าตัด โดยผู้ป่วยหลังผ่าตัดทุกรายจะได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะชนิด 3 ทางขนาดใหญ่ (22-24 Fr.) ค้างไว้ร่วมกับได้รับการยืดตรงสายสวนปัสสาวะให้อยู่กับที่บริเวณหน้าขาเป็นการเพิ่มแรงดันบนคอกระเพาะปัสสาวะและแผลผ่าตัดเพื่อป้องกันเลือดออกจนเกิดเป็นลิ่มเลือดอุดตันทางเดินปัสสาวะควบคู่ไปกับการล้างกระเพาะปัสสาวะอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันการไหลของปัสสาวะ จากการทบทวนวรรณกรรมของ บุญมี สัน โดย (Sundos, 2016) พบอุบัติการณ์ความรุนแรงของภาวะปัสสาวะเป็นเลือด จากการไม่สามารถหยิบล้างขณะได้รับการยืดตรงสายสวนปัสสาวะอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 65 ในกระบวนการดังกล่าว ผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหวอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกวิตกกังวลและกระตุ้นความปวด (Fitzpatrick & Winston, 2002; Townsend et al., 2004 as cited in Sundos, 2007) ถ้าหากผู้ป่วยมีเลือดออกมากจับตัวแข็งเป็นลิ่มเลือด เกิดการอุดตันการไหลของปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะคั่งในกระเพาะปัสสาวะ ผู้ป่วยจะปวดปัสสาวะมากแต่ปัสสาวะไม่ออก ส่งผลให้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะไม่ออกเฉียบพลัน (Acute urinary retention)

ซึ่งอาจทำให้กระเพาะปัสสาวะแตกได้ (Pinsuwan, 2007) ปัจจัยการเกิดภาวะปัสสาวะเป็นเลือดหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะทันทีและประมาณ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด ได้แก่ การฉีกขาดของเส้นเลือดต่อมลูกหมาก, การยืดตึงสายสวนปัสสาวะไม่มีประสิทธิภาพ, ความพร่องข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษา และสิ่งที่ควรปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด นอกจากนี้ เกี่ยวข้องกับกระบวนการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะไม่ต่อเนื่อง การกระแทกบริเวณแผลผ่าตัด และท้องผูก (Pinsuwan, 2007; Sundos, 2016)

โดยสรุป การผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกายและจิตใจ จึงจำเป็นต้องหาวิธีการเพื่อลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ลดความปวด และภาวะปัสสาวะเป็นเลือด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวคิดการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมของลิเวนทาลและจอห์นสัน (Leventhal & Johnson, 1983) สามารถจัดการปัญหาดังกล่าวได้ โดยการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษา (Procedural information), ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก (Sensory information), ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติขณะได้รับการรักษา (Behavioral information) และข้อมูลเกี่ยวกับวิธีเผชิญความวิตกกังวล (Coping skill information) ทำให้ผู้ป่วยจะเกิดความรู้ความเข้าใจ (Cognitive process) เกิดโครงสร้างความคิด (Cognitive structure) ทั้งนี้ การได้รับข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก ทำให้ผู้ป่วยมองภาพต่อเหตุการณ์คุกคามที่ต้องประสบจากประสาทสัมผัสทั้งห้า นำมาปรับในการตอบสนองต่อภาวะคุกคาม ที่จะทำให้ตนเป็นอันตรายและด้วยเหตุที่แบบแผนความรู้ความเข้าใจ (Schema) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าสามารถวางแผนควบคุมตนเองโดยการทำตามคำแนะนำ การปฏิบัติตนของบุคลากรทางการแพทย์ (Function response) ในสถานการณ์จริง เป็นผลให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์ (Emotional response) (Leventhal & Johnson, 1983) โดยส่งผลลดความวิตกกังวล ลดความปวด (Khuankaew, 2018) นอกจากนี้ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัดและสิ่งที่ควรปฏิบัติตนภายหลังผ่าตัด ได้แก่ การหยิยดขาไม่งอสะโพกข้างที่ยึดตรึงสายสวนปัสสาวะสามารถลดภาวะปัสสาวะเป็นเลือด (Sundos, 2016)

สำหรับโรงพยาบาลทั่วไป มีการให้คำแนะนำก่อนผ่าตัดทั่วไป แต่การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับความรู้สึกไม่ครบถ้วน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกขณะทำการหัตถการต่างๆ เช่น ความรู้สึกขณะได้รับการผ่าตัด ความรู้สึกขณะใส่สายปัสสาวะ ความรู้สึกขณะผู้ป่วยได้รับการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะ เป็นต้น ซึ่งหากพร้อมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเหล่านี้ไป อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ความปวด และภาวะปัสสาวะเป็นเลือดรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยมีจำนวนวันนอนมากยิ่งขึ้น เสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น ถ้าผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวยังส่งผลกระทบต่อหารายได้ของครอบครัว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเพื่อลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ลดความปวดและลดภาวะปัสสาวะเป็นเลือดหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ เพื่อเพิ่มผลลัพธ์ที่ดีทางการพยาบาล ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

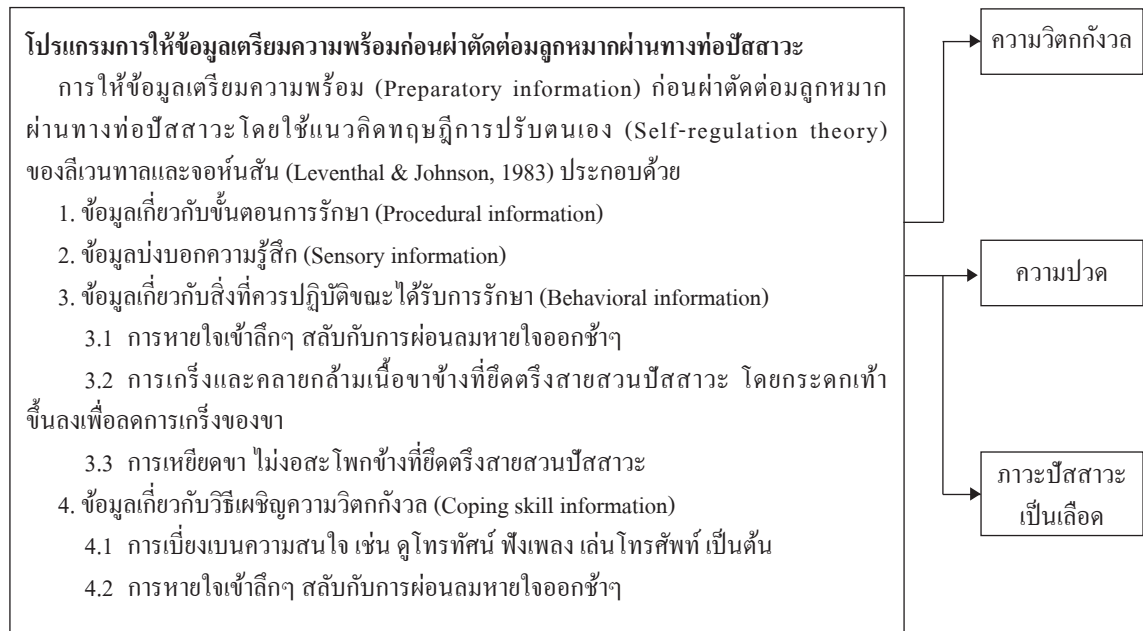
1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลอง
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
4. เปรียบเทียบภาวะปัสสาวะเป็นเลือดหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้แนวคิดการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมตามทฤษฎีการปรับตนเอง (Self-regulation theory) ของลิเวนทาลและจอห์นสัน (Leventhal & Johnson, 1983) ประกอบด้วยข้อมูล 4 ชนิด ผ่านสื่อวีดิทัศน์ (VDO) ทั้งนี้ การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมทั้ง 4 ชนิด ช่วยลดความวิตกกังวล ซึ่งเป็นปัจจัยเร้าความปวด เมื่อผู้ป่วยมีความ

วิตกกังวลลดลง ความปวดจึงลดลงตามไปด้วย และจากการที่ได้รับข้อมูลสิ่งที่ควรปฏิบัติขณะได้รับการรักษา

ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนได้ถูกต้อง ส่งผลให้ลดภาวะปัสสาวะเป็นเลือด ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design)

ประชากร คือ ผู้ป่วยชายที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร เป็นครั้งแรก ระหว่างเดือน ธันวาคม 2567- มีนาคม 2568 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยชายที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร เป็นครั้งแรก ผู้วิจัยคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) ผู้ป่วยมีอายุ 20 ปีขึ้นไป 2) ได้รับขาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง 3) สามารถสื่อสาร ฟัง พูด ภาษาไทยได้ เข้าใจตัวเลข สถิติสมัยญะครบถ้วน 4) แพทย์เจ้าของไข้อนุญาตให้เข้าร่วมงานวิจัย และ 5) ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่มีโรคจิตเวช เช่น โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า โรคตื่นตระหนก เป็นต้น และ 2) ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดหรือยาต้านเกล็ดเลือด

เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) ตรวจร่างกายก่อนผ่าตัด พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนจากโรคอื่นๆ ขณะเข้าร่วมการวิจัยเช่น ภาวะติดเชื้อในร่างกาย จำเป็นต้องเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนัก เป็นต้น 2) มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ทำให้มีอาการวิฤตและใส่ท่อช่วยหายใจ และ 3) ขอยุติงานวิจัย

คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power 3.1.9.7 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ตามการทดสอบค่าที (T-test) แบบทางเดียว (One-tailed test) ได้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงจากการศึกษาของกาญจนาเขื่อนแก้ว (Khuankaew, 2018) เรื่อง ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมในการส่องตรวจกระเพาะปัสสาวะต่อความปวดและความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่ได้รับการส่องตรวจกระเพาะปัสสาวะ งานวิจัยดังกล่าวได้ขนาดอิทธิพล (Effect size) 1.66 ส่วนการคำนวณกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) 1.05

ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) .80 และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 จำนวนได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 12 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ทั้งหมด 24 ราย เพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่อาจส่งผลกระทบต่องานวิจัย จึงทำการรวบรวมในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ 12 ราย จากนั้นจึงดำเนินการในกลุ่มทดลองจนครบ 12 ราย และดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะคล้ายคลึงกันในด้านอายุ ระดับการศึกษา ขนาดของสายสวนปัสสาวะ ขนาดเฉลี่ยของต่อมลูกหมากเป็นกรัม ระยะเวลาที่ได้รับการผ่าตัด และการได้รับยาแก้ปวดในหอผู้ป่วย โดยใช้ในสถิติในการทดสอบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองกับเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดของลิเวนทัลและจอห์นสัน (Leventhal & Johnson, 1983) ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษา, ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก, ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติขณะได้รับการรักษาและข้อมูลเกี่ยวกับวิธีเผชิญความวิตกกังวลโดยการควิวิทัศน์ (VDO) เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ ความยาวประมาณ 15-20 นาที ซึ่งบทบรรยายของวิทัศน์ได้มาจากการศึกษาค้นคว้าจากตำราและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ ตลอดจนการสังเกตการณ์การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญ และการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ (5 ราย) รวมทั้งพยาบาลที่ดูแลก่อนระหว่าง และหลังผ่าตัด (3 ราย)

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองประกอบด้วย อายุ, ระดับการศึกษา, ระยะเวลาการผ่าตัด, ขนาดต่อมลูกหมาก, ขนาดของสายสวนปัสสาวะ, และการได้รับยาแก้ปวดหลังผ่าตัดที่ห้องพักฟื้นและหอผู้ป่วยสามัญ

2.2 แบบสอบถามความวิตกกังวล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ความพร้อมข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ การได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ สิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัดและผลลัพธ์ภายหลังการผ่าตัด มี 23 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามที่แสดงความรู้สึกทางบวก 11 ข้อ และข้อคำถามที่แสดงความรู้สึกทางลบ 12 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้ 1.00-1.80 มีความวิตกกังวลน้อยมาก 1.81-2.60 มีความวิตกกังวลเล็กน้อย 2.61-3.40 มีความวิตกกังวลปานกลาง 3.41-4.20 มีความวิตกกังวลสูง และ 4.21-5.00 มีความวิตกกังวลรุนแรง

2.3 แบบประเมินความปวด ใช้การประเมินความปวดแบบ Numeric pain rating scale โดยวัดใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด กำหนดให้ 0 คือ ไม่ปวด และ 10 คือ ปวดมากที่สุด (Thai Association for the Study of Pain (TASP), 2009)

2.4 แบบประเมินภาวะปัสสาวะเป็นเลือด โดยใช้ Hematuria grading scale วัดใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (Ma et al., 2020; Stout, et al., 2021) Grade 1. ปัสสาวะมีสีใสสามารถหยุดการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะได้ Grade 2. สีปัสสาวะมีสีชมพูใส สามารถลดอัตราการไหลของการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะได้ Grade 3. สีปัสสาวะมีสีชมพู สามารถรักษาระดับอัตราการไหลของการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะ Grade 4. สีปัสสาวะมีสีแดง เพิ่มอัตราการไหลของการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะหรือเริ่มการสวนล้างหากหยุดไว้ และ Grade 5. สีปัสสาวะมีสีแดงเข้ม เพิ่มอัตราการไหลของการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะ หากสีไม่เปลี่ยนแปลงอาจมีการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะแบบมือและรายงานแพทย์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

1.1 โปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดของลิเวนทัลและจอห์นสัน (Leventhal & Johnson, 1983) โดยสื่อสารผ่านวิทัศน์ (VDO) เรื่องการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อมลูกหมาก

ผ่านทางท่อปัสสาวะ ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เชี่ยวชาญสาขาศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยระบบทางเดินปัสสาวะและแนวคิดการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยต่อมลูกหมากโต 3 ท่าน ได้ค่า IOC = 0.60-1.00

1.2 แบบสอบถามความวิตกกังวลตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ หาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index : CVI) ซึ่งเป็นการตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถามกับมโนทัศน์ของตัวแปร ได้ค่า CVI = 0.96

1.3 แบบประเมินความปวดและแบบประเมินภาวะปัสสาวะเป็นเลือด ทำการตรวจสอบความตรงแบบผิวเผิน (Face validity) โดยพิจารณาว่าแบบประเมินวัดได้ตรงกับวัตถุประสงค์หรือจุดมุ่งหมายที่ต้องการวัดโดยใช้ความคิดเห็นที่เป็นอัตนัย (Subjective opinion of expert) ของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่าน ไม่มีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงแก้ไข

2. การตรวจสอบความเป็นปรนัย (Objectivity) ผู้วิจัยได้นำวิธีตัดสิน (VDO) ที่ปรับปรุงตามข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญและแบบประเมินความปวดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย เพื่อดูภาษาที่ใช้ว่ามีความเหมาะสมและสื่อสารเข้าใจตรงกันหรือไม่เพียงใด ผู้ป่วยทั้ง 5 ราย ไม่มีข้อเสนอแนะให้ปรับแก้ไข

3. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) แบบสอบถามความวิตกกังวล นำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า 0.78 ส่วนแบบประเมินภาวะปัสสาวะเป็นเลือด (Hematuria grading scale) ตรวจสอบความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Interrater reliability) โดยผู้ช่วยวิจัย (หัวหน้าหอผู้ป่วย) 2 คน ในผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย ได้ค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน เท่ากับ 1.00

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก เลขโครงการ IRB No.P3-0093/2567 ได้รับรองเมื่อวันที่ 16 ธันวาคม 2567 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่จะศึกษา ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ณ สถานที่ที่เก็บข้อมูล เป็นสถานที่มิดชิด การบันทึกข้อมูลไม่มีการระบุถึงชื่อ-นามสกุล หรือสิ่งอื่นใดที่อาจทำให้สามารถระบุถึงตัวผู้ป่วยได้ แบบบันทึกที่ใช้เก็บข้อมูลถูกเก็บไว้ในที่เป็นความลับ และทำลายเอกสารทั้งหมดหลังจากงานวิจัยเสร็จสิ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ ภายหลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้วิจัยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย ติดต่อโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก เพื่อขออนุญาตประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก (คลินิกศัลยกรรม) หอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม 1 หอผู้ป่วยศัลยกรรม 2 หอผู้ป่วยพิเศษทั่วไป หอผู้ป่วยพิเศษ โสต ศอ นาสิก เพื่อขออนุญาตประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นอบรมผู้ช่วยวิจัย 2 คน เพื่อให้เข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนวิจัยและการใช้เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบประเมินความปวด และแบบประเมินภาวะปัสสาวะเป็นเลือด

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย พยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอก (คลินิกศัลยกรรม) โทรศัพท์แจ้งให้ผู้วิจัยทราบเริ่มทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยใช้แบบคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก โดยมีการแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ข้างแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือจากผู้ป่วย โดยยึดหลักของการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยในวันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ผู้วิจัยบันทึก

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย อธิบายการใช้แบบสอบถาม ความวิตกกังวล และดำเนินการ ดังนี้

กลุ่มควบคุม หลังผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยประมาณ 1 ชั่วโมง ให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามความวิตกกังวล พยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้การพยาบาลตามปกติ จากนั้นผู้ป่วยทำแบบสอบถามความวิตกกังวลภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ (หลังเข้าหอผู้ป่วยประมาณ 2 ชั่วโมง) และฝากแบบสอบถามฯ ไว้กับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย หลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมง ผู้ช่วยวิจัย (หัวหน้าหอผู้ป่วย) ประเมินความปวด และภาวะปัสสาวะเป็นเลือด

กลุ่มทดลอง หลังผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยประมาณ 1 ชั่วโมง ให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามความวิตกกังวล พยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้การพยาบาลตามปกติ จากนั้นผู้วิจัยให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมโดยให้ผู้ป่วยรับชมวิดีโอผ่านทางโทรทัศน์ประจำหอผู้ป่วย หรือโน้ตบุ๊ก หากผู้ป่วยเกิดข้อสงสัยหรือฟังไม่เข้าใจ ไม่ชัดเจน ผู้วิจัยเปิดทวนวิดีโอซ้ำ และซักถามความเข้าใจพร้อมตอบข้อสงสัย ผู้ป่วยทำแบบสอบถามความวิตกกังวลภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม (หลังเข้าหอผู้ป่วยประมาณ 2 ชั่วโมง) และฝากแบบสอบถามฯ ไว้กับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย หลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมง ผู้ช่วยวิจัย (หัวหน้าหอผู้ป่วย) ประเมินความปวด และภาวะปัสสาวะเป็นเลือด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา ใช้การแจกแจงเป็นค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติทดสอบ Chi-square test (ระดับการศึกษา และการได้รับยาแก้ปวดในหอผู้ป่วย), Fisher's exact test (ขนาดของสายสวนปัสสาวะ) และ Independent t-test (ขนาดเฉลี่ยของต่อมลูกหมากเป็นกรัม และระยะเวลาที่ได้รับการผ่าตัด เนื่องจากภายหลังการทดสอบด้วยสถิติ Kolmogorov & Smirnov พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ)

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติ Paired t-test เนื่องจากภายหลังการทดสอบด้วยสถิติ Kolmogorov & Smirnov พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลและความปวด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test เนื่องจากภายหลังการทดสอบด้วยสถิติ Kolmogorov & Smirnov พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

5. เปรียบเทียบสัดส่วนการเกิดภาวะปัสสาวะเป็นเลือดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Chi-square test

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยชายที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 12 คน กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย ($\bar{X}$ = 72.33, S.D. = 8.36) ใกล้เคียงกับกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ = 76.08, S.D. = 6.80) ทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 41.67 ทั้ง 2 กลุ่ม) และใส่สายสวนปัสสาวะขนาด 24 Fr. มากที่สุด (กลุ่มควบคุม ร้อยละ 58.33 ส่วนกลุ่มทดลอง ร้อยละ 75.00) ทั้ง 2 กลุ่มไม่ได้รับยาแก้ปวดในห้องพักฟื้น แต่ได้รับยาแก้ปวดที่หอผู้ป่วยสามัญกลุ่มละ 5 ครั้ง ในส่วนของขนาดเฉลี่ยของต่อมลูกหมากเป็นกรัมของกลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 16.41, S.D. = 8.42) มีขนาดน้อยกว่ากลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ = 37.50, S.D. = 34.82) และกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการผ่าตัดเป็นนาที ($\bar{X}$ = 49.25, S.D. = 19.10) น้อยกว่ากลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ = 87.25, S.D. = 54.13)

เมื่อเปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในเรื่องระดับการศึกษาและการได้รับยาแก้ปวดในหอผู้ป่วย (วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test) และขนาดของสายสวนปัสสาวะ (วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher's exact test) พบว่าทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน

($p > .05$) และเมื่อจำแนกตามอายุ และขนาดเฉลี่ยของต่อมลูกหมากเป็นกรัม (วิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test) พบว่าทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) แต่ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการผ่าตัดเป็นนาทีของทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 2 ความวิตกกังวล (ก่อนผ่าตัด) ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล (ก่อนผ่าตัด) ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติ Paired t-test แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล (ก่อนผ่าตัด) ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value (1-tailed sig)
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ความวิตกกังวล (ก่อนผ่าตัด)	2.75	0.28	2.19	0.21	5.392***	< .001

*** $p < .001$

จากตารางที่ 1 จะเห็นว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล หลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ส่วนที่ 3 ความวิตกกังวล (ก่อนผ่าตัด) และความปวด (หลังผ่าตัด) ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล (ก่อนผ่าตัด) และความปวด (หลังผ่าตัด)

ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล (ก่อนผ่าตัด) และความปวด (หลังผ่าตัด) ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 12)		กลุ่มทดลอง (n = 12)		t	p-value (1-tailed sig)
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ความวิตกกังวล (ก่อนผ่าตัด)	2.49	0.16	2.19	0.21	3.927***	< .001
ความปวด (หลังผ่าตัด)	1.75	0.87	1.08	0.67	2.111*	.023

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

จากตารางที่ 2 จะเห็นว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 4 ภาวะปัสสาวะเป็นเลือด (หลังผ่าตัด) ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนการเกิดภาวะปัสสาวะเป็นเลือด (หลังผ่าตัด) ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Chi-square test แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบสัดส่วนการเกิดภาวะปัสสาวะเป็นเลือด (หลังผ่าตัด) ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 12)		กลุ่มทดลอง (n = 12)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ภาวะปัสสาวะเป็นเลือด (หลังผ่าตัด)						
Grade 1	8	66.67	11	91.67	2.274 ^{ns}	.132
Grade 2	4	33.33	1	8.33		

ns = p > .05

จากตารางที่ 3 จะเห็นว่าสัดส่วนการเกิดภาวะปัสสาวะเป็นเลือด (หลังผ่าตัด) ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ไม่แตกต่างกัน (p > .05)

การอภิปรายผล

ความวิตกกังวล ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล ก่อนผ่าตัดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และต่ำกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สามารถอธิบายได้ดังนี้

การที่กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อม (Preparatory information) 4 ชนิด ก่อนผ่าตัดต่อมลูกหมาก ผ่านทางท่อปัสสาวะโดยใช้แนวคิดทฤษฎีการปรับตนเอง (Self-regulation theory) ของลีเวนทาลและจอห์นสัน (Leventhal & Johnson, 1983) ประกอบด้วย 1) ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษา (Procedural information) 2) ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก (Sensory information) 3) ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติขณะได้รับการรักษา (Behavioral information) ได้แก่ (1) การหายใจเข้าลึกๆ สลับกับการผ่อนลมหายใจออกช้าๆ (2) การเกร็งและคลายกล้ามเนื้อขาข้างที่ยึดตรงสายสวนปัสสาวะโดยกระดกเท้าขึ้นลง เพื่อลดการเกร็งของขา (3) การเหยียดขา ไม่งอสะโพก ข้างที่ยึดตรงสายสวนปัสสาวะ และ 4) ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีเผชิญความวิตกกังวล (Coping skill information) ได้แก่ การเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง เล่นโทรศัพท์ เป็นต้น และการหายใจเข้าลึกๆ สลับกับการผ่อนลมหายใจออกช้าๆ แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองเกิดความรู้ความเข้าใจ (Cognitive process) และเกิดโครงสร้างความคิด (Cognitive structure)

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การได้รับข้อมูลบ่งบอกความรู้สึกทำให้ผู้ป่วยมองภาพต่อเหตุการณ์คุกคามที่ต้องประสบจากประสาทสัมผัสทั้งห้าเข้ามาปรับในการตอบสนองต่อภาวะคุกคาม ที่จะทำให้ตนเป็นอันตราย และด้วยเหตุที่แบบแผนความรู้ความเข้าใจ (Schema) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าสามารถวางแผนควบคุมตนเองโดยการทำตามคำแนะนำ การปฏิบัติตนของบุคลากรทางการแพทย์ (Function response) ในสถานการณ์จริง เป็นผลให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์ (Emotional response) (Leventhal, & Johnson, 1983) โดยส่งผลลดความวิตกกังวล (Khuankaew, 2018)

ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิดา จันทรบุรี (Chanburee, 2019) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการปรับตนเองต่อความวิตกกังวล ความปวดและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมที่มีการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม 4 ชนิด ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ, ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก, ข้อมูลคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีเผชิญความเครียด มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นอกจากนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา เชื้อนแก้ว (Khuankaew, 2018) ที่พบว่าการใช้โปรแกรมเตรียมความพร้อมในการส่องตรวจกระเพาะปัสสาวะในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล

ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ความปวด ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัด ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยอธิบายได้ว่า การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม ได้ส่งผลในการลดความวิตกกังวล ซึ่งเป็นปัจจัยเร้าความปวด เมื่อความวิตกกังวลลดลงจึงมีความทนต่อความปวดมากขึ้น และเป็นไปตามทฤษฎีควบคุมประจวบและทฤษฎีควบคุมความปวดภายใน คือ การที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง เกิดกระบวนการเรียนรู้ เกิดโครงสร้างความคิด ปรับการรับรู้ในระดับสมอง เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง รู้วิธีการจัดการความปวดได้เหมาะสม เกิดความสบายใจจึงเกิดการกระตุ้นให้หลั่งสาร Endorphins ทำให้มีการกระตุ้นวิถีประสาทในการควบคุมความปวดมายังการส่งสัญญาณประสาทที่ระดับไขสันหลัง บริเวณ Substantia gelatinosa ทำให้มีการยับยั้งการหลั่งสาร Substance P เป็นผลให้ประจวบ ทำให้การรับรู้ความปวดลดลง (Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2010) ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษากาญจนา เขื่อนแก้ว (Khuankaew, 2018) และศุภธิดา จันทร์บุรี (Chanburee, 2019) ที่พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนความปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .01 ตามลำดับ

ภาวะปัสสาวะเป็นเลือด ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มควบคุมและทดลองมีภาวะปัสสาวะเป็นเลือดไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) อธิบายได้ว่า เนื่องมาจากระยะเวลาการผ่าตัดมีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองมีระยะเวลาเฉลี่ย 87.25 นาที (S.D. = 54.13) มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ใช้ระยะเวลาเฉลี่ย 49.25 นาที (S.D. = 19.10) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ยิ่งระยะเวลาผ่าตัดนานเท่าไรยิ่งทำให้เกิดความชอกช้ำแก่กล้ามเนื้อหูรูดภายนอกมากเท่านั้น ซึ่งอาจจะเกี่ยวข้องกับขนาดของต่อมลูกหมาก แม้ว่างานวิจัยนี้มีขนาดต่อมลูกหมากไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อพิจารณาตัวเลขขนาดเฉลี่ยของต่อมลูกหมากเป็นกรัม พบว่า ขนาดเฉลี่ยของต่อมลูกหมากกลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 16.41$, S.D. = 8.42) น้อยกว่ากลุ่มทดลอง

($\bar{X} = 37.50$, S.D. = 34.82) ทำให้กลุ่มทดลองมีโอกาสเสียเลือดได้มากขึ้น สอดคล้องกับความคิดเห็นของคิม และคณะ (Kim et al., 2019) ที่กล่าวว่า การที่ขนาดของต่อมลูกหมากยังมีขนาดใหญ่ ยิ่งทำให้เกิดการเสียเลือดได้มากขึ้น หากน้ำหนักต่อมลูกหมากที่ตัดออกมากกว่า 45 กรัม อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะน้ำหนักต่อมลูกหมากที่ตัดออกมากกว่า 60 กรัม อาจทำให้เกิดการทำลายเส้นเลือดของต่อมลูกหมากทำให้เกิดการเสียเลือดมากในการผ่าตัด (Pinsuwan, 2007)

ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเรดิเจอร์และคณะ (Riedinger, Fantus, Matulewicz, Werntz, Rodriguez, & Smith, 2019) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของระยะเวลาการผ่าตัดต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ โดยการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะที่ใช้เวลาในการผ่าตัดมากกว่า 90 นาที มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด เมื่อพิจารณารายละเอียดแล้ว พบว่ามีผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง จำนวน 3 ราย บางคนมีระยะเวลาการผ่าตัดมากกว่า 90 นาที ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีผู้ป่วยรายใดมีระยะเวลาการผ่าตัดมากกว่า 90 นาที อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาสัดส่วนของการเกิดภาวะปัสสาวะเป็นเลือดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีภาวะปัสสาวะเป็นเลือด Grade 2 เพียง 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.33 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีภาวะปัสสาวะเป็นเลือด Grade 2 จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.33

ข้อจำกัดของงานวิจัย

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดที่ไม่สามารถควบคุมปัจจัยที่ส่งผลต่อผลลัพธ์การผ่าตัด เช่น ความรุนแรงของโรค ความชำนาญของแพทย์ผู้ผ่าตัด พยาบาลผู้ดูแล และการดูแลของญาติ/ครอบครัว เป็นต้น นอกจากนี้เป็นการศึกษาในสถานที่แห่งเดียว จึงมีข้อจำกัดในการนำผลวิจัยไปใช้ (Generalization) โดยใช้ได้เฉพาะโรงพยาบาลที่มีบริบทเดียวกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาล ควรนำโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ เนื่องจากโปรแกรมนี้นี้มีประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและลดความปวดหลังผ่าตัด

2. ด้านการศึกษาทางการพยาบาล ผลการวิจัยนี้สามารถนำมาใช้เป็นเนื้อหาในการเรียนการสอนของนิสิตพยาบาลหรือพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยให้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ

3. ด้านการบริหารทางการพยาบาล ผลการวิจัยนี้สามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทางศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาเกี่ยวกับการส่องกล้องระบบทางเดินปัสสาวะอื่นๆ นอกจากนี้ กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง และทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ได้แก่ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณที่ปรึกษางานวิจัย คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร ที่อนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล และกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- Arslan, S., Ozer, N., & Ozyurt, F. (2007). Effect of music on preoperative anxiety in men undergoing urogenital surgery. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 26(2), 46-54.
- Chananin, Y., & Kumpiriyapong, N. (2022). Nursing care of the elderly with prostatic hyperplasia. *Journal of Health and Nursing Research*, 38(2), 11-23. [In Thai].
- Chanburee, S. (2019). The effects of self-regulation on anxiety pain and postoperative self practice of patients with abdominal hysterectomy. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 13(2), 40-54. [In Thai].
- Chuaatsaha, W. (2010). *The development of clinical nursing practice guideline for postoperative abdominal surgical pain patient at Banpong hospital Ratchaburi province*. Master Thesis (Nursing), Christian University of Thailand, Nakorn Pathom. [In Thai].
- 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(2), 175-191.
- Fitzpatrick, J. M. & Winston, K. M. (2002). *Minimally invasive and endoscopic management of benign prostatic hyperplasia*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- GBD 2019 Benign Prostatic Hyperplasia Collaborators. (2022). The global, regional, and national burden of benign prostatic hyperplasia in 204 countries and territories from 2000 to 2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Healthy Longevity*, 11(3), 754-776.
- Khuankaew, K. (2018). *The effects of preparatory program for cystoscopy on pain and anxiety among older adults undergoing cystoscopy*. Master Thesis (Nursing), Khon Kaen University, Khon Kaen. [In Thai].
- Kim, M. S., Jang, W. S., Chung, D. Y., Koh, D. H., Lee, J. S., ... Choi, Y. D. (2019). Effect of prostate gland weight on the surgical and oncological outcomes of extraperitoneal robot-assisted radical prostatectomy. *BMC Urology*, 19(1), 1-6.

- Kumpeera, K. (2020). The effects of a self-regulation promoting program on anxiety, practices and knee range of motion among patients with total knee arthroplasty. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 14(2), 45-57. [In Thai].
- Leventhal, H., & Johnson, J. E. (1983). Laboratory and field experimentation: Development of a theory of self-regulation. In P.J. Wooldridge, M. H.Schmitt, J. K. Skipper & R. C. Leonard (Eds.), *Behavioral science and nursing theory*, (pp.189-262). St. Louis, MO: Mosby.
- Ma, Z.Z., Han, Y.X., Wang, W.Z., Kan, Y.N., & Niu, M.E. (2020). The use of a homemade rate adjustment card in patients with continuous bladder irrigation after transurethral resection of the prostate. *Translational Andrology and Urology*, 9(5), 2227-2234. Retrieved from <https://doi:10.21037/tau-20-1288>.
- Mathuradavong, N. (2019). *Renal stenosis*. Retrieved from <https://www.facebook.com/Nakcorephysio>. [In Thai].
- Mitchell, M. (2012). Influence of gender and anaesthesia type on day surgery anxiety. *Journal of Advanced Nursing*, 68(5), 1014-1025.
- Mulugeta, H., Ayana, M., Sintayehu, M., Dessie, G., & Zewdu, T. (2018). Preoperative anxiety and associated factors among adult surgical patients in Debre Markos and Felege Hiwot referral hospitals, Northwest Ethiopia. *BMC Anesthesiology*, 18(1), 1-9.
- Pinsuwan, O. (2007). *Factors related to voiding dysfunction in patients after transurethral resection of the prostate*. Master Thesis (Nursing), Walailak University, Nakhon Si Thammarat. [In Thai].
- Piwong,R. (2021). *Disorders of the urinary tract*. Retrieved from <http://blog.bru.ac.th/wp-content/uploads/bp-attachments/73387/....pdf>. [In Thai].
- Riedinger C. B., Fantus R. J., Matulewicz R. S., Wernitz R. P., Rodriguez J. F., & Smith N. D. (2019). The impact of surgical duration on complications after transurethral resection of the prostate: An analysis of NSQIP data. *Prostate Cancer Prostatic Dis*. 22(2), 303-308.
- Saeangchai, J., Piyasut, C., & Kaewkulpat, S. (2019). Multimodal pain management: Goal setting for postoperative pain. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 11(2), 161-171. [In Thai].
- Sakulpiyatewan, D., Panuthai, S., & Rhianthong, J. (2023). *Health literacy and self management among older persons with benign prostatic hyperplasia*. 40(1), 35-46. [In Thai].
- Sila, W. (2017). *The effects of symptom management program of gynecological patients after abdominal surgery on postoperative pain and abdominal distention at a tertiary level hospital in Suphanburi Province*. Master Thesis (Nursing), Christian University, Nakhon Pathom. [In Thai].
- Singam, P., Hong, G. E., Ho, C., Hee, T. G., Jasman, H., Inn, F. X., ... Zainuddin, Z.(2015). Nocturia in patients with benign prostatic hyperplasia: Evaluating the significance of ageing, co-morbid illnesses, lifestyle and medical therapy in treatment outcome in real life practice. *The Aging Male*, 18(2), 112–117.
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J.L., & Cheever, K. H. (2010). *Brunner and Suddarth's textbook of medical surgical nursing* (12nd ed.). New York: Lippincott Williams and Wilkins.

- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the state-trait Anxiety inventory (From Y)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Stout, T. E., Borofsky, M., & Soubra, A. (2021). A visual scale for improving communication when describing gross hematuria. *Urology*, 148, 32-36. Retrieved from <https://doi:10.1016/j.urology.2020.10.054>.
- Strategy and Planning Division. (2022). *Tabulation list for morbidity 2021*. Retrieved from https://spd.moph.go.th/wpcontent/uploads/2023/04/ill_2021_full_280921_V2-64.pdf. [In Thai].
- Sundos, B. (2007). *The effects of Orem's self care applied theory on the capabilities in self care practice complication urinary symptoms and length of stay in hospital of the patients under transurethral resection prostatectomy*. Master Thesis (Nursing), Mahasarakham University, Mahasarakham. [In Thai].
- Sundos, B. (2016). The development of clinical nursing practice guideline for continuous bladder irrigation in patient undergoing transurethral resection prostatectomy using evidenced base practice. *Mahasarakham Hospital Journal*, 13(1), 72-87. [In Thai].
- Thai Association for the Study of Pain (TASP). (2009). *Clinical guidance for acute pain management*. Bangkok: Thai Association for the Study of Pain (TASP). [In Thai].
- Thai Urological Association. (2020). *BPH*. Retrieved from https://www.tuanet.org/prostate_disease. [In Thai].
- Tolani, M. A., Suleiman, A., Awaisu, M., Abdulaziz, M. M., Lawal, A. T., & Bello, A. (2020). Acute urinary tract infection in patients with underlying benign prostatic hyperplasia and prostate cancer. *Pain African Medical Journal*, 36(169), 1-9.
- Tzortzis, V., Gravas, S., Melekos, M.M., & de la Rosette, J.J. (2009). Intraurethral lubricants: A critical literature review and recommendations. *Journal of Endourology*, 23(5), 821-826.
- Yang, Y. J., Koh, J. S., Ko, H. J., Cho, K. J., Kim, J. C., ... Pae, C. U. (2014). The influence of depression, anxiety and somatization on the clinical symptoms and treatment response in patients with symptoms of lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia. *Journal Korean Medical Science*, 29(8), 1145-1151.
- Xayyavong, S., Shokebumroong, K., & Juntapim, S. (2020). Patients' anxiety before abdominal surgery and nurse' roles on pre-abdominal surgery preparing in Bolikamxay hospital, Lao PDR. *Journal of Nursing and Health Care*, 38(3), 176-185. [In Thai] .

บทความวิจัย

อิทธิพลของภาวะผู้นำเชิงประกอบการและสภาพแวดล้อมในการทำงานต่อคุณภาพการบริหารทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

The Influence of Entrepreneurial Leadership and Work Environment on Quality of Nursing Administration of Professional Nurses in a University Hospital

นิตยา เนียมหอม (Nittaya Niemhom)*

จรรจา สันตยากร (Chanjar Suntayakorn)**

Received: July 17, 2025

Revised: August 4, 2025

Accepted: September 17, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพหุการันต์ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ภาวะผู้นำเชิงประกอบการ สภาพแวดล้อมในการทำงาน และคุณภาพการบริหารทางการพยาบาล และ 2) อิทธิพลของภาวะผู้นำเชิงประกอบการและสภาพแวดล้อมในการทำงานต่อคุณภาพการบริหารทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ และเป็นพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งและมีประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 162 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามภาวะผู้นำเชิงประกอบการ แบบสอบถามสภาพแวดล้อมในการทำงาน และแบบสอบถามคุณภาพการบริหารทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.50-1.00 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.95, 0.97 และ 0.97 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 1) ภาวะผู้นำเชิงประกอบการโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.04$, S.D. = .45) 2) สภาพแวดล้อมในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.13$, S.D. = .50) และ 3) คุณภาพการบริหารทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.15$, S.D. = .47) 4) ภาวะผู้นำเชิงประกอบการ และสภาพแวดล้อมในการทำงาน สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพการบริหารทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ได้ร้อยละ 67.9 ($R^2 = .679$, $p < .01$)

* Corresponding author: Nittaya Niemhom; E-mail: Nittayaniem@gmail.com

* พยาบาลวิชาชีพ (ฝ่ายการพยาบาล) โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร (Professional Nurse (Nursing Division), Naresuan University Hospital)

**รองศาสตราจารย์ (Associate Professor)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารทางการแพทย์ควรส่งเสริมการสร้างภาวะผู้นำเชิงประกอบการในพยาบาลวิชาชีพและให้ความสำคัญต่อการสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดคุณภาพการบริหารทางการแพทย์ที่ดี

คำสำคัญ: ภาวะผู้นำเชิงประกอบการ, สภาพแวดล้อมในการทำงาน, คุณภาพการบริหารทางการแพทย์, พยาบาลวิชาชีพ

Abstract

The predictive research aimed to explore the level of entrepreneurial leadership, work environment, and quality of nursing administration among professional nurses in a university hospital. Additionally, it also investigated the influence of entrepreneurial leadership and work environment on the quality of nursing administration of professional nurses. This study employed quantitative research design, and data were collected using questionnaires. Stratified Sampling was applied in selecting the samples. This research recruited 162 professional nurses who had been working at a university hospital and have working experiences at least 6 months. The questionnaire was consisted of four sections .1) demographic data 2) the entrepreneurial leadership level of profession nurses 3) the work environment , and 4) the quality of nursing administration. The questionnaire was tested for validity and reliability. The content validity of ranged 0.50-1.00, and the Cronbach's alpha reliability coefficients were 0.95, 0.97, and 0.97, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics (percentage, mean, standard deviation), Pearson's product moment correlation and multiple regression analysis.

The results indicated that: (1) entrepreneurial leadership was at high level ($\bar{X} = 4.04$, S.D. = .45); (2) the work environment was at high level ($\bar{X} = 4.13$, S.D. = .50); (3) the quality of nursing administration was at a high level ($\bar{X} = 4.15$, S.D. = .47), (4) Furthermore, entrepreneurial leadership and work environment significantly predicted the quality of nursing administration among professional nurses in the university hospital, accounted for 67.9 of variance ($R^2 = .679$, $p < .01$)

This research suggest that nursing administration should promote entrepreneurial leadership among professional nurses and foster a supportive work environment conducive to effective practice, thereby enhancing the quality of nursing administration.

Keywords: Entrepreneurial leadership, Work environment, Quality of nursing administration, Professional nurses

ความเป็นมาและความสำคัญ

จากการเปลี่ยนแปลงของภาวะด้านเศรษฐกิจ การเมือง การศึกษาและสถานการณ์โลก ส่งผลกระทบต่อนานาประเทศ ที่นำมาสู่การเปลี่ยนแปลงในวงกว้างที่มีผลต่อสุขภาพ (Klunklin & Uppor, 2022) ทำให้มีการปรับเปลี่ยน การบริหารจัดการในองค์กร ระบบบริการสุขภาพมีการ ปรับตัวครั้งใหญ่ (Nursing Council, 2022) ในกระบวนการนี้ ภาวะผู้นำของพยาบาลวิชาชีพจึงมีบทบาทสำคัญต่อการ ขับเคลื่อนการบริหารงานแบบใหม่ เนื่องจากพยาบาล เป็นบุคลากรที่สำคัญในระบบสุขภาพ (Nursing Division, 2021) ด้วยเหตุนี้ จึงจำเป็นต้องส่งเสริมภาวะผู้นำเพื่อกำหนด ทิศทางการพัฒนาองค์กรให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง เกิดการทำงานร่วมกันแบบบูรณาการและมีเป้าหมาย ที่ชัดเจน เพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ที่มีคุณภาพและนำไปสู่ ความสำเร็จขององค์กร (Awad, Zabady, Elbialy, & Ashour, 2024)

คุณภาพการบริหารทางการพยาบาลในระบบสุขภาพ มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความสามารถในการ แข่งขันทางธุรกิจโดยคำนึงถึงต้นทุน ความรวดเร็ว คุณภาพ ที่เน้นผลลัพธ์การดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ (The Healthcare Accreditation Institute, 2022) ซึ่งในที่นี้ หมายถึง การมีระบบการควบคุมคุณภาพการบริการ การประกันคุณภาพ การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล อย่างต่อเนื่อง เพื่อผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Chirathamakul, 2016) โดยพยาบาลบางกลุ่มได้นำแนวคิด ภาวะผู้นำเชิงประกอบการมาดำเนินการ (Agung, Landra, Sudia, Ximenes, & Sarmawa, 2020). นำความรู้ ทักษะ รวมถึงแนวทางการวางแผนการให้บริการด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย (Alsadaan, et al., 2023)

ภาวะผู้นำเชิงประกอบการนับเป็นส่วนสำคัญของ ภาวะผู้นำในพยาบาลวิชาชีพ ทั้งนี้เนื่องจากผู้นำในรูปแบบ นี้มีพฤติกรรมที่ช่วยส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์ ความคิด ริเริ่ม การตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพ มีความท้าทายและ รับมือกับความไม่แน่นอน นำไปสู่การทำงานอย่างมี ประสิทธิภาพ (Saleh, Ata, Abd-Elhamid, Eltahan, Dailah, & Elsabahy, 2025) ด้วยเหตุนี้ ผู้นำจึงต้องเตรียม ความพร้อมในด้านต่างๆ เช่น การยอมรับการเปลี่ยนแปลง

และปรับตัวอย่างรวดเร็ว รวมทั้งการสร้างวัฒนธรรมเพื่อ สภาพแวดล้อมในการทำงานที่ดี (Anunthawichak, 2023) อีกทั้งยังต้องพัฒนาคุณภาพการบริหารทางการพยาบาล ควบคู่กับงานให้บริการผู้ป่วย ทั้งนี้ พยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องมีภาวะผู้นำเชิงประกอบการและมีส่วนร่วมอย่าง เต็มที่ในการปฏิบัติวิชาชีพพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ (George & Massey, 2020)

สภาพแวดล้อมในการทำงาน เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ ส่งผลต่อคุณภาพการบริหารการพยาบาล จัดเป็นสภาวะการณ์ ที่เอื้ออำนวยในการปฏิบัติงานที่ดี ย่อมส่งผลดีต่อการ ปฏิบัติงานที่สูงตามมาด้วย (Wichianrat, Thongsuk, & Chukumnerd, 2022) การปรับสภาพแวดล้อมในการทำงาน ให้ดี นับเป็นการเพิ่มความพึงพอใจในงานที่ปฏิบัติและ ลดความเหนื่อยล้าของการทำงานและเพิ่มคุณค่าของ งานบริการ เป็นอีกหนึ่งองค์ประกอบที่เอื้อต่อการให้บริการ และเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสู่ความสำเร็จของคุณภาพการบริหาร การพยาบาล (The Healthcare Accreditation Institute, 2022)

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง เป็นโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยระดับตติยภูมิ ที่เน้นการให้บริการบำบัดรักษา และการดูแลผู้ป่วย โดยมีองค์กรพยาบาลดำเนินการด้าน บริการเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษาโรคและ ฟื้นฟูให้หายจากความเจ็บป่วยจากโรคต่างๆ จากแผน ปฏิบัติการประจำปี 2567 กำหนดเป้าหมายของผลลัพธ์ ด้านการบริหารทางการพยาบาลมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 แต่จากรายงานข้อมูลสำคัญด้านการพยาบาล ปี 2565-2567 พบว่า ร้อยละของผลลัพธ์ด้านการบริหาร ทางการพยาบาล ปี 2565, 2566 และ 2567 มีจำนวนร้อยละ 63.6, 55.0 และ 60.0 ตามลำดับ ซึ่งไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ที่ตั้งไว้ (Annual Report of Nursing Department Naresuan University Hospital, 2024) นอกจากนี้ แผนปฏิบัติการประจำปี 2567 กำหนดเป้าหมายความ พึงพอใจในงานและความผูกพันต่อองค์กรปี 2567 มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ผลจากการสำรวจความ พึงพอใจพบว่า ความพึงพอใจในงานร้อยละ 73.7 และ ความพึงพอใจสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ร้อยละ 74 ซึ่งต่ำกว่า เป้าหมายที่ตั้งไว้ (Annual Report of Nursing Department

Naresuan University Hospital, 2024) นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับภาวะผู้นำเชิงประกอบการในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการศึกษา อิทธิพลของภาวะผู้นำเชิงประกอบการและสภาพแวดล้อมในการทำงานต่อคุณภาพการบริหารจัดการทางพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง เพื่อนำไปเป็นข้อมูลสนับสนุนในการพัฒนาคุณภาพงานบริการ ส่งเสริมการสร้างสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ดี และเพื่อสนับสนุนงานบริการให้เกิดประสิทธิภาพที่ดีต่อผู้รับบริการตามมาตรฐานต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

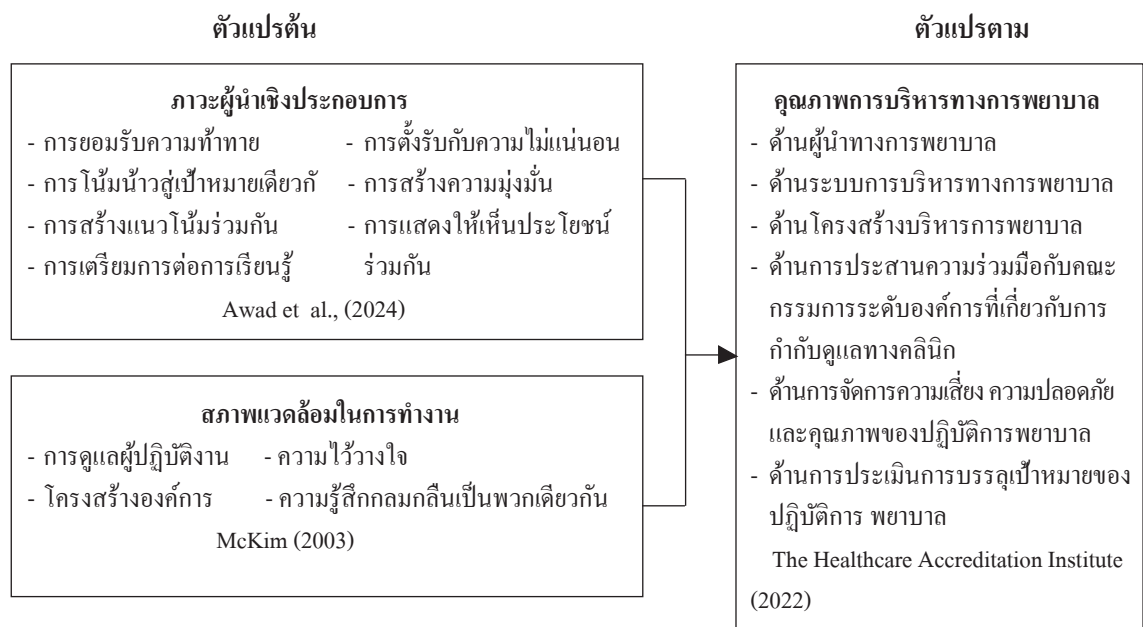
1. เพื่อศึกษาระดับภาวะผู้นำเชิงประกอบการ สภาพแวดล้อมในการทำงานและคุณภาพการบริหารจัดการทางพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของภาวะผู้นำเชิงประกอบการและสภาพแวดล้อมในการทำงาน ที่ร่วมกันทำนายคุณภาพการบริหารจัดการทางพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

สมมติฐานการวิจัย

ภาวะผู้นำเชิงประกอบการและสภาพแวดล้อมในการทำงานมีอิทธิพลต่อคุณภาพการบริหารจัดการทางพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาอิทธิพลของภาวะผู้นำเชิงประกอบการและสภาพแวดล้อมในการทำงานต่อคุณภาพการบริหารจัดการทางพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ผู้วิจัยใช้แนวคิดภาวะผู้นำเชิงประกอบการของอาวัดและคณะ (Awad et al., 2024) สภาพแวดล้อมในการทำงานของแมคคิม (McKim, 2003) และคุณภาพการบริหารจัดการทางพยาบาลของมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (The Healthcare Accreditation Institute, 2022) โดยตัวแปรต้น คือ ผู้นำเชิงประกอบการและสภาพแวดล้อมในการทำงาน ส่วนตัวแปรตาม คือ คุณภาพการบริหารจัดการทางพยาบาลสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้



รูปที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพยากรณ์ (Predictive research) โดยการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ P3-0102/2567 วันที่รับรอง 9 มกราคม 2568 โดยดำเนินการวิจัย ดังนี้

สถานที่วิจัย คือ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพทุกแผนกของโรงพยาบาล และทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2568 ถึง เมษายน 2568

เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่างคือ 1) พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป 2) ปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในฝ่ายการพยาบาลตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม 4) เซ็นต์ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่างคืออะไร 1) ผู้ที่ลาศึกษาต่อ/ลาตลอด 2) ผู้ที่กำลังรักษาตัวในโรงพยาบาล 3) ผู้ที่มีตำแหน่งบริหารทางการพยาบาล

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ดังนี้ 1) การสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) เพื่อเลือกแผนกในกลุ่มงานการพยาบาลโดยการคำนวณตามสัดส่วนประชากรของแต่ละงานการพยาบาลต่างๆ ทั้ง 11 งานการพยาบาล (Proportional random sampling) (Srisatisnarakun, 2020) เพื่อให้ตัวแทนประชากรจำนวน 162 คน 2) การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยใช้โปรแกรม random ในอินเทอร์เน็ตแบบเก่า เพื่อความสะดวกและรวดเร็วกำหนดกลุ่มตัวอย่าง โดยการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วย G* Power โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) อยู่ในช่วงปานกลาง คือ 0.15 (Srisatisnarakun, 2020) ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of significance) ที่ระดับ .05 และอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ระดับ .80 (Srisatisnarakun, 2020) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

147 คน และเพื่อทดแทนข้อมูลที่อาจไม่ครบถ้วน รวมทั้งให้การวิเคราะห์มีความน่าเชื่อถือมากขึ้น ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ 162 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ประสบการณ์การทำงานในวิชาชีพ พยาบาล รายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษาและแผนกที่ปฏิบัติงาน จำนวนทั้งสิ้น 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาวะผู้นำเชิงประกอบการ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดอาวัดและคณะ (Awad, et.al, 2024) ประกอบด้วย 7 ด้าน คือ 1) ด้านการยอมรับความท้าทาย 5 ข้อ 2) ด้านการตั้งรับความไม่แน่นอน 4 ข้อ 3) ด้านโน้มน้าวสู่เป้าหมายเดียวกัน 5 ข้อ 4) ด้านการสร้างความมุ่งมั่น 6 ข้อ 5) ด้านการสร้างแนวโน้มนร่วมกัน 4 ข้อ 6) การแสดงให้เห็นประโยชน์ร่วมกัน 8 ข้อ และ 7) ด้านการเตรียมการต่อการเรียนรู้ 5 ข้อ รวม 37 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 1-5 ระดับ (โดยที่ ระดับ 5 = เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด 4 = เห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก 3 = เห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง 2 = เห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย 1 = ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น) สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 4.50-5.00 หมายถึง ภาวะผู้นำเชิงประกอบการของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับมากที่สุด 3.50-4.49 หมายถึง ภาวะผู้นำเชิงประกอบการของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับมาก 2.50-3.49 หมายถึง ภาวะผู้นำเชิงประกอบการของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง 1.50-2.49 หมายถึง ภาวะผู้นำเชิงประกอบการของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับต่ำ 1.00-1.49 หมายถึง ภาวะผู้นำเชิงประกอบการของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับต่ำที่สุด (Karnasut, 1999)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสภาพแวดล้อมในการทำงาน ผู้วิจัยพัฒนาตามกรอบแนวคิดของแมคคิม (McKim, 2003) ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการดูแลผู้ป่วยปฏิบัติงาน

5 ข้อ 2) ด้านความไว้วางใจ 5 ข้อ 3) ด้านโครงสร้างองค์การ 5 ข้อ 4) ด้านความรู้สึกกลมเกลียวเป็นพวกเดียวกัน 5 ข้อ รวม 20 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราการประเมินค่า (Rating scale) 1- 5 ระดับ (โดยที่ ระดับ 5 = เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด 4 = เห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก 3 = เห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง 2 = เห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย 1 = ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น) สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 4.50-5.00 หมายถึง สภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับมากที่สุด 3.50-4.49 หมายถึง สภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับมาก 2.50-3.49 หมายถึง สภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับปานกลาง 1.50-2.49 หมายถึง สภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับต่ำ 1.00-1.49 หมายถึง สภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับต่ำที่สุด (Karnasut, 1999)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพการบริหารทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (The Healthcare Accreditation Institute, 2022) ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านผู้นำการพยาบาล 4 ข้อ 2) ด้านระบบบริหารทางการพยาบาล 6 ข้อ 3) ด้านโครงสร้างบริหารการพยาบาล 5 ข้อ 4) ด้านการประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการระดับองค์กรเกี่ยวกับการกำกับดูแลทางคลินิก 5 ข้อ 5) ด้านการจัดการความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพของปฏิบัติการพยาบาล 5 ข้อ 6) ด้านการบรรลุเป้าหมายของปฏิบัติการพยาบาล 5 ข้อ รวม 30 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราประเมินค่า (Rating scale) 1-5 ระดับ (โดยที่ ระดับ 5 = เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด 4 = เห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก 3 = เห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง 2 = เห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย 1 = ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น) สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 4.50-5.00 หมายถึง คุณภาพการบริหารทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับมากที่สุด 3.50-4.49 หมายถึง คุณภาพการบริหารทางการพยาบาลของพยาบาล

วิชาชีพอยู่ในระดับระดับมาก 2.50-3.49 หมายถึง คุณภาพการบริหารทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง 1.50-2.49 หมายถึง คุณภาพการบริหารทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับระดับต่ำ 1.00-1.49 หมายถึง คุณภาพการบริหารทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับต่ำที่สุด (Karnasut, 1999)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามภาวะผู้นำเชิงประกอบการ สภาพแวดล้อมในการทำงาน และคุณภาพการบริหารทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ดังนี้ อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการบริหารทางการพยาบาล การวิจัยทางการพยาบาล และผู้มีความรู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับเรื่องที่ผู้วิจัยศึกษา จำนวน 3 ท่าน และผู้บริหารทางการพยาบาล ที่มีวุฒิการศึกษาปริญญาโทขึ้นไป มีประสบการณ์การบริหารการพยาบาลในหอผู้ป่วย และมีความเชี่ยวชาญทางการวิจัย จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มีค่าดัชนีความสอดคล้อง ค่า IOC (Index of concurrence) อยู่ระหว่าง 0.50-1.00 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามภาวะผู้นำเชิงประกอบการ สภาพแวดล้อมในการทำงาน และคุณภาพการบริหารทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามดังกล่าว ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ภาพรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.98 และรายด้านเท่ากับ 0.95, 0.97 และ 0.97 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร ที่ขอเก็บข้อมูล มีพยาบาลวิชาชีพครบเกณฑ์ 162 คน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง 1 ครั้ง เมื่อพยาบาลวิชาชีพพร้อม ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ดำเนินการพิทักษ์สิทธิโดยชี้แจงถึงโครงการวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ

วิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ COA No. 004/2025 เลข IRB No. P3-102/2567 วันที่รับรอง 9 มกราคม 2568 รวมทั้งแจ้งว่า ข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม สิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม ใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 40 นาที และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2568 ถึง เมษายน 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้พรรณนาด้วยการแจกความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ภาวะผู้นำเชิงประกอบการ สภาพแวดล้อมในการทำงาน และคุณภาพการบริหารทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกโดยรวมและรายด้าน
3. วิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำเชิงประกอบการ สภาพแวดล้อมในการทำงาน กับคุณภาพการบริหารทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson’s Product Moment Correlation) เกณฑ์การแปลผลระดับความสัมพันธ์ (Srisatisnarakun, 2020) (ดังนี้ 0.00 = ไม่มีความสัมพันธ์กัน 0.01-0.29 =

มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ 0.30-0.69 = มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง 0.70-0.99 = มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง 1.00 = มีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์)

4. วิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบทั้งหมดที่ระดับ .05 (Srisatisnarakun, 2020)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 31 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.1 สถานภาพโสดร้อยละ 69.1 ประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาลเฉลี่ย 8 ปี รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 30,000 -40,000 บาท ร้อยละ 59.9 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 98.1
2. ภาวะผู้นำเชิงประกอบการของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างมีภาวะผู้นำเชิงประกอบการของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.04, S.D. = .45) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการสร้างความมุ่งมั่น ($\bar{X}$ = 4.30, S.D. = .48) รองลงมา คือ ด้านการโน้มน้าวสู่เป้าหมายเดียวกัน ($\bar{X}$ = 4.11, S.D. = .55) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านการแสดงให้เห็นประโยชน์ร่วมกัน ($\bar{X}$ = 3.83, S.D. = .58) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับภาวะผู้นำเชิงประกอบการของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกโดยรวมและรายด้าน

ภาวะผู้นำเชิงประกอบการของพยาบาลวิชาชีพ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ด้านการยอมรับความท้าทาย	4.06	.51	มาก
2. ด้านการตั้งรับกับความไม่แน่นอน	4.02	.52	มาก
3. ด้านการโน้มน้าวสู่เป้าหมายเดียวกัน	4.11	.55	มาก
4. ด้านการสร้างความมุ่งมั่น	4.30	.48	มาก
5. ด้านการสร้างแนวโน้มนร่วมกัน	4.10	.55	มาก
6. ด้านการแสดงให้เห็นประโยชน์ร่วมกัน	3.83	.58	มาก
7. ด้านการเตรียมการต่อการเรียนรู้	3.84	.61	มาก
โดยรวม	4.04	.45	มาก

2. สภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างมีสภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.13$, S.D. = .50) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ย

สูงสุด คือ ด้านความไว้วางใจ ($\bar{X} = 4.16$, S.D. = .57) รองลงมาคือ ด้านการดูแลผู้ป่วยปฏิบัติงาน ($\bar{X} = 4.15$, S.D. = .59) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านโครงสร้างองค์การ ($\bar{X} = 4.06$, S.D. = .52) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกโดยรวมและรายด้าน

สภาพแวดล้อมในการทำงาน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ด้านการดูแลผู้ป่วยปฏิบัติงาน	4.15	.59	มาก
2. ด้านความไว้วางใจ	4.16	.57	มาก
3. ด้านโครงสร้างองค์การ	4.06	.52	มาก
4. ด้านความรู้สึกลมกลืนเป็นพวกเดียวกัน	4.13	.58	มาก
โดยรวม	4.13	.50	มาก

3. คุณภาพการบริหารทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพการบริหารทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.15$, S.D. = .47) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านโครงสร้างการบริหารการพยาบาล

($\bar{X} = 4.28$, S.D. = .56) รองลงมา คือ ด้านการประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการระดับองค์การเกี่ยวกับการกำกับดูแลทางคลินิก ($\bar{X} = 4.23$, S.D. = .54) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านระบบบริหารทางการพยาบาล ($\bar{X} = 3.94$, S.D. = .61) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพการบริหารทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกโดยรวมและรายด้าน

คุณภาพบริหารทางการพยาบาล	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ด้านผู้นำทางการพยาบาล	4.06	.50	มาก
2. ด้านระบบบริหารทางการพยาบาล	3.94	.61	มาก
3. ด้านโครงสร้างบริหารการพยาบาล	4.28	.56	มาก
4. ด้านการประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการระดับองค์การเกี่ยวกับการกำกับดูแลทางคลินิก	4.23	.54	มาก
5. ด้านการจัดการความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพของปฏิบัติการพยาบาล	4.17	.55	มาก
6. ด้านการประเมินการบรรลุเป้าหมายของปฏิบัติการพยาบาล	4.20	.58	มาก
โดยรวม	4.15	.47	มาก

4. ภาวะผู้นำเชิงประกอบการมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพการบริหารทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .744$) และสภาพแวดล้อมในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพการบริหารทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .790$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำเชิงประกอบการและสภาพแวดล้อมในการทำงานกับคุณภาพการบริหารทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r)	p-value	การแปลผลระดับความสัมพันธ์
ภาวะผู้นำเชิงประกอบการ	.744***	< .001	สูง
สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน	.790***	< .001	สูง

***p-value < .001

5. เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ คือ คุณภาพการบริหารทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ภาวะผู้นำเชิงประกอบการและสภาพแวดล้อมในการทำงาน สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพการบริหารทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ได้ร้อยละ 67.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ระหว่างภาวะผู้นำเชิงประกอบการและสภาพแวดล้อมในการทำงานกับคุณภาพการบริหารทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

Model	ลำดับขั้นตัวแปรพยากรณ์	R	R ²	R ² change	F	p-value
1	ภาวะผู้นำเชิงประกอบการ	.790	.624	.624	265.349***	.000
2	ภาวะผู้นำเชิงประกอบการและสภาพแวดล้อมในการทำงาน	.824	.679	.055	27.109***	.000

***p < .001

6. เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ คือ ภาวะผู้นำเชิงประกอบการและสภาพแวดล้อมในการทำงาน ในรูปคะแนนดิบ (b) เท่ากับ .368 และ .494 ตามลำดับ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรพยากรณ์ ในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ .351 และ.529 มีค่าสัมประสิทธิ์พหุคูณ (R) เท่ากับ . 824 มีค่าอำนาจในการทำนาย (R²) ได้ร้อยละ 67.9 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F = 167.879$)และค่าคงที่ของสมการพยากรณ์ (Constant) ในรูปคะแนนดิบเท่ากับ .620 ดังตารางที่ 6และสามารถเขียนสมการทำนายคุณภาพการบริหารทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในรูปคะแนนดิบ

$$Y_{\text{(คุณภาพการบริหารทางการแพทย์)}} = .620 + .368_{\text{(ภาวะผู้นำเชิงประกอบการ)}} + .494_{\text{(สภาพแวดล้อมในการทำงาน)}}$$

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{\text{(คุณภาพการบริหารทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพ)}} = .351_{\text{(ภาวะผู้นำเชิงประกอบการ)}} + .529_{\text{(สภาพแวดล้อมในการทำงาน)}}$$

ตารางที่ 6 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรพยากรณ์คุณภาพการบริหารทางการแพทย์ในรูปคะแนนดิบมาตรฐาน (Beta) ของสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้พยากรณ์คุณภาพการบริหารทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ที่ได้จากการคัดเลือกตัวแปร ด้วยวิธี Stepwise Regression

ตัวแปรพยากรณ์	B	S.E	Beta	t	p-value
สภาพแวดล้อมในการทำงาน	.494	.063	.529	7.848	< .001
ภาวะผู้นำเชิงประกอบการ	.368	.071	.351	5.207	< .001

Constant = .620, R = .824, R² = .679 adjust, R² = .675, F = 167.879**

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า 1. กลุ่มตัวอย่างมีภาวะผู้นำเชิงประกอบการโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.04$, S.D. = .45) อภิปรายได้ว่าภาวะผู้นำเชิงประกอบการของพยาบาลวิชาชีพประกอบด้วยการยอมรับความท้าทาย สร้างแนวโน้มและมีเป้าหมายเดียวกัน การตั้งรับกับความไม่แน่นอนเตรียมพร้อมต่อการเรียนรู้และสร้างความมุ่งมั่นเพื่อแสดงให้เห็นผลประโยชน์ร่วมกันในการคิดเพื่ออนาคตอย่างมีกลยุทธ์ (Li, Makhdoom, & Asim, 2020) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการสร้างควมมุ่งมั่น มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ทั้งนี้ อาจเพราะงานของพยาบาลมีการกำหนดบทบาทความรับผิดชอบที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร ตลอดจนการกำหนดภาระงานที่ต้องสร้างความร่วมมือระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ด้วยเหตุนี้ ความมุ่งมั่นมีผลโดยตรงให้เกิดความตั้งใจและทุ่มเทในการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้รับบริการปลอดภัยและพึงพอใจในการดูแล ซึ่งความมุ่งมั่นยังช่วยส่งเสริมแรงบันดาลใจในการทำงานเป็นทีม (Annual Report of Nursing Department Naresuan University Hospital, 2024) อีกทั้งความมุ่งมั่นที่เกิดจากความร่วมมือในการทำงาน ยังช่วยกระตุ้นให้พยาบาลเกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องในการพัฒนาศักยภาพของตนเองและยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (Kimbu et al, 2021) เสริมสร้างพลังบวกให้พยาบาลในการทำงาน แสดงออกถึงการเริ่มแนวคิดใหม่และนวัตกรรม การประนีประนอมความไว้วางใจและการสื่อสารที่ดี (Bagheri & Harrison, 2020) สอดคล้องกับการศึกษาของ อาคิล เอลกันนัมและฟัตตาห์ (Akeel, Elghannam, & Fattah, 2023) ศึกษาภาวะผู้นำเชิงประกอบการและ

ความผูกพันในงานของผู้บริหารทางพยาบาลในโรงพยาบาล นัสเซอร์ ผลการศึกษาพบว่าระดับภาวะผู้นำเชิงประกอบการโดยรวมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 40 แสดงให้เห็นว่า ด้วยเหตุนี้ภาวะผู้นำเชิงประกอบการเป็นความสามารถที่สำคัญต่อการสร้างสิ่งใหม่ๆ แสวงหาทิศทางให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง ก่อให้เกิดความรู้สึกที่ดี มุ่งมั่น และความไว้วางใจของผู้ร่วมงานกัน (Bagheri & Harrison, 2020) ด้วยเหตุนี้ ภาวะผู้นำเชิงประกอบการของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง โดยรวมจึงอยู่ในระดับมาก

2. สภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างมีสภาพแวดล้อมในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 4.13$, S.D. = .50) อภิปรายได้ว่าสภาพแวดล้อมในการทำงาน นับเป็นสิ่งที่สำคัญ ที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน อาจเพราะการมีเพื่อนร่วมงานที่ดีส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการทำงานจนนำมาสู่ความสำเร็จขององค์กร สามารถบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (The Healthcare Accreditation Institute, 2022) ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาเพิ่มเติม พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านความไว้วางใจ ($\bar{X} = 4.16$, S.D. = .57) อภิปรายได้ว่าลักษณะงานของพยาบาลมีบทบาทที่ชัดเจน ต้องรับผิดชอบต่อผู้ป่วยและญาติด้วย รวมถึงให้การดูแลตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายกลับบ้าน สะท้อนให้เห็นว่า ในบริบทของงานวิชาชีพพยาบาลนั้น ความไว้วางใจเป็นพื้นฐานสำคัญต่อสัมพันธภาพของเพื่อนร่วมงาน และเป็นแรงผลักดันให้เกิดการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ กล่าวคือ พยาบาลวิชาชีพต้องปฏิบัติงานบนความรับผิดชอบโดยตรงต่อชีวิตของผู้ป่วยและญาติ หากเพื่อนร่วมงานยอมรับฟัง

ความคิดเห็นและพร้อมปฏิบัติงานร่วมกัน ให้เกียรติซึ่งกันและกัน ย่อมสร้างความไว้วางใจนำมาสู่ความสำเร็จของทีมงาน เกิดกระบวนการเรียนรู้ได้อย่างต่อเนื่อง (McKim, 2003) สอดคล้องกับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง เปิดโอกาสรับฟังความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานจากการเข้าร่วมประชุมในเวทีขององค์กรพยาบาล เปิดช่องทางรับความคิดเห็นในกลุ่ม Line Open Chat เพื่อรับฟังปัญหาของผู้ปฏิบัติงาน นำมาบริหารจัดการแก้ไขปัญหาลงมือให้เกิดความไว้วางใจในการทำงาน นอกจากนี้องค์กรมีระบบพยาบาลที่เล็งในการดูแลพยาบาลที่เข้ามาปฏิบัติงานใหม่ ทั้งก่อนและหลังผ่านระบบที่เล็ง กลยุทธ์ Walk and Talk ลงเยี่ยมพูดคุยกับทุกหน่วยงาน สร้างบรรยากาศเป็นกันเอง รวมทั้งการจัดกิจกรรม Enjoy Your Life For High Standard เพื่อเสริมสร้างทัศนคติที่ดีเกิดความไว้วางใจซึ่งกัน (Annual Report of Nursing Department Naresuan University Hospital, 2024) โดยมุ่งหวังให้พยาบาลวิชาชีพ สร้างสัมพันธภาพที่ดี นำมาสู่การทำงานร่วมกันด้วยความไว้วางใจ นับเป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมให้งานบริการพยาบาล เกิดคุณภาพบริการที่ดีและบรรลุตามเป้าหมายขององค์กรที่ตั้งไว้ (Leejarean, 2022) ผลการวิจัยครั้งนี้ เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของนฤมล ศิลวิศาล และวาสนิ วิเศษฤทธิ์ (Sinwisarn & Wisetrith, 2019) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การปฏิบัติงาน การอบรมเฉพาะทาง ความฉลาดทางอารมณ์ สภาพแวดล้อมในการทำงานกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยศาสตร์หัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิพบว่า สภาพแวดล้อมในการทำงานอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของชนิดาภา มิ่งมูล, อารี ชิวเกษมสุข และเปรมฤทัย น้อยหมั่น ไวย (Mingmoon, Cheevakasemsook, & Noinuemwai, 2022) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ทุนจิตวิทยาเชิงบวกกับสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ดีของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจนเนอเรชันวาย โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษพบว่า สภาพแวดล้อมของการปฏิบัติงานที่ดีมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ข้อค้นพบดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าเมื่อพยาบาลวิชาชีพทำงานด้วยความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ย่อมส่งผลให้เกิดความมั่นคงในการปฏิบัติงานบริการ เกิดคุณภาพที่ดีตามมาตรฐานวิชาชีพ ด้วยเหตุนี้

ระดับสภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง โดยภาพรวมจึงอยู่ในระดับมาก

3. คุณภาพการบริหารจัดการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพการบริหารจัดการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 4.15$, S.D. = .47) อภิปรายได้ว่า การบริหารจัดการพยาบาลเป็นกระบวนการที่สำคัญ ทั้งการควบคุมระบบการบริการสุขภาพให้เกิดประสิทธิภาพ เพื่อให้บริการด้านการพยาบาลที่มีคุณภาพสูงสุด เพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัยและพึงพอใจ รวมทั้งมีการประสานงานระหว่างทีมการดูแลบุคลากรอื่นๆ ให้บรรลุพันธกิจขององค์กร (The Healthcare Accreditation Institute, 2022) เมื่อพิจารณาารายด้านพบว่า อยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ ด้านโครงสร้างบริหารการพยาบาล ($\bar{X} = 4.28$, S.D. = .56) อภิปรายได้ว่า โครงสร้างบริหารการพยาบาลมีความสำคัญเกี่ยวกับการกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพสูงสุด ผู้รับบริการปลอดภัยพึงพอใจในระบบบริการ การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล สามารถให้การพยาบาลอย่างครบถ้วนปลอดภัย ไม่เกิดข้อร้องเรียน (Naratto & Juntachum, 2022) สอดคล้องกับ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง เป็นองค์กรพยาบาลที่มุ่งเน้นการบริการที่เป็นเลิศในด้านคุณภาพของการให้บริการสอดคล้องตามมาตรฐานวิชาชีพ และมุ่งพัฒนานุเคราะห์ทางการพยาบาลตามมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ มีระบบการนิเทศ กำกับดูแลในแต่ละเดือนวางแผนไว้ชัดเจน จัดระบบสนับสนุนและส่งเสริมวัฒนธรรมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย นโยบาย 3P Safety และมาตรฐานสำคัญต่อความเจ็บป่วย (9 Essential Standard+2) เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการและความปลอดภัยอย่างเป็นรูปธรรม อีกทั้งยังมีการกำหนดค่านโยบายจากฝ่ายการพยาบาลลงสู่ผู้ปฏิบัติงานอย่างมีลายลักษณ์อักษร มุ่งเน้นการพัฒนาสมรรถนะอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บริการต่อสังคม (Annual Report of Nursing Department Naresuan University Hospital, 2024) ผลการวิจัยครั้งนี้ เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของนิชิโอ, ลาซารินิ, ซัลวาดอร์และอินโนเซนโซ

(Nishio, Lazarini, Salvador, & Innocenzo, 2021) ศึกษาการนำแบบจำลองการบริหารจัดการพยาบาลไปใช้ในโรงพยาบาล 16 แห่งพบว่า การดำเนินการและการติดตามรูปแบบการบริการทางการพยาบาลโดยใช้โมเดล ได้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลอยู่ในระดับสูง ข้อค้นพบดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การสร้างวัฒนธรรมความเป็นเลิศในการดูแล ทั้งในระดับปฏิบัติการและผู้บริหาร ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการทำงานและการพัฒนาคุณภาพบริการทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (Yongchaiyoot & Arannapoom, 2024) ดังนั้น การพัฒนากระบวนการบริหารอย่างต่อเนื่องย่อมเกิดประโยชน์ตามมาตรฐานและคุณภาพการบริการที่ดี อีกทั้งสร้างความพึงพอใจ ปลอดภัยต่อผู้รับบริการ (Nursing Division, 2021) ทั้งนี้ พยาบาลวิชาชีพพบว่า การบริหารทางการพยาบาลที่มีคุณภาพจะส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาลที่ได้มาตรฐานสากล ส่งผลให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจเกิดคุณภาพการบริการที่ดี ด้วยเหตุนี้ระดับการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อคุณภาพการบริหารทางการพยาบาลจึงอยู่ในระดับมาก

4. ภาวะผู้นำเชิงประกอบการและสภาพแวดล้อมในการทำงานสามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพการบริหารทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ($Beta = .351$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สะท้อนให้เห็นว่า ในมิติภาวะผู้นำเชิงประกอบการด้านการยอมรับความท้าทายนั้น พยาบาลวิชาชีพรับรู้ความสามารถของตนเอง มีการตั้งเป้าหมายและมาตรฐานสูงเพื่อพัฒนาคุณภาพบริหารทางการพยาบาล (Yang, Pu, & Guan, 2019) ส่วนในด้านการสร้างความมุ่งมั่นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับมากขององค์ประกอบภาวะผู้นำเชิงประกอบการนั้น แสดงให้เห็นว่าการสร้างแรงบันดาลใจและความผูกพันในการทำงาน ตลอดจนสร้างความร่วมมือระหว่างสมาชิกในทีมงาน (Awad et al., 2024) โดยเน้นมองหาโอกาสและเสริมสร้างพลังอำนาจ ตลอดจนสร้างบรรยากาศในการทำงานที่เอื้อต่อการเกิดแรงจูงใจ นำมาสู่ความผาสุกของบุคลากร ซึ่งเป็นรากฐานอันก่อให้เกิดคุณภาพการบริหารที่ดีขึ้นทั้งระดับหน่วยงานและองค์การ (Bagheri, & Harrison, 2020) ที่ช่วยส่งผลต่อพยาบาลวิชาชีพให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการบริหารทางการพยาบาล รวมทั้งการคิดริเริ่มและสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาล

(Shieferaw, Birbisa, & Werke, 2023) อีกทั้ง ประสิทธิภาพการบริหารทางการพยาบาลและผลลัพธ์ด้านคุณภาพการดูแล ที่เน้นความปลอดภัยและป้องกันการเกิดความเสี่ยงทั้งองค์การ ตลอดจนการส่งเสริมการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพทั้งด้านวิชาการ การสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาล (Saleh et al., 2025) นอกจากนี้ นโยบายของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ได้ดำเนินงานในรูปแบบโครงสร้างคณะกรรมการในระดับหอผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความมุ่งมั่นต่อการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เรื่อง 3P Safety และมาตรฐานสำคัญจำเริญต่อความปลอดภัย (Essential standard) มีการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกในประเด็นของ Essential standard ปรับปรุงกระบวนการพัฒนาคุณภาพการบริหารทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เกิดผลลัพธ์ของการพัฒนาความปลอดภัยอย่างเป็นรูปธรรม เช่น การพัฒนาคุณภาพระบบ Emergency response โดยใช้ Early warning sign การพัฒนาระบบ Administration Medication Safety โดยใช้นโยบาย Double Check (6R + 5Check) เป็นต้น ในส่วนด้านระบบการบริหารทางการพยาบาลได้มีการจัดทำแนวปฏิบัติและจัดอบรมบุคลากรเพื่อนำความรู้ไปพัฒนางานพยาบาลให้เกิดคุณภาพการบริหารที่ดี เช่น โครงการประชุมวิชาการพัฒนาคุณภาพระดับภาค ของสาธารณสุข เขต 2,3 (Reginal Forum) โครงการประกวดการพัฒนาคุณภาพ (Med Nu Quality 2024) (Annual Report of Nursing Department Naresuan University Hospital, 2024) และโครงการ KM : Nursing Quality Management เป็นต้น (Annual Report of Nursing Department Naresuan University Hospital, 2024) อีกทั้งได้นำเทคโนโลยีที่เหมาะสม อาทิเช่น โครงการพัฒนาวิธีจัดเก็บข้อมูลในหน่วยงาน โครงการอบรม Digital Transformations การอบรมเพื่อสืบค้นการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นต้น เพื่อการพัฒนากระบวนการทางพยาบาลอย่างเป็นระบบและครอบคลุม ตลอดจนการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลด้านคลินิก ได้จัดทำมาตรฐานการพยาบาลรายโรคและกลุ่มโรคสำคัญ โปรแกรม PWES (Pediatric Early Warning Score) และ SOS Score (Search out Severity Score) จัดทำคลังความรู้ใน Website ของฝ่ายการพยาบาลให้เข้าถึงได้ง่าย

โดยนำเทคโนโลยีที่เหมาะสมเพื่อแก้ปัญหาทางการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง รวดเร็วและผู้ป่วยปลอดภัย อีกทั้งยังจัดโครงการเพื่อพัฒนาด้านเทคโนโลยี ในประเด็นด้านผู้นำทางการพยาบาลได้มีการพัฒนาภาวะความเป็นผู้นำของพยาบาลวิชาชีพระหว่างการปฏิบัติงานหรือบุคลากรที่มีวุฒิต่ำกว่า โดยองค์การมีระบบที่เลี้ยงในการควบคุมกำกับ ติดตาม และจัดอบรมพัฒนาสมรรถนะที่เลี้ยงเพื่อสร้างความเป็นผู้นำให้กับพยาบาลวิชาชีพและในด้านของการพัฒนาความรู้ ความสามารถของบุคลากรด้านสมรรถนะผู้นำการจัดการและการพัฒนาคุณภาพ ผลลัพธ์ในการประเมินมีคะแนนอยู่ที่ร้อยละ 78.1-83.8 ได้มีการนำผลมาจัดอบรม และกิจกรรม On the Job Training พัฒนาความรู้ ความสามารถและทักษะให้สอดคล้องกับภาวะผู้นำต่อการจัดการพัฒนางานคุณภาพ (Annual Report of Nursing Department Naresuan University Hospital, 2024) ผลการวิจัยครั้งนี้ เป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของซาเลห์ และคณะ (Saleh et al., 2025) ศึกษา การสร้างผู้นำด้านพยาบาล อิทธิพลของโปรแกรมความเป็นผู้นำเชิงประกอบการต่อต้านวัฒนธรรมและประสิทธิภาพทางคลินิกของพยาบาลฝึกงาน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านความรู้เกี่ยวกับการเป็นผู้ประกอบการ ข้อค้นพบดังกล่าว แสดงให้เห็นถึงความสำคัญอย่างยิ่งในการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะผู้นำเชิงประกอบการซึ่งมีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการทำงานทั้งหมด และเป็นรากฐานของคุณภาพการบริหารทางการพยาบาล ที่สะท้อนผ่านประสิทธิภาพของผู้ปฏิบัติงาน นำมาสู่ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่เป็นเลิศต่อผู้รับบริการ (Kimbu et al., 2021)

งานวิจัยครั้งนี้ เมื่อศึกษาเพิ่มตัวแปรสภาพแวดล้อมในการทำงานที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการบริหารทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ทำให้การพยากรณ์ต่อคุณภาพการบริหารทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้น ($Beta = .529$) ทั้งนี้ถือได้ว่า พยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงาน ย่อมทำงานได้อย่างเต็มศักยภาพ เกิดการพัฒนางานบริการอย่างต่อเนื่องได้ ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการบริหารทางการพยาบาลที่ดี (Leejarean, 2022) สอดคล้องกับแนวคิดของ (Mckim, 2003) กล่าวว่า สภาพแวดล้อม

ในการทำงาน คือ สิ่งที่อยู่รอบตัวพยาบาล ทั้งด้านกายภาพ สังคม และจิตใจที่ช่วยสนับสนุนให้พยาบาลปฏิบัติงานได้อย่างเต็มความสามารถ ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และบรรลุเป้าหมายขององค์กรที่ตั้งไว้ อาทิเช่น สภาพแวดล้อมในการทำงานฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งได้ให้การดูแลผู้ปฏิบัติงาน โดยการจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการปฏิบัติงาน ตามนโยบาย Green Office รมรงค์ การใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า (Utilization) ร่วมกับมอบรางวัลบุคลากรดีเด่น เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงานด้านความไว้วางใจ เปิดโอกาสให้ทุกคนในหน่วยงานมีส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมกัน แสดงความคิดเห็นในเวทีผู้บริหารพบบุคลากร สนับสนุนให้แสวงหาความรู้ร่วมกันในหน่วยงาน เช่น การพัฒนางานประจำส่วนวัฒนธรรมในหน่วยงาน (CQI) ด้านโครงสร้างองค์กรดำเนินการโดยนำพันธกิจหลักขององค์กรสู่ผู้ปฏิบัติงาน บริหารจัดการด้านครุภัณฑ์และเวชภัณฑ์ให้พอใช้ในหน่วยงานอย่างคุ้มค่า มีการดำเนินการในการบริหารความเสี่ยงได้อย่างครอบคลุมเพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่คาดคิด อีกทั้ง จัดระบบงานป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้านความรู้สึกลมกลืนเป็นพวกเดียวกันมีการดำเนินการจัดทำบุญในหน่วยงาน ทำบุญประจำเดือนเกิด ส่งเสริมการเข้าร่วมงานปีใหม่ กิจกรรมกีฬาสัมพันธ์ เพื่อให้เกิดบรรยากาศเป็นมิตรในที่ทำงาน (Annual Report of Nursing Department Naresuan University Hospital, 2024) ผลการวิจัยครั้งนี้ เป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของสมปรารถนา ดาพา, จิตกัณท์ ศรีจักรโคตร และวรรณชนก จันทุม (Dapa, Srijakkot, & Juntachum, 2020). ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย การรับรู้บทบาทของผู้บริหาร ระบบการสนับสนุนการจัดบริการ และนโยบายขององค์กร เป็นปัจจัยสามารถทำนายการจัดบริการที่มีคุณภาพของผู้บริหารทางการพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 82.7 ด้วยเหตุนี้ ภาวะผู้นำเชิงประกอบการ และสภาพแวดล้อมในการทำงานจึงร่วมกันพยากรณ์คุณภาพการบริหารทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

ได้ร้อยละ 67.9 กล่าวได้ว่า พยาบาลวิชาชีพรับรู้ได้ว่าภาวะผู้นำเชิงประกอบการ และสภาพแวดล้อมในการทำงานส่งผลให้เกิดคุณภาพการบริหารจัดการพยาบาลที่ดี ทั้งนี้ ภาวะผู้นำในการปฏิบัติงานภายใต้สภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อประโยชน์ ย่อมสนับสนุนการให้บริการที่มีคุณภาพ ผู้รับบริการปลอดภัยพึงพอใจต่อการให้บริการ (The Healthcare Accreditation Institute, 2022)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1.1 ผู้บริหารทางการพยาบาลควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาสภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยอาจจัดโครงการหรือกิจกรรมที่ส่งเสริมความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างบุคลากร สร้างบรรยากาศความไว้วางใจ และส่งเสริมการทำงานเป็นทีม ซึ่งจะช่วยยกระดับคุณภาพการบริหารจัดการพยาบาลให้ดีขึ้น

1.2 ผู้บริหารทางการพยาบาลควรส่งเสริมและพัฒนาภาวะผู้นำเชิงประกอบการให้แก่พยาบาลวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ผ่านการจัดอบรม การฝึกปฏิบัติ หรือการมอบหมายให้รับผิดชอบโครงการใหม่ๆ เพื่อให้พยาบาลสามารถคิดวิเคราะห์เชิงสร้างสรรค์ตั้งรับต่อการเปลี่ยนแปลงและขับเคลื่อนองค์กรไปสู่เป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการพัฒนาการศึกษาแบบกึ่งทดลองที่นำปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยที่ทำนายต่างๆ ไปพัฒนาเป็นโปรแกรม แล้ววัดผลคุณภาพการบริหารจัดการพยาบาลต่อไป

2.2 ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาวะผู้นำเชิงประกอบการของพยาบาลวิชาชีพในทุกระดับ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการพยาบาล

2.3 ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทำนายในประเด็นภาวะผู้นำเชิงประกอบการและปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยศึกษาในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพในระดับที่แตกต่างกัน เพื่อสร้างแบบจำลองที่สามารถใช้ในการทำนายคุณภาพการบริหารจัดการพยาบาลได้อย่างแม่นยำ และนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาอย่างยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ที่เกี่ยวข้องที่ช่วยให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทางการดำเนินการวิจัยจนสำเร็จ ลุล่วงไปได้ด้วยดี กราบขอบพระคุณผู้อำนวยการและองค์กรพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล รวมทั้งพยาบาลวิชาชีพทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เอกสารอ้างอิง

- Agung, A., Landra, N., Sudia, N., Ximenes, M., & Sarmawa, W. G. (2020). The role of ethical behavior and entrepreneurial leadership to improve organizational performance. *Cogent Business & Management*, 7(1), 1-10.
- Akeel, A. F., Elghannam, H. M., & Fattah, A. M. (2023). Entrepreneurial leadership and work engagement among nurse managers. *Egyptian Journal of Nursing & Health Science*, 4(2), 98-124.
- Alsadaan, N., Salameh, B., Abdelkader, F. A., Reshia, E., Alruwaili, R. F., Alruwaili, M., ... Jones, L. K. (2023). Impact of nurse leader behavior on nursing staff performance: A systemic review of literature. *The Journal of health Care Organization*, 60, 1-14.
- Annual Report of Nursing Department Naresuan University Hospital. (2024). *Annual report of nursing department 2024*. Phitsanulok: Faculty of Medicine, Naresuan University. [In Thai].
- Anunthawichak, S. (2023) Entrepreneurial leadership to create business success in the digital age. *Journal of Business and Industrial Development*, 3(3), 96-113. [In Thai].
- Awad, N. H. A., Zabady, H. A. H., Elbialy, G. G., & Ashour, H. M. A. A. (2024). Entrepreneurial leadership, nurse's proactive work behavior, and career adaptability: A structural equation model. *BMC Nursing*, 23(140), 1-13.

- Bagheri, A., & Harrison, C. (2020). Entrepreneurial leadership: Measurement multi-dimensional construct. *Journal of Small and Enterprise Development*, 27(4), 659-679.
- Chirathamakul, S. (2016). *4G Era management*. Bangkok: Bangkok Noi. [In Thai].
- Dapa, S., Srijakkot, J., & Juntachum, W. (2020). Factors influencing quality nursing services by nurse administrators at university hospitals in the Northeast of Thailand. *Journal of Nursing Science & Health*, 43(2), 115-124. [In Thai].
- George, V., & Massey, L. (2020). Proactive strategy to improve staff engagement. *Nurse Lead*, 18(6), 532-535.
- Kansasut, P. (1999). *Statistics for behavior science research* (7th ed.). Bangkok: Chulalongkorn University. [In Thai].
- Kimbu, A. N., Jong, A. D., Adam, I., Ribeiro, M. A., Afenyo-Agbe, A., Adeola, O., ... Domecq-Figueroa, C. (2021). Recontextualising gender in entrepreneurial leadership. *Annals of Tourism Research*, 88, 1-12.
- Klunklin, A., & Uppor, W. (2022). Professional nurses and entrepreneurship in the 21st century. *The Journal of Chulabhorn Royal Academy*, 3(1), 8-18. [In Thai].
- Leejarean, S. (2022). *Human resource management*. (2nd ed.). Bangkok: Vittayakarnpim 1973 Press. [In Thai].
- Li, C., Makhdoom, H. U. R., & Asim, S. (2020). Impact of entrepreneurial leadership on innovative work behavior: Examining mediation and moderation mechanisms. *Psychology Research and Behavior Management*, 13, 105-118.
- McKim, S. J. (2003). Healthy work environment, *Nurse Leader*, 15(3), 15-22.
- Mingmoon, C., Cheevakasemsook, A., & Noinuemwai, P. (2022). Relationships between personal factors, positive psychological capital, and positive practice environment of generation Y professional nurses at a public hospital, Ubon Ratchathani Province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 23(2), 160-168. [In Thai].
- Naratto, C., & Juntachum, W. (2022). Relationship between managerial competencies of administrators and nurses' Job satisfaction in general hospitals of region 8. *Journal of Sakon Nakhon Hospital*, 25(3), 121-132. [In Thai].
- Nishio, E. A., Lazarini, L. F., Salvador, M. E., & Innocenzo, M. (2021). Implementation of the nursing services management model in 16 hospitals. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*, 74(1), 1-5.
- Nursing Council. (2022). *Nursing and midwifery strategic plan 2022-2026*. Bangkok: Tawan media Press. [In Thai].
- Nursing Division. (2021). *National nursing service action plan national level (Issue 6) 2022-2026*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. [In Thai]
- Saleh, M. S. M., Ata, A. A., Abd-Elhamid, Z. N., Eltahan, A. A., Dailah, H. G., & Elsabahy, H. E. (2025). Building nursing leaders: The influence of entrepreneurial leadership program on nurse interns' innovation and clinical performance. *BMC Nursing*, 24(501), 1- 18.
- Shieferaw, M. M., Birbisa, Z. A., & Werke, S. Z. (2023). Entrepreneurial leadership, learning organization and organization culture relationship: A systematic literature review. *Journal of Innovation and Entrepreneurship*, 12(38), 1-20.

- Sinwisarn, N., & Wisesrith, W. (2019). Relationships between working experiences, educational training, emotional intelligence, working environment, and nurse competency in cardio-thoracic surgical ward, the tertiary hospitals. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 30(1), 46-59. [In Thai].
- Srisatisnarakun, B. (2020). *Research methods in nursing science* (5th ed.). Bangkok: You and I Inter Media Press. [In Thai].
- The Healthcare Accreditation Institute (2022). *Hospital and Healthcare Standards* (2nd ed.). Nonthaburi: Tianguang Printer Press. [In Thai] .
- Wichianrat, K., Thongsuk, P., & Chukumnerd, P. (2022). Professional quality of life, servant leadership of head nurses, and positive practice environment of emergency nurses, five southern border community hospitals of Thailand. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province*, 5(1), 115-129. [In Thai].
- Yang, J., Pu, B., & Guan, Z. (2019). Entrepreneurial leadership and turnover intention of employees: The role of affective commitment and person-job fit. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(13), 2380.
- Yongchaiyoot, P., & Arannapoom, V. (2024). Strategies for developing nursing leadership in the 21st century. *Vajira Nursing Journal*, 26(2), 136-50. [In Thai].

บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันของผู้ดูแลชนเผ่ากะเหรี่ยง

Factors Predicting Care Behaviors for Children with Acute Respiratory Infections among Karen Caregivers

วุฒิชัย วิสัยวัฒนา (Wutthichai Wisaiwatthana)*

พจนารถ สารพัด (Photjanart Sarapat)**

ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์ (Siriypa Sananreangsak)***

Received: July 25, 2025

Revised: August 15, 2025

Accepted: September 8, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมดูแลเด็กป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันของผู้ดูแลชนเผ่ากะเหรี่ยง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง จำนวน 107 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก ตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ 3) แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค 4) แบบสอบถามการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค 5) แบบสอบถามการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค 6) แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และ 7) แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81, .73, .74, .72, .74 และ .81 ตามลำดับ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม-พฤศจิกายน 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

**Corresponding author: Photjanart Sarapat; E-mail: photjanart@buu.ac.th

* นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (Student, Master of Nursing Science Program in Pediatric Nursing, Burapha University)

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University)

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapha University)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมดูแลเด็กป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 76.72$, S.D. = 8.55) การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมดูแลเด็กป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันของผู้ดูแลชนเผ่ากะเหรี่ยงได้ร้อยละ 89.8 ($R^2 = .898$, $p < .001$) การรับรู้ประโยชน์เป็นตัวแปรทำนายได้ดีที่สุด ($\beta = .741$, $p < .001$) รองลงมา คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ($\beta = .221$, $p < .01$) ผลการศึกษาครั้งนี้บุคลากรทางสุขภาพควรส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้โอกาสเสี่ยงเพื่อให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: พฤติกรรมดูแล, เด็กป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน, ผู้ดูแลชนเผ่ากะเหรี่ยง

Abstract

This predictive correlational research aimed to examine factors predicting caregiving behaviors for children with acute respiratory infections among Karen caregivers. Convenience sampling was used to recruit 107 Karen caregivers of children who received services in the outpatient and inpatient departments of a secondary hospital. Research instruments included 1) A demographic record form, 2) a knowledge questionnaire on acute respiratory infections, 3) a perceived susceptibility questionnaire, 4) a perceived severity questionnaire, 5) a perceived benefits of treatment and prevention questionnaire, 6) a perceived barriers questionnaire, and 7) a care behavior for children with acute respiratory infections questionnaire. The reliability of the instruments were .81, .73, .74, .72, .74, and .81 respectively. Data were collected from October to September 2024. Descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis were employed for data analysis.

The results revealed that Karen caregivers demonstrated an overall score of care behaviors at a good level ($\bar{X} = 76.72$, S.D. = 8.55). Perceived benefits of treatment and prevention and perceived susceptibility were able to predict caregiving behaviors for children with acute respiratory infections among Karen caregivers, accounting for 89.9% of the variance ($R^2 = .898$, $p < .001$). Perceived benefit was the best predictor ($\beta = .524$, $p < .001$) followed by perceived susceptibility ($\beta = .221$, $p < .01$). These findings suggested that health care providers should promote perceived benefits and perceived susceptibility for Karen caregivers in order to improve more appropriate caregiving behaviors for children with acute respiratory infections.

Keyword: Caregiving behaviors, Children with acute respiratory infection, Karen caregiver

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน (Acute respiratory infections: ARI) เป็นสาเหตุที่ทำให้เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีอัตราเสียชีวิตสูงสุด (Department of Disease Control, 2023) จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO, 2022) พบว่า ประเทศในทวีปยุโรปและสหรัฐอเมริกา มีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เสียชีวิตจากโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน คิดเป็น 20.2 และ 6.2 ต่อแสนประชากร สำหรับประเทศไทย พบว่า ใน 13 เขตสุขภาพ มีเด็กป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันประมาณ 675 ต่อแสนประชากร โดยเขตสุขภาพที่ 1 มีจำนวนเด็กป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันอยู่ในลำดับที่ 5 คิดเป็น 55 ต่อแสนประชากร (Ministry of Public Health, 2021) เขตสุขภาพที่ 1 เป็นพื้นที่ที่มีกลุ่มชาติพันธุ์อาศัยอยู่มากที่สุด โดยเฉพาะชนเผ่ากะเหรี่ยง คิดเป็น ร้อยละ 47.74 และส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในอำเภออมก๋อยและอำเภอแม่แจ่ม (Health Center for Ethnic Group, Marginal People and Migrant Worker, 2018) พื้นที่อาศัยมีลักษณะเป็นภูเขาและป่า มีภูมิอากาศหนาวเย็นและแห้ง (Thai Meteorological Department, 2023) ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมของโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน จากรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2566 พบว่า เด็กอายุ 0-15 ปี มีอัตราการติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันมากที่สุด คือ 14 ต่อแสนประชากร (Chiang Mai Provincial Public Health Office, 2023)

โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันเป็นการติดเชื้อตั้งแต่ช่องจมูก คอ กล่องเสียง หลอดลม หลอดลมปอด จนถึงถุงลมในปอด และเนื้อปอด โดยมีอาการไม่เกิน 4 สัปดาห์ (Musikasukon, Tiloksakulchai, Lerthamte, Preungvate, Sangperm, & Payakkaraung, 2018) ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เป็นวัยที่ยังไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ การเจริญเติบโตของร่างกายและภูมิคุ้มกันยังทำงานไม่สมบูรณ์ทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย หากเด็กป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันได้รับการดูแลไม่ถูกต้องจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเด็ก เช่น มีไข้ ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูกหรือเสมหะมากผิดปกติและอาจอุดกั้นทางเดินหายใจได้ หากเด็กมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะส่งผลกระทบต่อ

ตัวเด็กและครอบครัว เช่น วิตกกังวลจากการแยกจากเจ็บปวดจากการได้รับหัตถการต่างๆ บิดามารดาหรือผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า เครียดหรือวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของบุตร เป็นต้น (Siriboonpipattana, 2022) เมื่อเด็กมีภาวะเจ็บป่วย ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลเด็ก หากผู้ดูแลมีพฤติกรรมและการดูแลที่เหมาะสมจะช่วยลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ จากการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันในผู้ดูแลเด็กโดยทั่วไปพบว่า ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโดยรวมอยู่ในระดับดี (Aree, Choeichit, Heebngern, & Sornmayura 2019; Soiphet, Jintrawet, & Mesukko, 2019; Srikotr, Jintrawet, & Mesukko, 2018) อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาที่ผ่านมา ยังพบว่า ผู้ดูแลยังมีพฤติกรรมบางด้านอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ ดังการศึกษาของชลาลัย เปียงใจ นฤมล ธีระรังสิกุล และศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์ (Piengjai, Teerarungsikul, & Sananreangsak, 2018) พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตามอาการของผู้ดูแลเด็กเมื่อมีอาการไอหรือเสมหะ การหลีกเลี่ยงการติดเชื้อ การรับประทานอาหาร และการดูแลสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง แต่การดูแลเมื่อเด็กมีน้ำมูกอยู่ในระดับต่ำ เช่นเดียวกับการศึกษาของสุริณี สุปรียาพร พัทธภรณ์อารีย์และสุธิศา ล่ามช้าง (Supreeyapom, Aree, & Lamchang, 2021) พบว่า ผู้ดูแลมีพฤติกรรม การดูแลเด็กให้ได้รับภูมิคุ้มกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับการศึกษาดูแลเด็กป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันในผู้ดูแลชนเผ่ากะเหรี่ยงจากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษามากกว่า 10 ปี โดยเป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพของประทุมพร เตชะ (Tacha, 2003) พบว่า ผู้ดูแลชนเผ่ากะเหรี่ยงมีพฤติกรรม การดูแลเด็กป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน ยังไม่ถูกต้อง เช่น ประเมินภาวะไข้โดยใช้มือแตะตามตัว และหน้าผาก มีการเช็ดตัวลดไข้ไม่ถูกวิธี ซื้อยาจากร้านขายของชำในหมู่บ้านมาให้เด็กรับประทานเอง หรือยืมลูกสูบยางแดงจากเพื่อนบ้านมาใช้ เป็นต้น นอกจากนี้ มีการดูแลตามความเชื่อของชนเผ่ากะเหรี่ยง เช่น การให้เด็ก รับประทานเนื้อสัตว์และอาบน้ำจะทำให้เด็กมีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้น รวมถึงความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วยโดยเชื่อว่าเกิดจากการกระทำผิดต่อวิญญาณ

บรรพบุรุษ ภูตผีปีศาจ และผีบ้านผีเรือน จึงทำให้ชนเผ่ากะเหรี่ยงมีวิธีการรักษาโดยใช้ยาสมุนไพรตามหมอพื้นบ้าน และหมอผีในการทำพิธีกรรมต่าง ๆ เช่น เป่าเวทย์มนต์คาถา มัดมือเรียกขวัญ เป็นต้น (Chimsud, 1999) จะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลเด็กโดยเฉพาะในกลุ่มของผู้ดูแลชนเผ่ากะเหรี่ยงยังมีพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันไม่เหมาะสม ซึ่งพฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสมจะช่วยให้เด็กหายจากภาวะเจ็บป่วยได้เร็วขึ้น พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเกิดจากความเชื่อของบุคคลที่ส่งผลทำให้ลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความรุนแรงของโรค และภาวะแทรกซ้อนได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของเบคเกอร์ (Becker, 1975) กล่าวว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค ต้องรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและโรคมีความรุนแรงต่อชีวิต บุคคลจะปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค ลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และความรุนแรงของโรค การปฏิบัติดังกล่าวไม่ควรมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยา ทั้งนี้การรับรู้ของบุคคล (Person perception) ประกอบด้วย 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) เป็นความเชื่อว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคนาน้อยเพียงใด 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) เป็นความเชื่อของบุคคลประเมินความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย 3) การรับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้รับ (Perceived benefits) เป็นความเชื่อของบุคคลที่แสวงหาวิธีปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค และ 4) การรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers) เป็นการคาดการณ์ของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคลในทางลบ นอกจากนี้ได้เพิ่มปัจจัยร่วม (Modifying factor) ที่เป็นปัจจัยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับโรค เป็นต้น และสิ่งชักนำในการปฏิบัติ (Cue to action) เป็นสิ่งกระตุ้นที่นำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสม (Becker, 1975) และจากการทบทวนวรรณกรรม ยังพบปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลเด็กป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ดูแล ได้แก่ การรับรู้

โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Emmanuel, Omololu, & Osamika, 2019) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Aree et al., 2019) การรับรู้ถึงประโยชน์ (Punthmatharith, Kongsang, Kongpet, Khamchan, Prateepchaikul, & Pulpraphai, 2019; Wisetmuen & Pochai, 2024) การรับรู้ต่ออุปสรรค (Aree et al., 2019; Laemthaisong, Toonsiri & Homsin, 2019; Supreeyaporn et al., 2021) ระดับการศึกษา (Muammar, Tahlil, & Mudatsi, 2020) ทักษะคิดของมารดา (Astiarani, Kedang, Jena, & Santi, 2023) ความรู้ของมารดา (Astiarani et al., 2023; Laemthaisong et al., 2019) และรายได้ของมารดา (Manh, Ai, Tuan, & Viet, 2023)

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า พฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันของผู้ดูแลมีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องและการศึกษาพฤติกรรมดูแลเด็กป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันในผู้ดูแลชนเผ่ากะเหรี่ยงยังมีน้อยและศึกษานานมากกว่า 20 ปี (Tacha, 2003) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ดูแลและสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ อายุ ความรู้โรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค และการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ ผลการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลเด็กป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันของผู้ดูแลชนเผ่ากะเหรี่ยงให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมดูแลเด็กป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันของผู้ดูแลชนเผ่ากะเหรี่ยง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมดูแลเด็กป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันของผู้ดูแลชนเผ่ากะเหรี่ยงได้ดีที่สุด ได้แก่ อายุ ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค และการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ สมมติฐานการวิจัย

อายุความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค และการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันของผู้ดูแลคนเฝ้ากะเหรียญได้ดีที่สุด

กรอบแนวคิด

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของตามแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker, 1975) ที่กล่าวไว้ว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค จะขึ้นอยู่กับปัจจัยหลัก คือ 1) ปัจจัยด้านการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ และการรับรู้

ต่ออุปสรรค 2) ปัจจัยร่วมต่างๆ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านโครงสร้างและสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ เป็นสิ่งชักนำให้บุคคลปฏิบัติเพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์นั้นๆ การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดดังกล่าวร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมมาใช้ในการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันของผู้ดูแล โดยคัดสรรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ที่คาดว่าจะสามารถทำนายพฤติกรรม การดูแลเด็กป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันของผู้ดูแลได้ ได้แก่ อายุ ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลเด็กป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2 แห่ง ในอำเภออมก๋อยและอำเภอแม่แจ่ม จำนวนทั้งสิ้น 1,236 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในอำเภอแม่แจ่มจำนวน 107 ราย การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้ ผู้ดูแล ได้แก่ 1) เป็นผู้ดูแลคนเฝ้ากะเหรียญ ที่ดูแลเด็กอย่างน้อย 8 ชั่วโมงต่อวัน 2) มีอายุ 18-59 ปี และ 3) สามารถพูดอ่าน เขียน ภาษาไทยได้ และเด็กป่วย ได้แก่ 1) เด็กป่วย

ชนเผ่ากะเหรี่ยงอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 5 ปี และ 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน เช่น ไข้หวัด ต่อมทอนซิลอักเสบ หลอดลมอักเสบ หรือ ปอดอักเสบ เป็นต้น เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง 1) ผู้ดูแลหลักที่มีอาการของโรคที่ส่งผลต่อการดูแลเด็ก ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ และ 2) ผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ภาวะช็อค ภาวะหายใจล้มเหลว เป็นต้น กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1.9.4 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) กำหนดอำนาจการทดสอบที่ .80 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .05 และค่าขนาดอิทธิพลระดับกลาง เท่ากับ .15 (Cohen, 1992) จำนวนตัวแปรต้นที่ศึกษา 6 ตัวแปร ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 98 ราย เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 (Thato, 2023) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 108 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ลักษณะของครอบครัว และประสบการณ์การดูแลเด็กป่วย จำนวน 7 ข้อ และส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค และหน่วยรับบริการ จำนวน 4 ข้อ

2. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ นำมาจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของ จารูวรรณ แหลมไธสง และคณะ (Laemthaisong et al., 2016) จำนวน 12 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกรับหรือไม่ใช่ ดังนี้ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน ผลรวมของคะแนน 0-12 คะแนน โดย คะแนน 10.00-12.00 คะแนน หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับมาก คะแนน 7.00-9.99 คะแนน หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง คะแนน < 7.00 คะแนน หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับน้อย

3. แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคปรับปรุงมาจากแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับโรค ของ จารูวรรณ แหลมไธสง และคณะ (Laemthaisong et al., 2016) โดยเพิ่มความเชื่อของ

ชนเผ่ากะเหรี่ยงเกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วย มีจำนวน 7 ข้อ เป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ดังนี้ ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยน้อย เห็นด้วย ปานกลาง ไม่เห็นด้วยมาก คะแนนรวมอยู่ในช่วง 7.00-28.00 คะแนน โดยคะแนน 21.01-28.00 หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคในระดับมาก คะแนน 14.01-21.00 หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคในระดับปานกลาง คะแนน 7.01-14.00 หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคในระดับน้อย

4. แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคปรับปรุงจากแบบสอบถามการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคของ จารูวรรณ แหลมไธสง และคณะ (Laemthaisong et al., 2016) โดยเพิ่มข้อคำถามเกี่ยวกับความเชื่อของชนเผ่ากะเหรี่ยง มีข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1-5 และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 1 ข้อ คือ ข้อ 6 เป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 6.00-24.00 คะแนน โดยคะแนน 18.01-24.00 หมายถึง การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคในระดับมาก คะแนน 12.01-18.00 หมายถึง การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคในระดับปานกลาง คะแนน 6.00-12.00 หมายถึง การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคในระดับน้อย

5. แบบสอบถามการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบสอบถามการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคของ จารูวรรณ แหลมไธสง และคณะ (Laemthaisong et al., 2016) โดยเพิ่มความเชื่อของชนเผ่ากะเหรี่ยง มีจำนวน 6 ข้อ เป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คะแนนอยู่ในช่วง 6.00-24.00 คะแนน โดยคะแนน 18.01-24.00 หมายถึง การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคในระดับมาก คะแนน 12.01-18.00 หมายถึง การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคในระดับปานกลาง คะแนน 6.00-12.00 หมายถึง การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคในระดับน้อย

6. แบบสอบถามการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากแบบสอบถามการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติของ จารูวรรณ แหลมไธสง

และคณะ (Laemthaisong et al., 2016) โดยเพิ่มข้อคำถามที่สอดคล้องกับบริบทของชนเผ่ากะเหรี่ยง มีจำนวน 6 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คะแนนอยู่ในช่วง 6.00-24.00 คะแนน โดยคะแนน 18.01-24.00 หมายถึง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในระดับมาก คะแนน 12.01-18.00 หมายถึง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในระดับปานกลาง คะแนน 6.00-12.00 หมายถึง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในระดับน้อย

7. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันของชาลลีย์ เปียงใจ และคณะ (Piengjai et al., 2018) ประกอบด้วย 1) การดูแลแบบทั่วไป จำนวน 14 ข้อ 2) การดูแลตามมีจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามลักษณะเชิงบวกจำนวน 19 ข้อ 19 ข้อ ได้แก่ 1, 3, 5, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 และ 24 และด้านลบจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 2, 4, 6, 7, และ 9 เป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คะแนนอยู่ในช่วง 0.00-96.00 คะแนน โดยคะแนน 64.01-96.00 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันในระดับมาก คะแนน 32.01-64.00 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันในระดับปานกลาง คะแนน 00.00-32.00 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันในระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา (Validity) 1) แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค 2) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) แบบสอบถามการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค 4) แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และ 5) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์สาขาการพยาบาลเด็ก จำนวน 2 ท่าน และสาขาการพยาบาลชุมชน จำนวน 1 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยดังกล่าว มาปรับปรุง

แก้ไขตามที่คุณผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 1.00, 1.00, 1.00, 0.83 และ 1.00 ตามลำดับ สำหรับ 6) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากการศึกษาที่ผ่านมาแล้ว เท่ากับ .87

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) แบบสอบถามทั้งหมดนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ชุดที่ 3-7 โดยวิเคราะห์ด้วยวิธี Cronbach's Alpha Coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .73, .74, .72, .74 และ .81 ตามลำดับ สำหรับแบบสอบถาม ชุดที่ 2 วิเคราะห์ด้วยวิธี KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81

วิธีการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยนำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลจากคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยประสานหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยใน อธิบายวัตถุประสงค์วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และให้ลงนามเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างระหว่างรอแพทย์ออกตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยใน ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด โดยใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 45 นาที เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบสอบถามเสร็จให้ส่งแบบสอบถามไว้ในกล่องปิดด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเด็กป่วยและตัวแปรที่ศึกษาใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา และการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายระหว่างตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลเด็กป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันของผู้ดูแลชนเผ่ากะเหรี่ยง และปัจจัยทำนายที่ดีที่สุด โดยใช้การวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยฉบับนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา หมายเลข G-HS084/2567(C2) วันที่ 6 กันยายน พ.ศ. 2567 มีการชี้แจงเรื่องสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อ-นามสกุล การเผยแพร่ข้อมูลวิจัยนำเสนอในภาพรวมเท่านั้นและจะทำลายหลังจากตีพิมพ์เผยแพร่การวิจัยเรียบร้อยแล้ว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ดูแลเด็กป่วย มีอายุเฉลี่ย 26.67 (S.D. = 6.65) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-30 ปี (ร้อยละ 65.4) เกือบครึ่งหนึ่งจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 49.5) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 71.0) รายได้เฉลี่ย 12,084.11 บาท/เดือน เกือบทั้งหมดมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 98.1) ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย (ร้อยละ 77.6) และไม่มีประสบการณ์การดูแลเด็กป่วยมากที่สุด (ร้อยละ 58.9)

เด็กป่วย มากกว่าครึ่งเป็นเพศชาย (ร้อยละ 52.3) มีอายุระหว่าง 1-60 เดือน อายุเฉลี่ย 16.44 เดือน (S.D. = 12.86) ได้รับการวินิจฉัย Influenza A มากที่สุด (ร้อยละ 38.3) รองลงมา คือ Pneumonia (ร้อยละ 22.4) Common cold (ร้อยละ 16.8) RSV (ร้อยละ 13.1) และ Bronchitis (ร้อยละ 9.3) ตามลำดับ และมากกว่าครึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (ร้อยละ 54.2)

2. คะแนนค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของตัวแปรอิสระที่ศึกษา ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.64 (S.D. = 1.73) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค อยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 22.62 (S.D. = 2.05) การรับรู้ความรุนแรงของโรค อยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.42 (S.D. = 1.70) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค อยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.13 (v = 1.99) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.86 (S.D. = 3.86) และพฤติกรรม การดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน อยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 76.72 (S.D. = 8.55) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คะแนนค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามโดยรวม (n = 107)

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	ช่วงคะแนน		ระดับ
			Actual range	Possible range	
ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน	9.64	1.73	6-12	0-12	ปานกลาง
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค	22.62	2.05	20-28	7-28	มาก
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	19.42	1.70	15-24	6-24	มาก
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค	20.13	1.99	16-24	6-24	มาก
การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ	12.86	3.86	6-21	6-24	ปานกลาง
พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน	76.72	8.55	61-94	0-96	ดี

3. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันของผู้ดูแลชนเผ่ากะเหรี่ยงการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ

เฉียบพลันของผู้ดูแลชนเผ่ากะเหรี่ยงได้ร้อยละ 89.8 ($R^2 = .898$, $p < .001$) ซึ่งตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายได้ดีที่สุด คือ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค ($\beta = .741$, $p < .001$) และรองลงมา คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ($\beta = .221$, $p < .01$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันของผู้ดูแลชนเผ่ากะเหรี่ยง ($n = 107$)

ตัวแปร	R^2	B	SE	Beta	t
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค	.891	3.189	.340	.741	93.80***
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค	.008	.924	.330	.221	27.99**
Constant = -8.380, $R^2 = .898$, Adjust $R^2 = .896$, $F_{(2,104)} = 459.481***$					

** $p < .01$, *** $p < .001$

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัย สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. พฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันของผู้ดูแลชนเผ่ากะเหรี่ยงโดยรวมอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 76.72 (S.D. = 8.55) สามารถอภิปรายได้ว่า การศึกษารุ่นนี้ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคอยู่ในระดับมาก จึงอาจส่งผลให้ผู้ดูแลชนเผ่ากะเหรี่ยงมีความตระหนักถึงการติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันที่สามารถเกิดขึ้นได้ในเด็กมากกว่าวัยอื่นๆ โดยเฉพาะในสภาพแวดล้อมที่มีอากาศหนาวเย็น และผลกระทบรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นจากโรค เช่น ภาวะแทรกซ้อนหรือเสียชีวิต เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของเบคเกอร์ (Becker, 1975) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นต้องรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและโรคมีความรุนแรงต่อชีวิต จึงจะปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค ลดโอกาสเสี่ยงของ

การเป็นโรค และความรุนแรงของโรค จึงทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันที่ดี ผลการศึกษารุ่นนี้สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคปอดอักเสบและโรคปอดอักเสบซ้ำ พบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคปอดอักเสบและโรคปอดอักเสบซ้ำอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.7 และ ร้อยละ 84.7 ตามลำดับ (Aree et al., 2019; Supreeyaporn et al., 2021) เช่นเดียวกับการศึกษาของจาวรรณ แหลมไธสงและคณะ Laemthaisong et al (2019) พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 60.20$, S.D. = 4.37)

2. ปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันของผู้ดูแลชนเผ่ากะเหรี่ยง การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันของผู้ดูแลชนเผ่ากะเหรี่ยงได้ดีที่สุดร้อยละ 89.8 ($\beta = .741$, $p < .001$) ทั้งนี้ อภิปรายได้ว่า จากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) บุคคลที่แสวงหาวิธีปฏิบัติให้หาย

จากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค ต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสม (Rosenstock, 1974) ส่งผลให้บุคคลตัดสินใจปฏิบัติตามคำแนะนำโดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย (Becker, 1975) ซึ่งจากผลการศึกษารั้วนี้ พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 20.13$, S.D. = 1.99) และเมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ เมื่อสภาพอากาศหนาวเย็น การใส่เสื้อหนาๆ ให้เด็ก สามารถช่วยป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจได้ ($\bar{X} = 3.80$, S.D. = .40) รองลงมา คือ การให้เด็กล้างมือหลังการทำกิจกรรมต่างๆ สามารถป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจได้ ($\bar{X} = 3.47$, S.D. = .52) จึงกล่าวได้ว่า ผู้ดูแลชนเผ่ากะเหรี่ยงมีการรับรู้ว่าการใส่เสื้อผ้าหนาๆ ให้กับเด็กในเวลาที่อากาศหนาวเย็นช่วยให้ร่างกายมีความอบอุ่นและลดการสูญเสียความร้อนออกจากร่างกาย และการล้างมือหลังทำกิจกรรมเป็นการนำสิ่งสกปรกหรือเชื้อโรคออกจากร่างกายเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย สอดคล้องกับผลการวิจัยในครั้งนี้ที่พบว่า ผู้ดูแลชนเผ่ากะเหรี่ยงมีพฤติกรรมรักษาความอบอุ่นของร่างกายให้กับเด็กเมื่อมีอากาศหนาวเย็น ($\bar{X} = 3.36$, S.D. = .66) และมีพฤติกรรมการล้างมือบ่อยครั้ง ($\bar{X} = 3.25$, S.D. = .70) และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมดูแลเด็กของผู้ปกครองในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่บ้าน พบว่า ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลเด็กได้ เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ด้านประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อในด้านการดูแลเกี่ยวกับโภชนาการและด้านการรักษาความอบอุ่นร่างกายเด็ก (Wisetmuen & Pochai, 2024)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเป็นปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมดูแลเด็กป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันของผู้ดูแลชนเผ่ากะเหรี่ยงได้เพิ่มขึ้นร้อยละ .80 ($\beta = .221$, $p < .01$) ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ที่อธิบายไว้ว่าการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมใดๆ ขึ้นอยู่กับการที่บุคคลที่มีความเชื่อหรือการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคนั้นต้องมีความรุนแรงต่อชีวิต บุคคลจึงจะแสดง

พฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้น (Rosenstock, 1974) บุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพที่ดีจึงส่งผลให้บุคคลนั้นปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค (Becker, 1975) ซึ่งผลการศึกษารั้วนี้พบว่า ผู้ดูแลชนเผ่ากะเหรี่ยงมีความเชื่อว่าการตากฝนและอากาศที่หนาวเย็นเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยจึงทำให้ผู้ดูแลชนเผ่ากะเหรี่ยงมีพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของเอ็มมานูเอลและคณะ (Emmanuel et al., 2019) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคปอดอักเสบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลบุตรป่วยของมารดา เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุภาภรณ์ วงษ์ (Wongti, 2021) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

3. ปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลเด็กป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันของผู้ดูแลชนเผ่ากะเหรี่ยง

อายุ และความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลเด็กป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันของผู้ดูแลชนเผ่ากะเหรี่ยง ทั้งนี้ก็เพราะได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุใกล้เคียงกัน จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลชนเผ่ากะเหรี่ยงส่วนมากมีอายุ 20-30 ปี (ร้อยละ 65.4) ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีเด็กป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน อายุต่ำกว่า 12 เดือน (ร้อยละ 52.3) และไม่มีประสบการณ์ดูแลเด็กป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน รวมทั้งจบการศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 49.5) ดังนั้นรูปแบบการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันอาจใกล้เคียงกันซึ่งทำให้มีพฤติกรรมดูแลเด็กป่วยไม่แตกต่างกัน

การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลเด็กป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันของผู้ดูแลชนเผ่ากะเหรี่ยงได้ อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างทุกคน

เป็นผู้ดูแลคนเฝ้ากะเหรี่ยงจึงอาจมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ใกล้เคียงกัน โดยผู้ดูแลคนเฝ้ากะเหรี่ยงมีการรับรู้ว่าการใช้ยาสมุนไพร การเป่าเวทย์มนต์คาถา พิธีมัดมือเรียกขวัญ ไม่อาบน้ำและไม่รับประทานเนื้อสัตว์ขณะเจ็บป่วย สามารถรักษาและลดความรุนแรงของโรคได้ ทำให้มีพฤติกรรมการดูแลเมื่อเจ็บป่วยลักษณะคล้ายคลึงกัน และเชื่อว่าโรคติดเชื้อทางเดินหายใจสามารถเกิดได้กับทุกคน ความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นในเด็กและผู้ใหญ่ต้องเท่ากัน จึงส่งผลให้ทำให้ผู้ดูแลคนเฝ้ากะเหรี่ยงไม่ตระหนักถึงการดูแลเด็กป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายการเดินทางลำบากจากลักษณะของภูมิอากาศที่หนาวเย็นและภูมิประเทศส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่ตามภูเขาสูง ทำให้ผู้ดูแลมีความเชื่อว่าการอุปสรรคต่างๆ พบเจอได้เป็นประจำและจะสามารถผ่านไปได้เหมือนเช่นเคย

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล บุคลากรด้านสุขภาพสามารถนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลเด็กป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน โดยเน้นเรื่องของความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ การรับรู้ความรุนแรงของโรค และพฤติกรรมในการดูแลโดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการหลีกเลี่ยงการติดเชื้อ เพื่อให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการดูแลเด็กป่วยได้อย่างมีเหมาะสมมากขึ้น

2. ด้านการศึกษาอาจารย์พยาบาลในสถาบันการศึกษา โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีชนเผ่ากะเหรี่ยงอาศัยอยู่ สามารถนำผลการศึกษาไปประยุกต์ในการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลเด็กป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน โดยการเน้นย้ำเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ การรับรู้ความรุนแรงของโรค และพฤติกรรมในการดูแลโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการหลีกเลี่ยงการติดเชื้อเพื่อป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันในกลุ่มอื่นๆ เช่น ครู หรือผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่อยู่ในชุมชนชนเผ่ากะเหรี่ยง เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องจากครูหรือผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่อยู่ในชุมชนชนเผ่ากะเหรี่ยง เป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อการดูแลและป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันในเด็กที่เข้ารับบริการที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หากว่าครูหรือผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมในการดูแลและป้องกันโรคที่ถูกต้องและเหมาะสมจะช่วยลดโอกาสการแพร่กระจายเชื้อ การระบาดของโรค และมีส่วนทำให้ลดอุบัติการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันลดลง

2. ควรมีการศึกษาโดยพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค เพื่อให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการดูแลเด็กป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

3. เพิ่มแหล่งของการศึกษาให้มีความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น โดยศึกษาในชนเผ่าอื่นๆ เช่น ชนเผ่าม้ง อาข่า ลาหู่ เป็นต้น

4. เพิ่มการศึกษาการติดตามพฤติกรรมในการดูแลเด็กป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

- Aree, P., Choeichit, S., Heebngern, B., & Sommayura, P. (2019). Factors related to caring behaviors among caregivers of children with pneumonia at hospitals of zone 5 under the ministry of public health. *Journal of Nursing and Health Sciences, 13*(4), 150-164. [In Thai].
- Astiarani, Y., Kedang, M. G., Jena, Y., & Santi, B. T. (2023). Mother's knowledge and attitude associated with acute respiratory infection prevention in under two children in Lewoleba, East Nusa Tenggara, Indonesia. *Journal of Urban Health Research, 2*(1), 9-19.

- Becker, M. H. (1975). *The health belief model and sick role behavior*. New Jersey: Sage Publications.
- Chiang Mai Provincial Public Health Office. (2023). *CMI data reporting system, analysis of inpatient service potential and service plan results by branch*. Retrieved from https://cmi.ciiorh1.com/web/index.php?r=service%2Findex&co_thip_new=PE01012. [In Thai].
- Chimsud, T. (1999). *Traditional medicine in self care among Karen people at Ban Morgeryang Phopphra district Tak province*. Master Thesis (Public Health), Chiang Mai University, Chiang Mai. [In Thai].
- Cohen, J. (1992). Quantitative methods in psychology: A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159. Retrieved from <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Department of Disease Control. (2023). *Report the situation of respiratory tract infection caused by the RSV virus*. Retrieved from https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/RSV%20Report_Nov%202025.pdf. [In Thai].
- Emmanuel, O., Omololu, O., G., & Osamika, B., E. (2019). Knowledge of pneumonia, perceived susceptibility and mothers' care-seeking behaviour in Saki West Local Government Area of Oyo State, Nigeria. *Ianna Journal of Interdisciplinary Studies*, 1(1), 104-119.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160.
- Health Center for Ethnic Group, Marginal People and Migrant Worker. (2018). *Density of ethnic population in health district 1*. Retrieved from <https://hhdclampang.anamai.moph.go.th:8080/hhdcdashboard/ethnics/default/ethnic?area=am-purðnic=1&areacode=50>. [In Thai].
- Laemthaisong, J., Toonsiri, C., & Homsin, P. (2019). Factor influencing on preventive behaviors of respiratory tract infections among caregivers of preschool aged children in childcare center, Bangkok metropolitan administration. *Journal of Public Health Nursing*. 33(1), 1-19. [In Thai].
- Manh, T. H., Ai, M. L. T., Tuan, A. N., & Viet, T. L. (2023). Knowledge, attitudes and practices of mothers during care of children with acute respiratory infections under 5 years old. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 19, 1-8.
- Ministry of Public Health. (2021). *Summary report on morbidity, 2021*. Retrieved from https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/04/ill_2021_full_280921_V2-64.pdf?utm_source=chatgpt.com. [In Thai].
- Muammar, Tahlil, T., & Mudatsi. (2020). The transcultural factors and health seeking behavior of families of under-five children with ARI in Lhokseumawe. *Journal of Nursing and Midwifery*, 2(1), 45-50.
- Musikasukon, S., Tiloksakulchai, P., Lerthamte, W., Preungvate, O., Sangperm, P., & Payakkaraung, S. (2018). *Children's nursing textbook* (2nd ed.). Bangkok: Limited pre-one partnership. [In Thai].
- Piengjai, C., Teearungsikul, N., & Sananreangsak, S. (2018). Effect of perceived self-efficacy enhancement program on caring behaviors among caregivers of children with acute respiratory infection. *Thai Journal of Nursing*, 67(3), 1-9. [In Thai].
- Punthmatharith, B., Kongsang, L., Kongpet, J., Khamchan, P., Prateepchaikul, L., & Pulpraphai, P. (2019). Predictive factors of preventive and control communicable diseases behaviors among guardians at home. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 39(2), 23-36. [In Thai].

- Rosenstock, I. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monograph*, 2, 328-335.
- Siriboonpipattana, P. (2022). *Children's nursing* 2. Bangkok: Thana place co., LTD. [In Thai].
- Soiphet, S, Jintrawet, U., & Mesukko, J. (2019). Parental care behaviors and related factors of preventing respiratory tract infection in children with congenital heart disease. *Nursing Journal*, 46(1), 102-113. [In Thai].
- Srikotr, A, Jintrawet, U., & Mesukko, J. (2018). Factors predicting care behaviors of caregivers to preventing respiratory tract infection in children with congenital heart disease. *Nursing Journal*, 45(4), 14-25. [In Thai].
- Supreeyaporn, S., Aree, P., & Lamchang, S. (2021). Factors related to caring behaviors among caregivers of children with recurrent pneumonia. *Nursing Journal*, 48(4), 146-159. [In Thai].
- Tacha, P. (2003). Care of children with acute respiratory infection in Karen People. Master Thesis (Public health), Chiang Mai University, Chiang Mai. [In Thai].
- Thai Meteorological Department. (2023). *Climate in Chiang Mai*. Retrieved from <https://tmd.go.th/climate/summaryweekly/200120231100#item-2>. [In Thai].
- Thato, R. (2023). *Nursing research: Concepts to application* (3rd ed.). Bangkok: Chulalongkorn University printing house. [In Thai].
- Wisetmuen, N., & Pochai, S. (2024). Health factors perception and prevention behaviors of upper respiratory tract infection among pre-school caregivers in Sisaket. *Journal of Nursing and Therapeutic Care*. 42(1), 1-12. [In Thai].
- Wongti, S. (2021). *Factors affecting preventive behavior for coronavirus disease 2019 among village health volunteer*, Sukhothai province. Master Thesis (Public Health), Naresuan University, Phitsanulok. [In Thai].
- World Health Organization. (2022). *Respiratory infections*. Retrieved from <https://platform.who.int/mortality/themes/theme-details/topics/topic-details/MDB/respiratory-infections>

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลและภาวะแทรกซ้อน ในผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจ

The Effect of a Pre-procedural Information Program on Anxiety and Complications in Patients Undergoing Cardiac Catheterization

ศุภชัย นิลรักษา (Supachai Nillugsa) *

ศุภาพร เชยชิด (Supaporn Choeichit)**

Received: October 6, 2025

Revised: October 30, 2025

Accepted: January 23, 2026

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดสองกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อความวิตกกังวลและภาวะ Hematoma หลังถอดท่อสวนหัวใจภายใน 24 ชั่วโมง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการวินิจฉัยโดยอายุรแพทย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง อย่างละ 15 ราย ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ ถึง เดือน เมษายน 2568 กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ที่พัฒนาตามแนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเองของ ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยอย่างมีแบบแผน และกลุ่มควบคุม ได้รับการให้ความรู้แบบเดิมซึ่งเป็นการให้การพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความวิตกกังวลแบบบันทึกการเกิดเลือดออกใต้ผิวหนังบริเวณที่สวนหัวใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและการทดสอบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มอิสระ

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้แบบใหม่โดยใช้แผ่นพับและวิดีโอภาพเคลื่อนไหว มีระดับความวิตกกังวลก่อนเข้ารับการสวนหัวใจต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{28} = 6.70, p < .001$) และไม่พบเลือดออกใต้ผิวหนังบริเวณที่สวนหัวใจในกลุ่มตัวอย่างการศึกษาครั้งนี้ คิดเป็นร้อยละ 100.00

**Corresponding author: Supaporn Choeichit; E-mail: Supapornc@christian.ac.th

*พยาบาลศาสตรบัณฑิต หน่วยปฏิบัติการสวนหัวใจ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน), B.N.S., Cardiac Catheterization Laboratory, Banphaeo Hospital

**อาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยคริสเตียน (Instructor, Bachelor of Nursing Science Program, College of Nursing, Christian University)

ผลการศึกษาในครั้งนี้บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำโปรแกรมการให้ความรู้ไปประยุกต์ใช้เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการสวนหัวใจและลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังถอดท่อสวนหัวใจภายใน 24 ชั่วโมง ได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: โปรแกรมการให้ความรู้, ความวิตกกังวล, เลือดออกใต้ผิวหนังบริเวณที่สวนหัวใจ, การสวนหัวใจ

Abstract

This quasi-experimental research, employing a two-group pretest–posttest design, aimed to examine the effects of an educational program on anxiety levels and the incidence of hematoma within 24 hours after cardiac catheter sheath removal. The sample consisted of patients with ischemic heart disease diagnosed by cardiologists at Banphaeo Hospital (Public Organization). Participants were selected through purposive sampling based on predetermined criteria and assigned to either the control group or the experimental group, with 15 participants in each group. Data collection was conducted from February to April 2025.

The experimental group received a structured educational program developed according to the self-control theory, providing systematic health information through pamphlets and animated video materials. The control group received conventional education consistent with routine nursing care. Research instruments included a general information questionnaire, an anxiety assessment form, and a hematoma recording form. Data were analyzed using descriptive statistics and independent t-tests.

The findings indicated that, after the intervention, the group receiving the educational program demonstrated significantly lower pre-catheterization anxiety levels compared to the group receiving routine care ($t_{(28)} = 6.70, p < .001$). No hematoma was observed among participants in this study, accounting for 100%.

The results suggest that the educational program can be effectively applied by nursing personnel to reduce patient anxiety prior to cardiac catheterization and to minimize the risk of complications within 24 hours following sheath removal.

Keywords: Health education program, Anxiety, Hematoma, Cardiac catheterization

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของโลก โดยมีอัตราการเสียชีวิตทั่วโลกมากกว่า 20.5 ล้านคน และ 85% ของการเสียชีวิตสามารถป้องกันได้ สำหรับประเทศไทยโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข โดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประเทศ ในปี 2566 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยสะสมด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่า 2.5 แสนราย และเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมากถึง 40,000 ราย เฉลี่ยชั่วโมงละ 5 คน (World Health Organization, 2023) โรคหัวใจและหลอดเลือดที่พบบ่อยได้แก่ ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน นอกจากนี้ยังพบว่า แนวโน้มของโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้น ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome: ACS) คือ การอุดตันของหลอดเลือดแดงของหัวใจ (Coronary artery occlusion) ส่งผลให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชั่วคราว ทำให้เกิดอาการแน่นหน้าอกและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลการรักษาที่สำคัญคือ การสวนหัวใจ (Cardiac catheterization) คือ กระบวนการทางการแพทย์ที่ใช้ในการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคที่เกี่ยวข้องกับหัวใจ โดยการใส่ท่อขาง (Catheter) ขนาดเล็กเข้าไปในหลอดเลือดหรือภายในหัวใจเพื่อประเมินสภาพของหลอดเลือดหัวใจ วัดความดันภายในห้องหัวใจ หรือทำการรักษาเช่น การขยายหลอดเลือดที่ตีบตันด้วยบอลลูน หรือการใส่ขดลวด (Stent) เพื่อป้องกันการตีบตันใหม่ (Mayo Clinic, n.d.)

การสวนหัวใจเป็นหัตถการที่มีผลต่อการทำงานของหัวใจและร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยเกิด ความวิตกกังวล (Anxiety) ก่อนทำหัตถการได้ (Ahmad & Ayasrah, 2020) ดังนั้น การลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนเข้ารับ การสวนหัวใจจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อเพิ่มความร่วมมือและความปลอดภัยระหว่างการรักษา การรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีหลอดเลือดหัวใจที่มีการอุดตันโดยการสวนหัวใจ เรียกว่า Revascularization หรือ การสวนหัวใจ ทำเพื่อให้มีเลือดไปยังหลอดเลือดหัวใจให้ผู้ป่วยหายจากอาการเจ็บหน้าอก ลดอัตราการตายเฉียบพลันจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย การพิจารณาทำหัตถการสวนหัวใจขึ้นอยู่กับอาการแสดงของผู้ป่วย ความรุนแรงของรอยโรค โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) ได้ทำการสวนหัวใจและ

ใส่ขดลวด (Primary PCI) เพื่อเปิดหลอดเลือดหัวใจที่ตีบหรืออุดตัน ซึ่งสามารถช่วยบรรเทาอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจได้รวดเร็วในภาวะฉุกเฉิน มีความเสี่ยงต่ำ (Tarantino et al., 2022) ทำให้ในแต่ละปีทำให้จำนวน ผู้เข้ารับการรักษาอย่างมากในแผนกห้องปฏิบัติสวนหัวใจ และหลอดเลือด

ภายหลังการสวนหัวใจ ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ เช่น เลือดออกใต้ผิวหนังบริเวณที่สวนหัวใจ จำเลือดและเลือดออกที่แผล เป็นต้น (Nantasukhon, Ausawakijpanich, & Siripittayakunkit, 2019) โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยที่สุดคือเลือดออกใต้ผิวหนังบริเวณที่สวนหัวใจ ซึ่งเกิดจากการบาดเจ็บของผนังหลอดเลือดระหว่างทำหัตถการหรือการกดห้ามเลือดไม่เพียงพอ ภาวะนี้แม้ไม่ถึงขั้นอันตรายต่อชีวิต แต่สามารถทำให้เกิดอาการเจ็บ ปวด บวม และสร้างความวิตกกังวลให้ผู้ป่วย และอาจทำให้ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลยาวขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการจัดการความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการสวนหัวใจมีหลายวิธี เช่น การให้ข้อมูลทางสุขภาพก่อนหัตถการ (Pre-procedural information) ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจขั้นตอนและลดความวิตกกังวลได้ (Zhuo et al., 2023) การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล (Individual counseling) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถซักถามและรับคำแนะนำเฉพาะตัว สามารถช่วยลดความวิตกกังวลก่อนการทำหัตถการและการสนับสนุนทางสังคม (Social support) เพื่อให้ความร่วมมือในการทำหัตถการ (Krueaklat, Wannapornsiri, Tepsuriyanont, & Jittham, 2021) และ การใช้เทคนิคการผ่อนคลายทางจิตใจ เช่น การฝึกหายใจและเทคนิคการผ่อนคลาย สามารถช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Calderone et al., 2025) การทบทวนพบว่าแนวทางเหล่านี้ยังไม่ตรงกับบริบทของ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) เพราะผู้ป่วยบางรายยังมีความวิตกกังวล ก่อนเข้ารับการสวนหัวใจ และพบภาวะ เลือดออกใต้ผิวหนังบริเวณที่สวนหัวใจ หลังถอดท่อสวนหัวใจ ซึ่งอาจเกิดจากการขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการเตรียมตัวและการดูแลตนเองหลังทำหัตถการ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ที่มีรูปแบบชัดเจน เข้าใจง่าย และเหมาะสมกับผู้ป่วยของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว

เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

การศึกษาครั้งนี้อ้างอิงจากทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-Regulation Theory) ของลาเวนทอลและจอห์นสัน (Leventhal & Johnson, 1983) ซึ่งอธิบายว่าบุคคลจะตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือความวิตกกังวลผ่านกระบวนการควบคุมตนเอง 3 ระยะ ได้แก่ (1) การรับรู้และตีความสถานการณ์หรืออาการ (Interpretation) (2) การเลือกและดำเนินกลยุทธ์ในการเผชิญหรือจัดการกับปัญหา (Coping) และ (3) การประเมินผลของการเผชิญปัญหา (Appraisal) การให้ข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ชัดเจน และเข้าใจง่าย จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้และเข้าใจสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม ลดความวิตกกังวล และมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการส่งเสริมการควบคุมตนเองของผู้ป่วยในทฤษฎีนี้ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนการสวนหัวใจ ต่อระดับความวิตกกังวลก่อนทำการหัตถการ และภาวะแทรกซ้อนภายใน 24 ชั่วโมงหลังถอดท่อสวนหัวใจในผู้ป่วยที่เข้ารับการสวนหัวใจแบบ Elective case โดยโปรแกรมดังกล่าวได้รับการพัฒนาตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-Regulation Theory) ของ (Leventhal & Johnson, 1983) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและสามารถควบคุมตนเองในการเตรียมตัวและดูแลตนเองหลังหัตถการได้อย่างเหมาะสม

แผนกห้องปฏิบัติการสวนหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) เป็นแผนกที่ให้บริการเฉพาะทางที่ให้การรักษาก่อนผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยมีทีมแพทย์และบุคลากรที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญให้การดูแลรักษา โดยมีทั้งกรณีรับเป็นผู้ป่วยใน Inpatient Department และผู้ป่วยนอก (Elective case) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการตรวจรักษาที่ต้องรีบเร่งด่วน ซึ่งมีระยะเวลาในการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยค่อนข้างสั้น การเตรียมความพร้อมโดยทั่วไปจะประกอบด้วย การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การบันทึกภาพหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง การตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การซักประวัติ และการประเมินผู้ป่วยเบื้องต้น ซึ่งทั้งหมดที่กล่าวมานี้จะเกิดขึ้นภายในระยะเวลารวดเร็วและต้อง

มีเวลาค่อนข้างน้อยในการเตรียมผู้ป่วยก่อนเข้าห้องตรวจสวนหัวใจ นอกจากนี้รูปแบบการให้ความรู้เกี่ยวกับการสวนหัวใจเป็นการอธิบายโดยพยาบาลเกี่ยวกับวิธีการเตรียมตัวก่อนการสวนหัวใจ ขั้นตอนและวิธีการสวนหัวใจ รวมทั้งการปฏิบัติตัวขณะสวนหัวใจและภายหลังสวนหัวใจ ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถที่จะทบทวนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล โดยเฉพาะในระยะเวลาที่รอทำการหัตถการสวนหัวใจที่ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลในระดับสูง แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอ และสามารถทบทวนวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องจะสามารถลดความวิตกกังวลได้ (Suwannapomngse, Tanthunkanokra, & Sookjit, 2022) นอกจากนี้ ถ้าผู้ป่วยได้รับความรู้ไม่เพียงพอ อาจทำให้การปฏิบัติไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังถอดท่อสวนหัวใจภายใน 24 ชั่วโมงได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้แบบใหม่ โดยใช้แผ่นพับและวิดีโอภาพเคลื่อนไหว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทบทวนข้อมูลผ่านสมาร์ทโฟนได้ด้วยตนเอง ขณะอยู่โรงพยาบาล โดยมีเป้าหมายเพื่อลดความวิตกกังวลก่อนการสวนหัวใจ และส่งเสริมการปฏิบัติตนที่เหมาะสมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายใน 24 ชั่วโมงหลังถอดท่อสวนหัวใจ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

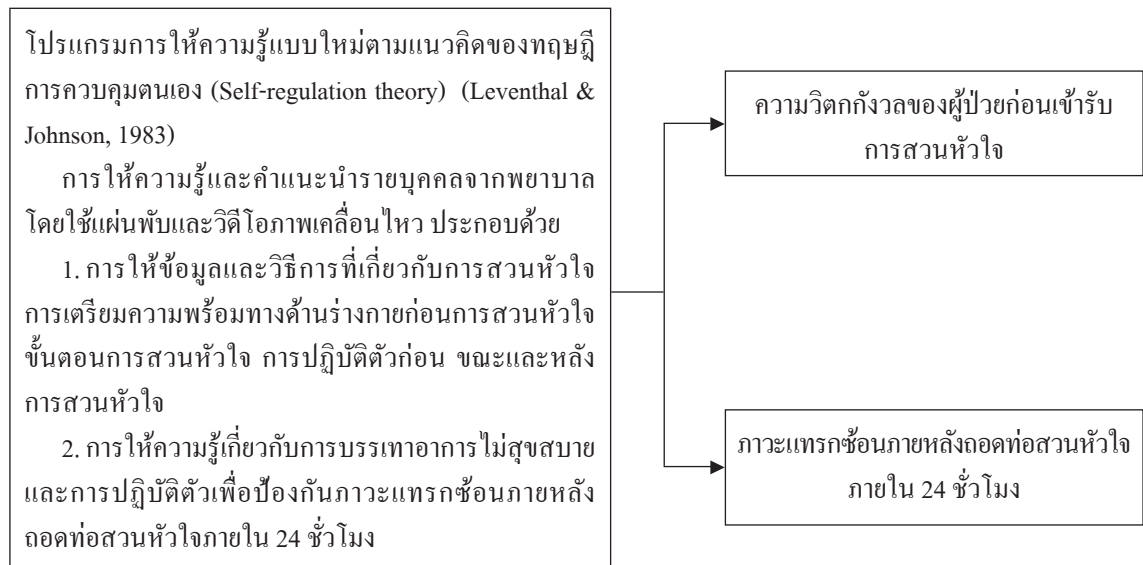
1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการสวนหัวใจ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้แบบใหม่ก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อศึกษาภาวะ เลือดออกใต้ผิวหนังภายหลังถอดท่อสวนหัวใจ ภายใน 24 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการ ให้ความรู้แบบใหม่

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-Regulation Theory) ลาเวนทอลและจอห์นสัน (Leventhal & Johnson, 1983) ในการช่วยเหลือบุคคลให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามหรือเหตุการณ์ที่ตึงเครียด ซึ่งเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย โดยการ

ให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงแก่บุคคลก่อนที่จะเผชิญกับสถานการณ์หรือเหตุการณ์นั้น (Thammapanitwattana, 2010) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้และเข้าใจสถานการณ์สุขภาพของตนเอง สามารถควบคุมพฤติกรรม ตลอดจนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและจัดการกับปัญหาด้วยตนเอง โดยพยาบาลวิชาชีพสามารถใช้ทฤษฎีนี้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย กำหนดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และอธิบายความเชื่อมโยงระหว่างผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับวิธีการดูแลนั้นได้

(Thammapanitwattana, 2010) การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ตามแนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการสวนหัวใจ เมื่อผู้ป่วยมีความรู้ที่เพียงพอจะสามารถลดความวิตกกังวลก่อนเข้ารับการสวนหัวใจได้ และการมีความรู้ที่เพียงพอจะทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องเหมาะสม สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังถอดท่อสวนหัวใจภายใน 24 ชั่วโมงได้อย่างเหมาะสม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pretest-posttest design)

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการวินิจฉัยโดยอายุรแพทย์โรคหัวใจโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2568 ถึง เดือนเมษายน 2568

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเพศชายละเพศหญิงที่มีอายุ > 20 ปี ได้รับการวินิจฉัยโดยอายุรแพทย์โรคหัวใจเป็นโรคหัวใจขาดเลือดเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจทางขาหนีบ กำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้

- 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือด รักษาโดยการสวนหัวใจ
- 2) สื่อสารภาษาไทยได้ดี ไม่มีข้อจำกัดด้านการได้ยินและการมองเห็นที่เป็นอุปสรรคต่อการอ่านหนังสือ
- 3) มีช่องทางติดต่อสื่อสารได้ เช่น โทรศัพท์ หรือแอปพลิเคชันไลน์
- 4) ยินดีเข้าร่วมวิจัย และ
- 5) ผู้ป่วยที่มาสวนหัวใจตามนัด Elective case และมีเกณฑ์คัดออกดังนี้
 - 1) ผู้ป่วยเข้ารับการสวนหัวใจครั้งที่ 2 หรือมากกว่า
 - 2) ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทย หรือมีข้อจำกัดด้านการมองเห็น/การได้ยินที่เป็นอุปสรรคต่อการทำแบบประเมินหรือรับข้อมูล
 - 3) ไม่มีช่องทางในการติดต่อสื่อสาร
 - 4) ผู้ป่วยขอลอนตัวออกจากการศึกษา
 - 5) ผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดหัวใจ

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มตัวอย่างอิสระต่อกันเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวล จากงานวิจัยที่ใกล้เคียงกันของ (Suwannapomngse et al., 2020) ได้ขนาดอิทธิพล (Effect size) = .50 กำหนดการทดสอบสมมุติฐานหนึ่งทาง (One-tailed test) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 และระดับอำนาจทดสอบเท่ากับ .95 นำมาคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G power ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 24 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรมจึงพิจารณาเพิ่ม จำนวน 30 ราย

เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล มีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ประวัติโรคประจำตัว การสูบบุหรี่ ระยะเวลาการสูบบุหรี่ ปริมาณการสูบบุหรี่ ต่อวัน การออกกำลังกาย ประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ

1.2 แบบประเมินความวิตกกังวลก่อนเข้ารับการสวนหัวใจ (State-Trait Anxiety Inventory : STAI) ดัดแปลงจากสปีลเบิร์กเกอร์, กอร์ซุช และลูชิน (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1967) โดยผู้วิจัยได้แปลเป็นภาษาไทยด้วยตนเอง และปรับคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยที่เข้ารับการสวนหัวใจ แบบประเมินมีทั้งหมด 20 ข้อ คือ ไม่มีเลย มีบ้าง ค่อนข้างมากมากที่สุด เป็นคำถามความรู้สึกทางบวก 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 เป็นคำถามความรู้สึกทางลบ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18 ให้ผู้ตอบได้เลือกและคะแนนคำตอบแต่ละข้อมีคะแนนข้อละตั้งแต่ 1-4 คะแนน และเกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้ คะแนนระหว่าง 20.00-40.99 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 41.00-60.99 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง และคะแนนระหว่าง 61.00-80.00 คะแนน หมายถึง

มีความวิตกกังวลระดับสูง สำหรับข้อคำถามที่ทำให้ความรู้สึกเชิงลบต้อง กลับคะแนน (Reverse scoring) เพื่อให้ความหมายของคะแนนสอดคล้องกันทั้งแบบประเมินคือ ข้อบวก ยิ่งคะแนนสูง ความวิตกกังวลต่ำ ข้อลบ ถ้าตอบคะแนนสูงมากที่สุด แปลว่า วิตกกังวลมาก ดังนั้นต้องกลับคะแนนให้ความหมายสอดคล้องกับระบบการคิดคะแนนรวม

1.3 แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนหลังถอดท่อสวนหัวใจภายใน 24 ชั่วโมง ภาวะแทรกซ้อนที่สนใจคือ เลือดออกใต้ผิวหนังบริเวณที่สวนหัวใจ โดยบันทึกว่าเกิดหรือไม่เกิด

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 โปรแกรมการให้ความรู้ผ่านแบบใหม่แผ่นพับและวิดีโอภาพเคลื่อนไหว ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎี Self-Regulation (Leventhal & Johnson, 1983) เป็นการให้คำแนะนำรายบุคคลจากพยาบาลวิชาชีพ ใช้เวลาในการดำเนินงาน 15-20 นาที ประกอบด้วย 1) การให้ข้อมูลและวิธีการที่เกี่ยวกับการสวนหัวใจ การเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายก่อนการสวนหัวใจ ขั้นตอนการสวนหัวใจ การปฏิบัติตัวก่อน ขณะและหลังการสวนหัวใจ และ 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับการบรรเทาอาการไม่สบายและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังถอดท่อสวนหัวใจภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งทบทวนซ้ำผ่านสมาร์ทโฟนด้วยตนเองขณะอยู่โรงพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้ความรู้แบบใหม่แบบประเมินความวิตกกังวลก่อนเข้ารับการสวนหัวใจ ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์โรคหัวใจจำนวน 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 1 ท่าน และทำการคำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ 1 จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา และระยะเวลาของการดำเนินโปรแกรม สำหรับแบบประเมินระดับความวิตกกังวลก่อนเข้ารับการสวนหัวใจ

ได้นำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น จำนวน 30 ราย โดยใช้การวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ .83

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) เลขที่ 009/68 เมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2568 ผู้วิจัยชี้แจงเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการดำเนินการ ความเสี่ยงและประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างชัดเจน และขอยินยอมเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในการศึกษานี้โดยสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งจะไม่มีการมีผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเป็นความลับและทำลายทิ้งเมื่อการวิจัยสิ้นสุด

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผู้ป่วยได้ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกและได้รับคำยินยอมเข้าร่วมกลุ่มทดลอง ผู้ป่วยจะเข้ากลุ่มการทดลองโดยวิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้แยกระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

ขั้นตอนการเก็บรวบรวม มีรายละเอียดดังนี้

1. กลุ่มควบคุม ดำเนินการลำดับดังนี้

1.1 ผู้ป่วยตอบแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินระดับความวิตกกังวลก่อนเข้ารับการสวนหัวใจ

1.2 ผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการให้ความรู้แบบใหม่ โดยการให้ความรู้เป็นรายบุคคลจากพยาบาลวิชาชีพในห้องประชุมแผนกปฏิบัติการสวนหัวใจ ใช้เวลา 15-20 นาที พร้อมทั้งมอบแผ่นพับและ QR-code ซึ่งสามารถสแกนผ่านสมาร์ทโฟน เพื่อทบทวนเนื้อหาด้วยตนเองขณะรอการสวนหัวใจ

1.3 หลังจากได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ผู้ป่วยตอบแบบประเมินระดับความวิตกกังวลก่อนเข้ารับการสวนหัวใจอีกครั้ง (Post-test) ภายหลังได้รับโปรแกรมให้ความรู้ 15 นาที

1.4 ผู้วิจัยติดตามและบันทึกภาวะแทรกซ้อนหลังถอดท่อสวนหัวใจครบ 24 ชั่วโมง

2. สำหรับกลุ่มควบคุม ดำเนินการลำดับดังนี้

2.1 ตอบแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหัวใจ และแบบประเมินระดับความวิตกกังวลก่อนเข้ารับการสวนหัวใจ

2.2 ผู้ป่วยได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับการสวนหัวใจจากพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นการพยาบาลตามปกติ

2.3 ตอบแบบประเมินระดับความวิตกกังวลก่อนเข้ารับการสวนหัวใจ (Post test) ภายหลังได้รับโปรแกรมให้ความรู้ 15 นาที

2.4 ผู้วิจัยติดตามภาวะแทรกซ้อนจนครบ 24 ชั่วโมง ภายหลังถอดท่อสวนหัวใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลที่ได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วประมวลผลเบื้องต้นด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยแบ่งการวิเคราะห์ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และภาวะแทรกซ้อน ภายหลังถอดท่อสวนหัวใจภายใน 24 ชั่วโมง ชั่วโมง โดยใช้สถิติพรรณนาโดยการแจกแจง หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลเป็นการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มทดลอง เพศชาย ร้อยละ 60, เพศหญิง ร้อยละ 40 อายุ 61-70 ปี ร้อยละ 46.7, อายุ 71-80 ปี ร้อยละ 40.0 การวินิจฉัย NSTEMI ร้อยละ 33.3, Unstable angina ร้อยละ 20.0 การรักษา CAG+PCI ร้อยละ 60.0, CAG อย่างเดียว ร้อยละ 40.0 การได้รับยาต้านเกล็ดเลือดก่อนสวนหัวใจ ร้อยละ 93.3 กลุ่มควบคุม เพศหญิง ร้อยละ 73.3, เพศชาย ร้อยละ 26.7 อายุ 61-70 ปี ร้อยละ 26.7 การวินิจฉัย NSTEMI ร้อยละ 60.0, Unstable angina

ร้อยละ 13.3 การรักษา CAG อย่างเดียว ร้อยละ 53.3, CAG+PCI ร้อยละ 40.0 การได้รับยาต้านเกล็ดเลือดก่อนสวนหัวใจ ร้อยละ 93.3

2.เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการสวนหัวใจ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้แบบเดิมกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้แบบใหม่ก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง พบว่า ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนการสวนหัวใจ

ไม่แตกต่างกัน ($p = .65$) แต่ภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนการสวนหัวใจ ต่ำกว่า กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการสวนหัวใจ ระหว่างกลุ่มที่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ความวิตกกังวล	กลุ่มควบคุม ($n_1 = 15$)			กลุ่มทดลอง ($n_2 = 15$)			t-test	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล		
ก่อนการทดลอง	52.13	(5.97)	ปานกลาง	51.13	(5.97)	ปานกลาง	.45	.65
หลังการทดลอง	50.40	(3.35)	ปานกลาง	37.53	(6.63)	ต่ำ	6.70	< .001***

***มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังการสวนหัวใจภายใน 24 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลอง พบว่า ไม่พบภาวะแทรกซ้อน

เลือดออกใต้ผิวหนังบริเวณที่ใส่สายสวนหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 100.00 ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ภาวะเลือดออกใต้ผิวหนังหลังสอดท่อสวนหัวใจภายใน 24 ชั่วโมง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

เลือดออกใต้ผิวหนังบริเวณ ที่ใส่สายสวนหัวใจ	กลุ่มควบคุม ($n = 15$)		กลุ่มทดลอง ($n = 15$)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่เกิดเลือดออกใต้ผิวหนังบริเวณที่ใส่สายสวนหัวใจ	15	100.00	15	100.00
เกิดเลือดออกใต้ผิวหนังบริเวณที่ใส่สายสวนหัวใจ	0	0.00	0	0.00

อภิปรายผล

1. ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนการสวนหัวใจต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{28} = 6.70, p < .001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้ความรู้ที่นี้อาจช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้มากกว่าการพยาบาลตามปกติ สามารถอภิปรายได้ว่า ตามทฤษฎีการรับรู้ความเจ็บป่วย (Leventhal & Johnson, 1983) ซึ่งทฤษฎีนี้ชี้ให้เห็นว่าการรับรู้ความเจ็บป่วยและการตอบสนองต่อหัตถการของผู้ป่วยจะขึ้นอยู่กับ การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ ลักษณะอาการ ผลกระทบ และแนวทางการรักษา เมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน และสามารถทบทวนได้ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการปฏิบัติตนและลดความวิตกกังวลได้ โปรแกรมการให้ความรู้ครั้งนี้ได้เตรียมความพร้อมผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ โดยประกอบด้วยหลายองค์ประกอบ เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการสวนหัวใจ ตั้งแต่ก่อน ระหว่าง และหลังการทำหัตถการ การฝึกปฏิบัติและทบทวนอย่างต่อเนื่อง การให้ความรู้แบบรายบุคคล การมอบ แผ่นพับและ QR-Code สำหรับทบทวนข้อมูลด้วยตัวเอง รวมถึงการตอบคำถามและให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคล เพื่อแก้ไขความเข้าใจผิดและสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติตน ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Suwannapomngse et al., (2020) การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนการสวนหัวใจมีผลช่วยลดระดับความวิตกกังวล ความกลัว และเพิ่มความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหัตถการ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับแผ่นพับและ QR-Code ก่อนหัตถการ มีระดับความกลัวและความวิตกกังวลต่ำกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (Malliarou et al., 2022) ที่พบว่า การให้ข้อมูลก่อนการสวนหัวใจอย่างมีแบบแผนช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับการศึกษาของ (Phirawan, 2014) ที่ชี้ว่าการให้คำแนะนำที่ชัดเจนและตอบข้อสงสัยของผู้ป่วยครบถ้วนจะช่วยลดระดับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อการให้คำแนะนำมีความชัดเจนและตอบข้อสงสัยของผู้ป่วยได้ครบถ้วน

2. ภายหลังการทดลอง พบว่า ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่พบภาวะแทรกซ้อนภายหลังหัตถการ

สายสวนหัวใจภายใน 24 ชั่วโมง การอภิปรายผลสามารถระบุได้ว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับความรู้เกี่ยวกับกระบวนการสวนหัวใจ การปฏิบัติตนก่อน ขณะและหลังสวนหัวใจ รวมถึงการดูแลตนเองหลังการสวนหัวใจ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนไม่เกิดขึ้นทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จึงไม่สามารถสรุปได้ว่าการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้มีผลต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือ เลือดออกใต้ผิวหนังบริเวณที่สวนหัวใจ ภายหลังหัตถการต่อสายสวนหัวใจ ประกอบกับโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) มีแนวทางปฏิบัติที่เป็นระบบในการดูแลผู้ป่วยหลังสวนหัวใจ โดยเฉพาะในช่วง 24 ชั่วโมงแรกทำให้ผู้ป่วยทุกรายได้รับการพยาบาลอย่างใกล้ชิดจากพยาบาลวิชาชีพ นอกจากนี้การได้รับความรู้ยังเป็นระบบจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำทางการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง เช่น การนอนนิ่ง หลีกเลี่ยงการขยับขาหลังการสวนหัวใจ และการสังเกตอาการผิดปกติ จึงมีส่วนช่วยในการลดอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนภายหลังการสวนหัวใจ สอดคล้องกับการศึกษา สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าความรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคหัวใจ และกระบวนการรักษามีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางคลินิก รวมถึงการลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน (Manap, Othman, & Ahmad, 2018) ซึ่งชี้ให้เห็นว่า ความรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคหัวใจและกระบวนการรักษามีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางคลินิก รวมถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการให้ความรู้ก่อนการสวนหัวใจอย่างเป็นระบบสามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย เพิ่มความมั่นใจ และสนับสนุนการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง การนำผลการวิจัยไปใช้ จึงควรเน้นการบูรณาการโปรแกรมให้ความรู้เข้าสู่แนวทางการพยาบาลมาตรฐาน ครอบคลุมการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การสื่อสารที่เข้าใจง่ายและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย การติดตามและให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคล ตลอดจนการสนับสนุนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังหัตถการ ผลวิจัยยังสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน

ในการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจกลุ่มอื่น และเป็นแนวทางในการอบรมบุคลากรให้สามารถสื่อสารข้อมูลซับซ้อนและให้คำปรึกษาอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ การวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากโรคหัวใจเป็นโรคเรื้อรัง และก่อให้เกิดความวิตกกังวล พยาบาลแนะนำศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อความวิตกกังวล เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว ภาวะทางจิตใจ หรือ ประสบการณ์เดิมของผู้ป่วย การดูแลตนเองขณะเจ็บป่วย อันจะช่วยลดความวิตกกังวลได้

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลงได้ด้วยความช่วยเหลือและความร่วมมือจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอแสดงความขอบคุณอย่างสูงต่ออาจารย์ประจำมหาวิทยาลัยคริสเตียน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อาจารย์ที่ปรึกษา ที่ได้ให้คำแนะนำ อุทิศเวลาและให้ข้อเสนอแนะแนวทางในการดำเนินการวิจัยอย่างใกล้ชิด ด้วยความเอาใจใส่และเมตตาอย่างยิ่ง ตลอดจนคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ถ่ายทอดองค์ความรู้และสนับสนุนให้การวิจัยครั้งนี้บรรลุเป้าหมาย ขอขอบคุณโรงพยาบาลบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร ที่ได้อนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าไปศึกษาและเก็บข้อมูลวิจัย ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายที่ให้ความร่วมมือ และอำนวยความสะดวกในการดำเนินงานวิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

Ahmad, M., & Ayasrah, S. M. (2020). Periprocedural anxiety associated with cardiac catheterisation and the monitored physiological measures. *Journal of Perioperative Practice*, 30(5), 130-134. Retrieved from <https://doi.org/10.1177/1750458919857658>

- Calderone, A., Marafioti, G., Latella, D., Corallo, F., D'Aleo, P., Quartarone, A., ... Calabrò, R. S. (2025). Effectiveness of relaxation techniques for stress management and quality of life improvement in cardiovascular disease and hypertensive patients: A systematic review. *Psychology, Health & Medicine*, 30(7), 1281-1352. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39915922>
- Krueaklat, S., Wannapornsiri, C., Tepsuriyanont, S., & Jittham, P. (2021). Effects of social support before cardiac catheterization program on anxiety and readiness among patients with coronary artery disease. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 15(3), 52-63. Retrieved from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/NurseNu/article/view/251413>
- Leventhal, H., & Johnson, J. (1983). Representations and coping with health threats. In A. Baum, S. E. Taylor, & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health: Vol. IV. Social psychological aspects of health* (pp. 219-252). Erlbaum.
- Manap, N. F., Othman, S., & Ahmad, M. (2018). Effect of an education programme on cardiovascular health index among patients with myocardial infarction: A preliminary study. *International Journal of Nursing and Health Science*, 5(2), 12-20.
- Malliarou, M., Pappa, V., Papathanasiou, I., Andreanidis, I., Nikolentzos, A., Apostolakis, I., ... Sarafis, P. (2022). The effect of an information brochure on patients undergoing cardiac catheterization on their anxiety, knowledge and fear: A randomized controlled study. *Health Psychology Research*, 10(3)35640. Retrieved from <https://doi.org/10.52965/001c.35640>

- Mayo Clinic. (n.d.). *Cardiac catheterization*. Retrieved from <https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/cardiac-catheterization/about/pac-20384927>
- Nantasukhon, A., Ausawakijpanich, S., & Siripittayakunkit, A. (2019). Vascular complications and pain at the access site in patients after cardiac catheterization via femoral versus radial artery: A descriptive study. *Mahidol R2R e Journal*, 6(2), 42–54. Retrieved from <https://doi.org/10.14456/jmu.2019.13>. [In Thai].
- Paganin, A. C., Beghetto, M. G., Feijó, M. K., Matte, R., Sauer, J. M., & Rabelo Silva, E. R. (2018). Vascular complications in patients who underwent endovascular cardiac procedures: Multicenter cohort study. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 26, e3060. Retrived from <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2672.3060>
- Phirawan, T. (2014). *Anxiety, satisfaction, and complications in patients*. Master Thesis, Rangsit University, Bangkok. [In Thai].
- Suwannapomngse, K., Tanthunkanokrat, F., & Sookjit, S. (2020). Effect of preparatory information on anxiety among patients undergoing coronary angiograms at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 15(1), 77–96. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/trcnj/article/view/246397>. [In Thai].
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1967). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Tarantino, A., Sansanayudh, N., Chandavimol, M., Srimahachota, S., Limpijankit, T., Hutayanon, P., ... Udayachalerm, W. (2022). Patient characteristics, procedural details, and outcomes of contemporary percutaneous coronary intervention in real world practice: Insights from nationwide Thai PCI registry. *Journal of Interventional Cardiology*, 2022, 5839834. Retrieved from <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9296290/>
- Thammanitwattana, W. (2010). *Adult and gerontological nursing*. Bangkok: Chulalongkorn University Press.
- World Health Organization. (2023). *Cardiovascular diseases (CVDs)* [Fact sheet]. Retrieved from [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).
- Zhuo, Q., Ma, F., Cui, C., Bai, Y., Hu, Q., Hanum, A. L., ... Liang, H. (2023). Effects of pre-operative education tailored to information seeking styles on preoperative anxiety and depression among patients undergoing percutaneous coronary intervention: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Sciences*, 10(2), 174-181. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2023.03.015>

บทความวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์ ความเข้มแข็งทางจิตใจ กับความสามารถในการปรับตัว
ในการขึ้นฝึกปฏิบัติการบนหอผู้ป่วยของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สถาบันการศึกษา
ในเขตภาคเหนือตอนล่าง

**The Relationship between Emotional Intelligence (EI), Resilience Quotient (RQ),
and Adaptability during Clinical Practice among Bachelor of Nursing Students in the Lower
Northern Region.**

ณัฐนิชา สิงหาร (Nattanicha Singhan)* วรัชชา ชัยธรรม (Waratchaya Chaitham)*

กัญญารัตน์ บุญสม (Kanyarat Boonsom)* จุฑารัตน์ ปุริสุข (Chutharat Purisum)*

สิริวรรณ ชุมมาด (Siriwan Chummad)* กุลรัศมี พุดมณีพงศ์ (Kunlarat Phuttimaneephong)*

สิริพัชร มั่งคำ (Siriphat Mangkham)* เจนจิรา ชุ่มชื่น (Jenjira Chumchean)*

จุฑาทิพย์ มงคลคำ (Chuthathip Mongkholkham)** ภัทรมนัส พงศ์รังสรรค์ (Phattharamanat Pongrangsarn)***

Received: October 6, 2025

Revised: November 7, 2025

Accepted: January 9, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความฉลาดทางอารมณ์ ความเข้มแข็งทางจิตใจ การปรับตัวในการขึ้นฝึกปฏิบัติของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งทางจิตใจ ความฉลาดทางอารมณ์กับการปรับตัวในการขึ้นฝึกปฏิบัติของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต กลุ่มตัวอย่างเป็นนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3-4 สถาบันการศึกษาในเขตภาคเหนือตอนล่าง โดยสุ่มหลายขั้นตอน จำนวนทั้งหมด 349 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ของกรมสุขภาพจิต แบบประเมินความเข้มแข็งทางจิตใจของกรมสุขภาพจิต และแบบสอบถามการปรับตัวในการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ผ่านการตรวจความตรงเชิงเนื้อหาได้เท่ากับ .86 และแบบสอบถามทั้งสามฉบับทดสอบความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .92, .89 และ .90 ตามลำดับ

***Corresponding author: Phattharamanat Pongrangsarn; E-mail: phattharamanatp@nu.ac.th

*นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร (Student, Bachelor of Nursing Science Program, Naresuan University)

**อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Instructor, Faculty of Nursing, Naresuan University)

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Assistant Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University)

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ระดับความฉลาดทางอารมณ์ ความเข้มแข็งทางจิตใจ และการปรับตัวของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความฉลาดทางอารมณ์ ความเข้มแข็งทางจิตใจกับการปรับตัวในการขึ้นฝึกปฏิบัติ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน ผลการศึกษาพบว่า ระดับความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในระดับปกติ ($\bar{X} = 169.23$, S.D. = 18.61) ระดับความเข้มแข็งทางจิตใจอยู่ในระดับปกติ ($\bar{X} = 66.40$, S.D. = 8.21) การปรับตัวในการขึ้นฝึกปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.03$, S.D. = .39) และความฉลาดทางอารมณ์และความเข้มแข็งทางจิตใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวในการขึ้นฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย ($r_s = .74$, $p < .01$ และ $r_s = .76$, $p < .01$ ตามลำดับ) หากส่งเสริมให้นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตมีความฉลาดทางอารมณ์และความเข้มแข็งทางจิตใจ สามารถช่วยให้นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตมีการปรับตัวในการขึ้นฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยในระดับดีขึ้น

คำสำคัญ: การปรับตัวในการขึ้นฝึกปฏิบัติ, ความฉลาดทางอารมณ์, ความเข้มแข็งทางจิตใจ, นิสิตพยาบาล

Abstract

This cross-sectional survey research aimed to examine the levels of emotional intelligence, resilience quotient, and adaptability during clinical practice among undergraduate nursing students, as well as to determine the relationships among these variables. The sample comprised 349 third- and fourth-year Bachelor of Nursing Science students from the lower northern region, selected through multistage random sampling. Data were collected using a demographic questionnaire, the Emotional Intelligence Assessment by the Department of Mental Health, the Resilience Quotient Assessment by the Department of Mental Health, and an Adaptability during Clinical Practice questionnaire developed by the researchers. The content validity index of the adaptability questionnaire was 0.86, and Cronbach's alpha coefficients for the three instruments were 0.92, 0.89, and 0.90, respectively. Descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, were used to analyze general information and levels of emotional intelligence, resilience quotient, and adaptability. Spearman's rank correlation coefficient was employed to examine the relationships among the variables. The results indicated that emotional intelligence ($\bar{X} = 169.23$, SD = 18.61) and resilience quotient ($\bar{X} = 66.40$, SD = 8.21) were at normal levels, while adaptability during clinical practice was at a high level ($\bar{X} = 3.03$, SD = 0.39). Emotional intelligence and resilience quotient were positively correlated with adaptability during clinical practice ($r_s = .74$, $p < .01$ and $r_s = .76$, $p < .01$, respectively). These findings suggest that promoting emotional intelligence and resilience quotient among undergraduate nursing students may enhance their ability to adapt effectively during clinical practicum in hospital settings.

Keywords: Adaptation to clinical practice, Emotional intelligence, Resilience quotient, Nursing students.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วิชาชีพการพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องใช้ศาสตร์และศิลป์ในการให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการทั้งในภาวะสุขภาพดีหรือเจ็บป่วย พยาบาลเป็นวิชาชีพที่กล่าวได้ว่าทำงานอยู่ภายใต้สถานการณ์ที่ตึงเครียดและกดดันบ่อยครั้ง ซึ่งต้องมีความเข้มแข็งทั้งร่างกายและจิตใจ ดังนั้นการส่งเสริมการปรับตัวและการเตรียมความพร้อมในบทบาทพยาบาลวิชาชีพต้องเริ่มตั้งแต่เป็นนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (Rogerson & Phiphatpawan, 2022) สถาบันการศึกษาที่ทำการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มีการจัดแผนการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ รวมหน่วยกิตตลอดหลักสูตรไม่น้อยกว่า 120 หน่วยกิต โดยมีวิชาภาคปฏิบัติในกลุ่มพื้นฐานวิชาชีพและกลุ่มวิชาชีพไม่น้อยกว่า 36 หน่วยกิต ซึ่ง 1 หน่วยกิตรวมไม่น้อยกว่า 45 ชั่วโมงต่อภาคเรียนปกติ (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2017)

ด้วยลักษณะของการศึกษาทางวิชาชีพ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตจึงต้องมีการปรับตัวเพื่อเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งในการเรียนการสอน สิ่งแวดล้อม และความสัมพันธ์กับบุคคลต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย หรือผู้ใหญ่ตอนต้น มีอายุระหว่าง 17-25 ปี เป็นวัยที่มีประสบการณ์ในชีวิตน้อย เป็นวัยที่ต้องปรับตัวในสถานการณ์ต่างๆ อย่างมาก ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม จากทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's Adaptation Theory) เชื่อว่าบุคคลมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมภายในตัวบุคคลและภายนอกตัวบุคคลตลอดเวลา เป็นกระบวนการที่ซับซ้อน ซึ่งประสิทธิภาพของการปรับตัวขึ้นอยู่กับความสามารถในการรับมือกับสิ่งเร้า (Roy, 1976 as cited in Wareebor et al., 2021) แบ่งการปรับตัวออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย เช่น มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดูแลตนเอง การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การขับถ่าย เป็นต้น 2) ด้านอัตมโนทัศน์ เช่น การเปลี่ยนแปลงรับรู้ภาวะสุขภาพ ลักษณะนิสัย ความคาดหวัง ความรู้สึกมีคุณค่า ความภาคภูมิใจ และความมั่นใจ เป็นต้น 3) ด้านบทบาทหน้าที่ เช่น นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตต้องเปลี่ยนบทบาทจากผู้เรียนที่ฟังอาจารย์สอน รับฟังคำแนะนำ ได้รับการช่วยเหลือ

จากผู้อื่น เป็นผู้ที่ต้องให้ความช่วยเหลือ ถ่ายทอดความรู้ให้คำแนะนำ รวมทั้งให้การพยาบาลกับผู้รับบริการ เป็นต้น และ 4) ด้านการพึ่งพาอาศัยระหว่างกัน เช่น สัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่พบเจอ เป็นต้น (Roy & Andrews, 1999) ดังนั้นในช่วงการเรียนภาคปฏิบัติมีความสำคัญอย่างมากเนื่องจากมีหน่วยกิตและระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติค่อนข้างยาวนาน และอาจมีผลต่อการปรับตัวของนิสิตหลักสูตรพยาบาลบัณฑิตในระหว่างการเรียนรู้ฝึกปฏิบัติงานหอผู้ป่วย ซึ่งหากปรับตัวไม่ได้ อาจเกิดความรู้สึกสับสนในบทบาทของตนเอง รู้สึกไม่มั่นใจในตนเอง ทำให้รู้สึกคับข้องใจ ขัดแย้งในตนเองหรือกับผู้อื่น สร้างปัญหาให้แก่ตนเอง ผู้อื่น และสังคม ไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีปัญหาด้านการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น รู้สึกวิตกกังวล และซึมเศร้า ซึ่งจะส่งผลให้การทำงานบนหอผู้ป่วยและการอยู่ร่วมกับผู้อื่นเกิดปัญหาและไม่มีประสิทธิภาพ (Roy, 2011 as cited in Maenin, 2021)

ความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Intelligence) เป็นทักษะของการปรับตัวและเป็นความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่กับผู้อื่นและการทำงานร่วมกับผู้อื่น เช่น การปฏิบัติการพยาบาล การประสานงานกับทีมสุขภาพ การให้บริการแก่ผู้ป่วยและญาติ เป็นต้น จึงมีความสำคัญต่อนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตเป็นอย่างมาก โดยความฉลาดทางอารมณ์ เป็นความสามารถของบุคคลที่สามารถรับรู้และเข้าใจอารมณ์ของตนเองและผู้อื่นได้ สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ รวมทั้งสามารถเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม ความฉลาดทางอารมณ์ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) ด้านคิด เป็นความสามารถในการควบคุมอารมณ์และความต้องการของตนเอง รู้จักเห็นใจผู้อื่นและมีความรับผิดชอบต่อส่วนรวม 2) ด้านเก่ง เป็นความสามารถในการรู้จักตนเอง มีแรงจูงใจ สามารถตัดสินใจ แก้ปัญหา และแสดงออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และ 3) ด้านสุข เป็นความสามารถในการดำเนินชีวิตอย่างเป็นสุข มีความภูมิใจในตนเองพอใจในชีวิตและมีความสุขสงบทางใจ (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2015) การศึกษาพบว่า ความฉลาดทางอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปรับตัวในการเรียนภาคปฏิบัติของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Rattanabhornchai, Tippanya, & Asvaraksha, 2025) โดยนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่มีความฉลาดทางอารมณ์สูงจะส่งผลดีต่อการปฏิบัติงาน โดยเพิ่มความคิดสร้างสรรค์ ลดความขัดแย้ง และสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในทีมงาน นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่มีความฉลาดทางอารมณ์ต่ำ จะส่งผลเสียต่อการปฏิบัติงาน โดยส่งผลให้มีพฤติกรรมก้าวร้าว ทะเลาะเบาะแว้ง สมาธิสั้น และต่อต้านการเปลี่ยนแปลง

นอกจากนี้ ความเข้มแข็งทางจิตใจ (Resilience) มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวในการแก้ไขปัญหา และเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (Saengkhiew, Khialueang, Srijaiwong, Tantalakul, & Chomkam, 2022) เนื่องจากสภาพการเรียนรู้การสอนที่มีลักษณะเฉพาะทางการพยาบาลเกี่ยวข้องกับชีวิตและความปลอดภัยของผู้รับบริการโดยตรง จึงได้รับแรงกดดันจากสภาพแวดล้อมขณะฝึกปฏิบัติการพยาบาล (Chaiwicharn & Papol, 2021) ดังนั้นความเข้มแข็งทางจิตใจจึงมีความสำคัญกับการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตเป็นอย่างมาก โดยความเข้มแข็งทางจิตใจเป็นความสามารถทางอารมณ์และจิตใจในการปรับตัว และฟื้นตัวกลับสู่สภาวะปกติภายหลังที่พบกับเหตุการณ์วิกฤตหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบากในชีวิต ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) พลังใจ คือ การอดทนต่อความกดดันมีวิธีการดูแลจิตใจมั่นคงไม่หวั่นไหว สามารถจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกของตัวเองได้ 2) พลังใจ คือ การมีกำลังใจ สามารถสร้างได้ด้วยตนเองหรือคนรอบข้าง เกิดแรงใจไม่ท้อถอย และ 3) พลังใจ คือ ความสามารถในการเผชิญปัญหาและปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่างๆ โดยบุคคลที่มีความเข้มแข็งทางจิตใจสูงจะควบคุมตัวเอง พยายามอดทนอดกลั้น สร้างกำลังใจให้เข้มแข็ง ผู้ชีวิตต่อไป ซึ่งสัมพันธ์กับการปรับตัวในการแก้ไขปัญหาเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้น ฟื้นฟูจิตใจ และปรับสภาพชีวิตความเป็นอยู่ให้กลับคืนมาเป็นปกติหรือดีกว่าเดิม แต่หากบุคคลขาดความเข้มแข็งทางจิตใจ ทำให้เกิดผลกระทบต่อยังจิตใจ มีความคิดวนเวียนสับสน ตั้งรับไม่ถูก โกรธ โทษคนอื่น ปฏิเสธ ไม่ยอมรับ

ซึมเศร้า จนสุดท้ายไม่สามารถปรับตัวให้ก้าวผ่านปัญหาอุปสรรคไปได้ (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2020)

แม้ว่ามีการวิจัยจำนวนหนึ่งที่ศึกษาความฉลาดทางอารมณ์ (Jawabreh, 2024) ความเข้มแข็งทางจิตใจ (Wille, Opheim, Princeton, Kisa, & Hjerpaasen, 2025) และความสามารถในการปรับตัว (Silva, Aredes, & Galdino-Junior, 2021) ในบริบทของการเรียนการสอนทางการพยาบาล แต่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาแยกตัวแปร โดยเน้นผลของความฉลาดทางอารมณ์ ต่อการตัดสินใจทางคลินิกหรือการจัดการความเครียด (Jawabreh, 2024; Powell et al., 2024) หรือการเสริมสร้างความยืดหยุ่นและความเข้มแข็งทางจิตใจเพื่อรับมือกับความกดดัน (Martinez et al., 2025; Wille et al., 2025) อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่บูรณาการทั้ง 3 ตัวแปรยังมีจำกัด อีกทั้งงานวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาต่างประเทศ ทำให้ขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สะท้อนบริบททางวัฒนธรรมและระบบการเรียนการสอนของนิสิตพยาบาลไทย ซึ่งยืนยันถึงช่องว่างความรู้ที่ควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติม ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของการปรับตัวในการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่าง ความฉลาดทางอารมณ์ ความเข้มแข็งทางจิตใจกับการปรับตัวในการขึ้นฝึกปฏิบัติของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มีความฉลาดทางอารมณ์ ความเข้มแข็งทางจิตใจ และสามารถปรับตัวในการขึ้นฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความฉลาดทางอารมณ์ ความเข้มแข็งทางจิตใจ และการปรับตัวในการขึ้นฝึกปฏิบัติของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์ ความเข้มแข็งทางจิตใจ กับการปรับตัวในการขึ้นฝึกปฏิบัติของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

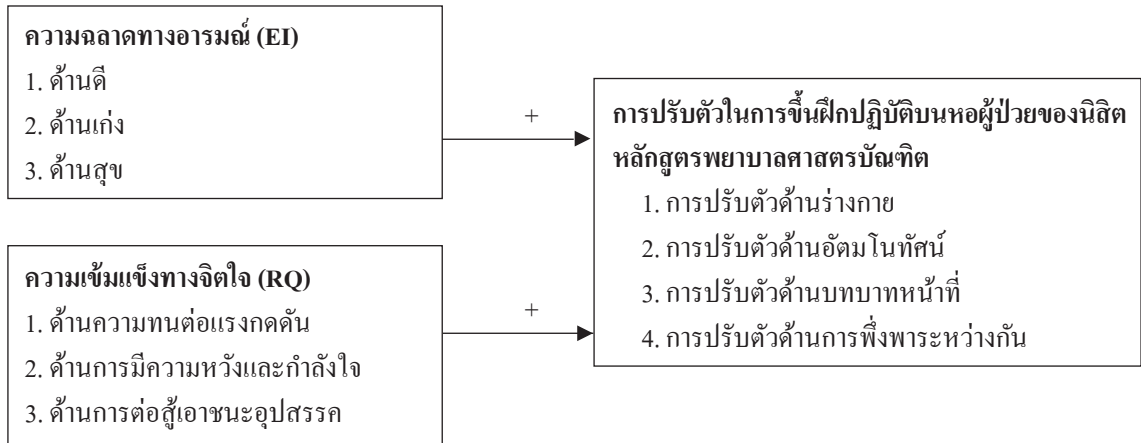
สมมติฐานในการวิจัย

1. ความเข้มแข็งทางจิตใจมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการปรับตัวในการขึ้นฝึกปฏิบัติของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

2. ความฉลาดทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการปรับตัวในการขึ้นฝึกปฏิบัติของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

กำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยในการศึกษาครั้งนี้ ดังนี้



วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross Sectional Survey Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์ ความเข้มแข็งทางจิตใจ กับความสามารถในการปรับตัวในการขึ้นฝึกปฏิบัติของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

ประชากร คือ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ ชั้นปี 3-4 ในสถาบันการศึกษาการพยาบาลในเขตภาคเหนือตอนล่าง ทั้งหมด 7 สถาบัน ได้แก่ มหาวิทยาลัยนเรศวร, มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตนครสวรรค์, มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม, มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ จำนวน 2,710 คน ที่ลงทะเบียนเรียนในปีการศึกษา 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ ชั้นปี 3-4 ในสถาบันการศึกษา

การพยาบาลในเขตภาคเหนือตอนล่าง ที่ผ่านการฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีของทามาเน่ (Yamane, 1967) ที่ระดับความคลาดเคลื่อน .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 349 คน ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling) ดังนี้ ขั้นที่ 1 สุ่มรายชื่อสถาบันการศึกษาในเขตภาคเหนือตอนล่างที่มีการจัดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ด้วยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) แบบไม่ถูกแทนที่ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป Random.org จำนวน 3 สถาบัน ขั้นที่ 2 ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีกำหนดสัดส่วน (Proportional Sampling) จากขนาดประชากรของแต่ละสถาบัน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละสถาบัน จำนวน 199, 103, และ 47 คน ตามลำดับ โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ เป็นนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตและลงทะเบียนเรียนในปีการศึกษา 2567 เคยผ่านการขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย ยินดีเข้าร่วมการวิจัย สะดวกในการให้ความยินยอมและตอบแบบสอบถามออนไลน์

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับชั้นปี สังกัดสถาบันการศึกษา

2. แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Quotient ; EQ) ของสำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ข้อคำถามมีจำนวน 52 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านดี จำนวน 18 ข้อ ด้านเก่ง จำนวน 18 ข้อ และด้านสุข จำนวน 16 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน ได้แก่ 1 เท่ากับ ไม่จริง 2 เท่ากับ จริงเป็นบางครั้ง 3 เท่ากับค่อนข้างจริง และ 4 เท่ากับ จริงมาก คะแนนรวมเท่ากับ 80 คะแนน การแปลผล คะแนนระหว่าง 55-69 คะแนน อยู่ในระดับปกติ และคะแนนมากกว่า 69 คะแนน อยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์ปกติ (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2015)

3. แบบสอบถามความเข้มแข็งทางจิตใจ (Resilience Quotient; RQ) ของสำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ข้อคำถามมีจำนวน 20 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความทนต่อแรงกดดัน จำนวน 10 ข้อ ด้านมีกำลังใจ จำนวน 5 ข้อ และด้านการต่อสู้เอาชนะอุปสรรค จำนวน 5 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน ได้แก่ 1 เท่ากับ ไม่จริง 2 เท่ากับ จริงเป็นบางครั้ง 3 เท่ากับค่อนข้างจริง และ 4 เท่ากับ จริงมาก คะแนนรวม เท่ากับ 208 คะแนน การแปลผล คะแนน 130-179 คะแนน อยู่ในระดับปกติ และคะแนนมากกว่า 179 คะแนน อยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์ปกติ (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2020)

4. การปรับตัวในการขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้กรอบทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy & Andrew, 1999) เพื่ออธิบายพฤติกรรมการปรับตัวของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ในช่วงที่ขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย มีจำนวนข้อคำถาม 46 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การปรับตัวด้านร่างกาย

(Physiological mode) จำนวน 14 ข้อ การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (Self-concept mode) จำนวน 10 ข้อ การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (Role function mode) จำนวน 12 ข้อ และการปรับตัวด้านการพึ่งพาห่วงกัน (Interdependent mode) จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ การแปลใช้เกณฑ์การแบ่งความกว้างของอันตรภาคชั้น ดังนี้ (Best & Kahn, 1998) ความกว้างของอันตรภาคชั้น =

$$= \frac{(\text{คะแนนสูงสุด}-\text{คะแนนต่ำสุด})/\text{จำนวนอันตรภาคชั้น}}{= (4-1)/3 = 0.75}$$

คะแนนเฉลี่ย 3.26-4.00 หมายถึง การปรับตัวในการขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.25 หมายถึง การปรับตัวในการขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 1.76-2.50 หมายถึง การปรับตัวในการขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.75 หมายถึง การปรับตัวในการขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการปรับตัวในการขึ้นฝึกปฏิบัติที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบ ความสอดคล้องของข้อคำถามกับนิยามศัพท์ที่กำหนด ความถูกต้อง ความชัดเจนของภาษาที่ใช้ในแบบสอบถามให้ตรงกับที่ต้องการวัด โดยการคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เป็นการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของทั้งฉบับจากการคำนวณสัดส่วนของข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญให้คะแนน 3 หรือ 4 จากคะแนนรวมทั้งหมด สำหรับค่า CVI ที่ยอมรับได้ควรมากกว่า .80 (Tiansawad, 2019) ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถามการปรับตัวในการขึ้นฝึกปฏิบัติเท่ากับ .86

2. การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับนิสิตพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ชั้นปีที่ 3-4

จำนวน 30 คน ทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) (DeVon et al., 2007) พบว่าแบบสอบถามความเข้มแข็งทางจิตใจ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .89 แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .92 และแบบสอบถามการปรับตัวในการขึ้นฝึกปฏิบัติที่ได้มีค่าความเที่ยง เท่ากับ .90

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากหน่วยงานที่ผู้ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอเก็บข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยทำการประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย โดยส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์ พร้อมรหัสคิวอาร์ (QR code) ผ่านหน่วยงานไปยังประธานชั้นปี เพื่อประชาสัมพันธ์กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า โดยในรหัสคิวอาร์จะมีเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครเกี่ยวกับโครงการวิจัย หากผู้ถูกทบทวนสนใจและยินดีที่จะเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัย อาสาสมัครสามารถคลิกคัดไปที่อยู่ส่วนท้ายของคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครเกี่ยวกับโครงการวิจัย เพื่อตอบแบบสอบถามออนไลน์ เป็นการยินยอมโดยการกระทำ หากไม่ยินดีเข้าร่วมผู้ถูกทบทวนไม่ต้องทำอะไร เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนระบบจะปิดรับคำตอบ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ระดับความเข้มแข็งทางจิตใจ ความฉลาดทางอารมณ์ และการปรับตัวของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สถาบันการศึกษาในเขตภาคเหนือตอนล่าง โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งทางจิตใจ และความฉลาดทางอารมณ์กับการปรับตัวในการขึ้นฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation) เนื่องจากการแจกแจงของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยนเรศวร (COA No. 051/2025, IRB No. P2-0004/2568) การเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่างวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบวัตถุประสงค์การอธิบายความเสี่ยงและประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม และผลการวิจัยที่ได้นำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 349 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 316 คน (ร้อยละ 90.50) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 21 ปี ($\bar{X}=21$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.05 (S.D. = 1.05) ส่วนใหญ่เป็นนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตระดับชั้นปีที่ 3 จำนวน 154 คน (ร้อยละ 44.10)

2. ระดับความฉลาดทางอารมณ์ ระดับความเข้มแข็งทางจิตใจ และระดับการปรับตัวในการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยของนิสิตในการขึ้นฝึกปฏิบัติ

ระดับของความฉลาดทางอารมณ์ของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต โดยรวมอยู่ในระดับปกติ ($\bar{X}=169.23$, S.D. = 18.61) เมื่อพิจารณารายด้านทุกด้านอยู่ในระดับปกติ และองค์ประกอบด้านควบคุมตนเองในด้านดีอยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์ ($\bar{X}=20.06$, S.D. = 2.26) ดังตารางที่ 1

ระดับความเข้มแข็งทางจิตใจของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต โดยรวมอยู่ในระดับปกติ ($\bar{X}=66.40$, S.D. = 8.21) เมื่อพิจารณารายด้าน ทุกด้านอยู่ในระดับปกติ ดังตารางที่ 1

ระดับการปรับตัวในการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.03$, S.D. = .39) เมื่อพิจารณารายด้านทุกด้านอยู่ในระดับมาก ยกเว้นการปรับตัวด้านร่างกาย อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=2.47$, S.D. = .48) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความเข้มแข็งทางจิตใจ ความฉลาดทางอารมณ์ การปรับตัว ในการขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (n = 349)

รายการประเมิน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ความฉลาดทางอารมณ์	169.23	18.61	ปกติ
1) ด้านดี			
1.1 ควบคุมตัวเอง	20.06	2.26	สูงกว่าเกณฑ์ปกติ
1.2 เห็นใจผู้อื่น	20.70	2.49	ปกติ
1.3 รับผิดชอบ	21.20	2.54	ปกติ
2) ด้านเก่ง			
2.1 มีแรงจูงใจ	18.64	2.85	ปกติ
2.2 ตัดสินใจและแก้ไขปัญหา	18.08	3.29	ปกติ
2.3 สัมพันธภาพ	17.70	3.00	ปกติ
3) ด้านสุข			
3.1 ภูมิใจตนเอง	12.48	2.50	ปกติ
3.2 พอใจชีวิต	20.73	2.88	ปกติ
3.3 สุขสงบทางใจ	19.65	3.15	ปกติ
ความเข้มแข็งทางจิตใจ	66.40	8.21	ปกติ
1) ด้านความทนต่อแรงกดดัน (ฮึด)	32.52	4.32	ปกติ
2) ด้านการมีความหวังและกำลังใจ (ฮึด)	17.26	2.60	ปกติ
3) ด้านการต่อสู้เอาชนะอุปสรรค (ฮึด)	16.61	2.32	ปกติ
การปรับตัวในการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย	3.03	.39	มาก
1. ด้านร่างกาย	2.47	.48	น้อย
2. ด้านทัศนคติ	3.22	.50	มาก
3. ด้านบทบาทหน้าที่	3.23	.45	มาก
4. ด้านการพึ่งพาอาศัยระหว่างกัน	3.23	.39	มาก

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์ ความเข้มแข็งทางจิตใจ กับความสามารถในการปรับตัว ในการขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยของนิสิตหลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิต

ความฉลาดทางอารมณ์โดยรวมมีความสัมพันธ์ ทางบวกในระดับสูงกับการปรับตัวในการขึ้นฝึกปฏิบัติ บนหอผู้ป่วยของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต โดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .76, p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ความเข้มแข็งทางจิตใจโดยรวมมีความสัมพันธ์ทาง บวกในระดับสูงกับการปรับตัวในการขึ้นฝึกปฏิบัติงานบน หอผู้ป่วยของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .74, p < .01$) ดังแสดงใน ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ ความฉลาดทางอารมณ์ ความเข้มแข็งทางจิตใจ กับการปรับตัวในการขึ้นฝึกปฏิบัติของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (n = 349)

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	การปรับตัวในการขึ้นฝึกปฏิบัติของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต				
	ด้านร่างกาย	ด้าน อึดทนโน้ทศน์	ด้านบทบาท หน้าที่	ด้านการ พึ่งพาอาศัย ระหว่างกัน	รวม
ความฉลาดทางอารมณ์	.47**	.69**	.67**	.63**	.76**
1.1) ควบคุมตัวเอง	.34**	.47**	.49**	.37**	.50**
1.2) เห็นใจผู้อื่น	.11*	.36**	.34**	.45**	.39**
1.3) รับผิดชอบ	.30**	.47**	.42**	.55**	.53**
2.1) มีแรงจูงใจ	.39**	.60**	.55**	.50**	.63**
2.2) ตัดสินใจและแก้ไขปัญหา	.48**	.59**	.59**	.56**	.68**
2.3) สัมพันธภาพ	.34**	.48**	.47**	.41**	.51**
3.1) ภูมิใจตนเอง	.43**	.56**	.53**	.42**	.59**
3.2) พอใจชีวิต	.32**	.54**	.56**	.47**	.58**
3.3) สุขสงบทางใจ	.44**	.54**	.52**	.50**	.60**
ความเข้มแข็งทางจิตใจ	.58**	.69**	.68**	.56**	.74**
1) ด้านความทนต่อแรงกดดัน (อึด)	.44**	.59**	.58**	.46**	.63**
2) ด้านการมีความหวังและกำลังใจ (ฮึด)	.44**	.64**	.63**	.57**	.69**
3) ด้านการต่อสู้เอาชนะอุปสรรค (สู้)	.42**	.61**	.63**	.46**	.64**

*p < .05, **p < .01

การอภิปรายผล

1.นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สถาบันการศึกษาในเขตภาคเหนือตอนล่าง มีระดับความเข้มแข็งทางจิตใจในระดับปกติ สามารถอธิบายได้ว่า นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 3 มีอายุเฉลี่ย 21 ปี อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ผ่านการเรียนรู้ทฤษฎีทางการพยาบาล เคยผ่านการฝึกปฏิบัติการบนหอผู้ป่วยมาก่อน รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนจากอาจารย์เทศและเพื่อนร่วมฝึกปฏิบัติ ส่งเสริมให้มีแรงสนับสนุนทางสังคมในการฝ่าฟันปัญหาและอุปสรรคต่างๆ เสริมสร้างความสามารถในการรับมือกับแรงกดดันทางอารมณ์และจิตใจ รวมทั้งสามารถจัดการปัญหาได้และฝึกปฏิบัติงานได้ประสบผลสำเร็จตามที่คาดหวัง และมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความเชื่อมั่นในศักยภาพ

ของตนเอง จึงส่งผลให้มีกำลังใจ มีแรงจูงใจ สอดคล้องกับการศึกษาของภาสินี โทอินทร์ และคณะ (Thoin, Sriond, Khoyun, & Potchana, 2022) ผลการศึกษาพบว่านักศึกษาพยาบาล จำนวน 198 คน พบว่ามีความเข้มแข็งทางจิตใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ ($\bar{x}$ = 59.83, S.D = 0.84) และจากการศึกษาของจงลักษณ์ ทวีแก้ว และคณะ (Taveekaew, Chitrak, Kaewmanee, & Srisen, 2019) พบว่าระดับความเข้มแข็งทางใจของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 600 คน ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งในชีวิตค่อนข้างสูง ($\bar{x}$ = 117.79, S.D. = 10.54) นอกจากนี้การศึกษาของมาตินเชซ (Martinez et al., 2025) พบว่าระดับความเข้มแข็งทางจิตใจของนิสิตพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามชั้นปีและประสบการณ์การฝึกปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษครั้งนี้ ที่ส่วนใหญ่อยู่ในชั้นปีที่ 3-4 กล่าวได้ว่าความเข้มแข็ง

ทางใจ เป็นศักยภาพที่สามารถพัฒนาตนเองได้ในทางบวก แม้จะเกิดปัญหาความยากลำบากในชีวิตก็สามารถปรับตัวให้อยู่ในวิชาชีพได้

2. นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สถาบันการศึกษาในเขตภาคเหนือตอนล่าง มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในระดับปกติ และด้านควบคุมตัวเองสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงกำลังศึกษาชั้นปีที่ 3 ที่อยู่ในช่วงผู้ใหญ่ตอนต้น ผ่านกระบวนการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติด้านการพยาบาลที่ต้องพบกับบุคลากรสุขภาพ ผู้ป่วย และญาติ รวมถึงการมีกิจกรรมเสริมหลักสูตรต่างๆ ทำให้สามารถควบคุมตนเองให้เผชิญกับเหตุการณ์เฉพาะหน้าต่างๆ ได้รู้จักเห็นใจผู้อื่น และมีความรับผิดชอบต่อส่วนรวม สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข มีความภาคภูมิใจในตนเอง และมีความสุขทางใจ ซึ่งล้วนเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เพื่อนำมาปรับใช้ในช่วงของการดำเนินชีวิตและช่วงของการปฏิบัติงานในวิชาชีพการพยาบาลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของอรเพ็ญ พงศ์กล้า และคณะ (Pongklum, Klommake, Pakluck, Khuttamasoon, Bunluesup, & Hongthong, 2017) ที่พบว่าความฉลาดทางอารมณ์ของนิสิตพยาบาลสถาบันแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานครที่กำลังศึกษาชั้นปีที่ 1-4 จำนวน 260 คน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความฉลาดทางอารมณ์ด้าน ดี เก่ง สุข และโดยรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ นอกจากนี้ จากการศึกษาของจาวาบรี (Jawabreh, 2024) พบว่า ความฉลาดทางอารมณ์ในด้านการควบคุมอารมณ์และการเข้าใจตนเองมีความสัมพันธ์กับความสามารถตัดสินใจทางคลินิกของนิสิตพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สถาบันการศึกษาในเขตภาคเหนือตอนล่าง มีการปรับตัวในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก สามารถอธิบายได้ว่า แม้ว่านิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่อยู่ในระหว่างการขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยที่มีเนื้อหาการเรียนเน้นทางวิชาชีพมากขึ้น มีการทำหัตถการที่ซับซ้อนมากขึ้น และเป็นสิ่งที่นิสิตไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน สิ่งเหล่านี้

ส่งผลให้นิสิตต้องมีการปรับตัวอย่างมาก อย่างไรก็ตาม ในกระบวนการเรียนการสอนของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตช่วยให้นิสิตได้ฝึกกระบวนการแก้ปัญหา และมีอาจารย์ที่ปรึกษาทำให้การคุ้นเคยกับงานใกล้ชิด ส่งผลให้นิสิตพยาบาลมีการปรับตัวในการขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยได้ ซึ่งจะไปตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy & Andrews, 1999) ที่อธิบายว่า บุคคลต้องมีการปรับตัว เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในตนเอง และคนอื่นมากขึ้น สามารถตัดสินใจเรื่องราวต่างๆ ได้ดีขึ้น ปรับตัวและแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นได้ สามารถดำรงชีวิตร่วมกับผู้อื่นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของปารินทร์ บัวสนธิ์ รัตนพรชัย และคณะ (Rattanabhornchai et al., 2025) ได้ศึกษาทักษะในการปรับตัวในการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 และ 4 จำนวน 116 คน พบว่า คะแนนทักษะการปรับตัวโดยรวมและรายด้านของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณารายด้าน ผลการศึกษาพบว่า การปรับตัวในการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยด้านร่างกายอยู่ในระดับน้อย อาจเกิดจากความเหนื่อยล้าทางร่างกายจากการขึ้นฝึกปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Silva et al. (2021) พบว่านิสิตพยาบาลมักเผชิญกับความเหนื่อยล้าทางร่างกาย การพักผ่อนไม่เพียงพอ และความเครียดสะสมระหว่างการฝึกปฏิบัติ ซึ่งส่งผลต่อการปรับตัวทางด้านร่างกาย แม้จะสามารถปรับตัวด้านจิตใจและสังคมได้ดี

4. ความฉลาดทางอารมณ์กับการปรับตัวในการขึ้นฝึกปฏิบัติการบนหอผู้ป่วยของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สถาบันการศึกษาในเขตภาคเหนือตอนล่าง มีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างนักศึกษามีการควบคุมตนเองในระดับสูงกว่าเกณฑ์ปกติ และมีความเห็นใจผู้อื่นและความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานตามที่มอบหมาย ส่งผลให้สามารถปรับตัวให้เข้ากับบทบาทในการเป็นนิสิตฝึกปฏิบัติงาน และมีการปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยและสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้างและผู้อื่นได้ดี จากทฤษฎีการปรับตัวของรอย เชื่อว่าประสิทธิภาพของการปรับตัวของบุคคล ขึ้นอยู่กับความสามารถในการรับมือกับสิ่งเร้า (Roy, 1976 as cited in Wareebor et al., 2021) ดังนั้น นิสิตที่มีความฉลาด

ทางอารมณ์สูง โดยเฉพาะในด้านการควบคุมตนเอง ทำให้นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตมีการปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตประจำวันตามบทบาทการเป็นนิสิต และสามารถปรับตัวในการให้พยาบาลผู้ป่วยได้ดี ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของปารินทร์ บัวสนธิ์ รัตนพรชัย และคณะ (Rattanabhornchai et al., 2025) พบว่า ความฉลาดทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทักษะการปรับตัวในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล โดยเมื่อมีความฉลาดทางอารมณ์สูง สามารถควบคุมอารมณ์เชิงลบและปรับตัวต่อสถานการณ์กดดันได้ดีกว่า จึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้นิสิตพยาบาลปรับตัวต่อความท้าทายทางการเรียนและการฝึกปฏิบัติงานในสถานการณ์จริงได้ดียิ่งขึ้น (Chen et al., 2024; Hwang & Kim, 2023)

5. ความเข้มแข็งทางจิตใจกับการปรับตัวในการขึ้นฝึกปฏิบัติการบนหอผู้ป่วยของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สถาบันการศึกษาในเขตภาคเหนือตอนล่าง มีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 จากผลการศึกษาพบว่านิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับชั้นปีที่ 3 มีประสบการณ์ฝึกปฏิบัติการบนหอผู้ป่วย ทำให้มีความเข้มแข็งทางจิตใจโดยเฉพาะด้านการมีความหวังและกำลังใจ (ฮึด) ที่สูง จะสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ รวมถึงสถานการณ์ใหม่ๆ ได้ดี สามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ และสามารถปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ได้ เนื่องจากบุคคลที่มีความเข้มแข็งทางจิตใจสูง จะควบคุมตัวเองได้ อุดหนุนอดกลั้น สามารถผ่านพ้นเหตุการณ์วิกฤตไปได้โดยปราศจากปัญหา หรือโรคทางจิตใจตามมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปฐพร แสงเขียว และคณะ (Saengkhiew et al., 2022) ได้ศึกษาในนิสิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จำนวน

418 คน ผลการวิจัย พบว่าความเข้มแข็งทางจิตใจและการปรับตัวของนิสิตพยาบาลมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวได้ว่า ความเข้มแข็งทางจิตใจเป็นบทบาทสำคัญในการคงไว้ซึ่งสุขภาพจิต การมีระดับความเข้มแข็งทางจิตใจในระดับสูง จะช่วยให้นิสิตพยาบาลสามารถเผชิญและจัดการกับปัญหา ความเครียด และช่วยให้สามารถปรับตัวตลอดช่วงการศึกษายิ่งขึ้น ถึงแม้จะมีความเหนื่อยล้าทางด้านร่างกายความเครียดและภาระงานจะเพิ่มขึ้นตามชั้นปีก็ตาม (Bsharat, 2023; Martinez et al., 2025)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้สอนและผู้ที่เกี่ยวข้องกับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ในการส่งเสริมความเข้มแข็งทางจิตใจด้านการต่อสู้เอาชนะอุปสรรคและส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ ด้านความภูมิใจตนเอง เพื่อให้นิสิตสามารถปรับตัวในการขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยในสถานการณ์ต่างๆ ได้

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาคู่แปรอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวในการขึ้นฝึกปฏิบัติการบนหอผู้ป่วยของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตเพิ่มเติม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยและขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจนทำให้งานวิจัยสำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- Best, J. W., & Kahn, J.V. (1998). *Research in education* (8th ed.). Illinois: Butler University, Emeritus, University of Illinois, Chicago.
- Bsharat, F. (2023). Stress and resilience of nursing students in clinical training during the COVID-19 pandemic: Palestinian perspective. *SAGE Open Nursing*, 9, 1-7. Retrieved from <https://doi.org/10.1177/23779608231201051>.
- Chaiwcharn, T., & Papol, A. (2021). The stress of nursing student training. *EAU Heritage Journal Science and Technology*, 15(1), 22-28. Retrieved from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/EAUHJSci/article/view/245467/168484>. [In Thai].
- Chen, Y., Zhang, L., Xu, J., Ji, P., Ji, Q., Song, M., ... Guo, L. (2024). The associations between emotional empathy, emotional intelligence, and COVID-19-related stress among nursing students: A cross sectional study. *BMC Medical Education*, 24(1). Retrieved from <https://doi.org/10.1186/s12909-024-06474-z>.
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2015). *Manual for youth skill development activities: Thinking, problem-solving, and EQ development*. Retrieved from <https://www.tobefriend.in.th/dataservice/files/ds2-manualAndTech/manual/1.เรื่อง%20ฝึกคิด%20แก้ปัญหา%20พัฒนา%20EQ%20for%20ลูกกอล์ฟ.pdf>. [In Thai].
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2020). *Turning adversity into strength: Mental health power (Resilience Quotient)*. Retrieved from <https://dmh-elibrary.org/items/show/168>. [In Thai].
- DeVon H. A., Block M. E., Moyle-Wright, P., Ernst, D. M., Hayden, S. J., Lazzara, D. J., ... Kostas-Polston, E. (2007). A psychometric toolbox for testing validity and reliability. *Journal of Nursing scholarship*, 39(2), 155-164. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2007.00161.x>
- Hwang, E. & Kim, K. (2023). Relationship between optimism, emotional intelligence, and academic resilience of nursing students: the mediating effect of self-directed learning competency. *Frontiers in Public Health*, 11. Retrieved from <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1182689>.
- Jawabreh, N. (2024). The relationship between emotional intelligence and clinical decision making among nursing students. *SAGE Open Nursing*, 10, 1-8. Retrieved from <https://doi.org/10.1177/23779608241272459>.
- Maenin, T. (2021). Adaptation of the first year class of bachelor degree level in Chitralada Technology Institute. *Journal of Rattana Bundit University*, 16(2), 75-91. Retrieved from <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/rbac/article/view/255076/171929>. [In Thai].
- Martinez, W. D., Casaleiro, T., Menezes, J. D. d. S., da Silva, M. Q., Santos, E. R. d., Franco, R. F., ... André, J. C. (2025). Mental health and resilience in nursing students: A longitudinal study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 22(5), 735. Retrieved from <https://doi.org/10.3390/ijerph22050735>.
- Pongklum, O., Klommak, J., Pakluck, P., Khuttamasoon, T., Bunluesup, W., & Hongthong, M. (2017). The emotional quotient among nursing students in a private university, Bangkok. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 25(3), 9-19. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/101420/78618>. [In Thai].

- Powell, C., Taylor Brown, Y., Yap, Y., Hallam, K., Takac, M., Quinlivan, T., ... Karimi, L. (2024). Emotional intelligence training among the healthcare workforce: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 15. Retrieved from <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1437035>.
- Rattanabhornchai, P. B., Tippanya, T., & Asvaraksha, N. (2025). Factors affecting on the adaptability skills in nursing practicum of nursing students, Pibulsongkram Rajabhat University. *Journal of Multidisciplinary Academic Research and Development*, 7(1), 13-30. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JMARD/article/view/269610/186589>. [In Thai].
- Rogerson, C. & Phiphatpawan, B. (2022). Factors affecting work readiness of graduate nurses in the situation of coronavirus pandemic. *Research and Development Health System Journal*, 15(3), 198-211. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/257611/177650>. [In Thai].
- Roy, C., & Andrews, H. (1999). *The Roy adaptation model*. (2nd ed.). Stamford: Appleton & Lange.
- Saengkhiew, P., Khiaolueang, D., Srijaiwong, S., Tantalanutkul, S., & Chomkam, P. (2022). Resilience and adaptation of nursing students in the COVID-19 pandemic Boromarajonani College of Nursing Uttaradit. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 14(1), 63-77. Retrieved from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/unc/article/view/255456/173314>. [In Thai].
- Silva, G., Aredes, N., & Galdino-Junior, H. (2021). Academic performance, adaptation and mental health of nursing students: A cross-sectional study. *Nurse Education in Practice*, 55. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103145>
- Taveekaew, C., Chitrak, W., Kaewmanee, C., & Srisen, N. (2019). Mental health and resilience in nursing students: Case study of a nursing college in the northeast. *Journal of Nursing, Public Health, and Education*, 20(2), 60-68. Retrieved from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnpy/article/view/181441/134905>. [In Thai].
- Thailand Nursing and Midwifery Council. (2017). *Regulation of the Thai Nursing and Midwifery Council B.E. 2560: Approval of professional nursing and midwifery curricula* [Regulation]. Retrieved from [https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/3_Rule%202560\(1\).pdf](https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/3_Rule%202560(1).pdf). [In Thai].
- Thoi, P., Sriond, P., Khoyun, S., & Potchana, R. (2022). Relationship between resilience and COVID-19 prevention behaviors among nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen. *Journal of Sakon Nakhon Hospital*, 25(3), 110-120. Retrieved from <https://thaidj.org/index.php/jsnh/article/view/13107>. [In Thai].
- Tiansawad, S. (2019). *Instrument development for nursing research*. Chiang Mai: Siampimnana. [In Thai].
- Wareebor, J., Janprieng, T., & Kerdthong, A. (2021). Development of a causal relationship model of factors influencing to college adjustment of undergraduate students, Rambhaibarni Rajabhat University. *Rajabhat Rambhai Barni Reserch Journal*, 17(2), 58-68. Retrieved from <https://so05.tci-thaijo.org/index.php/RRBR/article/view/266860/179154>. [In Thai].

- Wille, S., Opheim, S., Princeton, M., Kisa, S., & Hjerpaasen, J. (2025). Building resilience and competence in bachelor nursing students: A narrative review based on social cognitive theory. *Nursing Reports*, 15(7), 253. Retrieved from <https://doi.org/10.3390/nursrep15070253>.
- Yamane, T. (1967). *Statistics, an introductory analysis* (2nd ed.). New York: Harper and Row.

บทความวิจัย

การดัดแปลง แปลและการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับเคมีบำบัด
สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ฉบับภาษาไทย

**Adaptation, Translation and Psychometric Evaluation of the Thai Version of the
Beliefs about Medicines Questionnaire for Chemotherapy among Breast Cancer Patients**

ญานิส พึงน้อย (Yanisa Puengnoi)*

นันทิยา วัฒนาย (Nantiya Watthayu)**

Received: November 11, 2025

Revised: December 11, 2025

Accepted: January 23, 2026

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อดัดแปลง แปลและตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับเคมีบำบัด สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ฉบับภาษาไทย จำนวน 11 ข้อ โดยใช้กระบวนการแปลไปข้างหน้าและแปลย้อนกลับ (Forward-backward translation) ตามแนวทางของบริสลิน (Brislin, 1970) การศึกษาประกอบด้วย 2 ระยะ ระยะที่ 1 เป็นการดัดแปลง แปลและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ดำเนินการโดยผู้แปลอาชีพที่มีความเชี่ยวชาญทั้งภาษาไทยและอังกฤษ แบบสอบถามฉบับแปลย้อนกลับได้รับการตรวจสอบความถูกต้องจากผู้พัฒนาเครื่องมือต้นฉบับ ส่วนฉบับภาษาไทยได้รับการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน และปรับแก้ตามข้อเสนอแนะเพื่อให้สื่อความหมายสอดคล้องกับต้นฉบับอย่างเท่าเทียม ระยะที่ 2 เป็นการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่อยู่ระหว่างการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยเคมีบำบัดตามคำแนะนำของแพทย์ผู้ดูแล อายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 30 ราย จากโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง โดยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)

**Corresponding author: Nantiya Watthayu; E-mail: nantiya.w@chula.ac.th

*นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Student, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University)

**รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Associate Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University)

ผลการศึกษาพบว่าแบบสอบถามฉบับภาษาไทยมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Item-Content Validity Index, I-CVI และ Scale-Content Validity Index/Average, S-CVI/Ave) เท่ากับ 1 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ข้อคำถามมีความครอบคลุมเหมาะสม และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวัดความเชื่อเกี่ยวกับเคมีบำบัด สำหรับการทดสอบความเที่ยง (Reliability) พบว่าแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.947 สรุปได้ว่า แบบสอบถามฉบับภาษาไทยมีคุณภาพทั้งด้านความตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยงเหมาะสมสำหรับใช้ประเมินความเชื่อเกี่ยวกับเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

คำสำคัญ: การดัดแปลงและแปลเครื่องมือ, การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม, ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

Abstract

This study aimed to adapt, translate, and evaluate the psychometric properties of the Beliefs about Chemotherapy Questionnaire for Thai breast cancer patients, consisting of 11 items. The translation process followed the forward-backward translation method based on Brislin's guidelines (1970). The study was conducted in two phases. Phase 1 involved adaptation, translation, and content validity assessment. A professional bilingual translator conducted the translation, and the back-translated version was reviewed by the original instrument developer. The Thai version was evaluated by five experts and revised according to their recommendations to ensure semantic equivalence with the original instrument. Phase 2 examined the reliability of the instrument in a sample of 30 breast cancer patients aged 18 years and older who were deciding whether to undergo chemotherapy at a tertiary hospital. Data were analyzed using Cronbach's alpha coefficient.

The results indicated that the Thai version had excellent content validity, with an Item Content Validity Index (I CVI) and Scale Content Validity Index/Average (S CVI/Ave) of 1, demonstrating that the items were comprehensive, appropriate, and consistent with the purpose of measuring beliefs about chemotherapy. The reliability test showed a high internal consistency with a Cronbach's alpha coefficient of 0.947. In conclusion, the Thai version of the questionnaire demonstrated both good content validity and reliability, making it suitable for assessing beliefs about chemotherapy among breast cancer patients.

Keywords: Instrument adaptation and translation, Psychometric evaluation, Breast cancer patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในผู้หญิงทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย โดยในปี 2022 องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานผู้ป่วยใหม่ทั่วโลกจำนวน 2,296,840 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์ 46.8 ต่อประชากรแสนราย และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของผู้หญิงสำหรับประเทศไทย พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยรายใหม่ 37.4 ต่อประชากรแสนราย และอัตราการเสียชีวิต 11.8 ต่อประชากรแสนราย (International Agency for Research on Cancer, 2022) สะท้อนถึงภาระของโรคและความจำเป็นในการเข้าถึงการวินิจฉัยและการรักษาที่มีคุณภาพ การรักษามะเร็งเต้านม ประกอบด้วยการผ่าตัด การฉายแสง การใช้ยามุ่งเป้า ภูมิคุ้มกันบำบัด และเคมีบำบัด ซึ่งเป็นแนวทางสำคัญ ในการควบคุมและชะลอการแพร่กระจายของโรค (Sharma, Jasrotia, & Kumar, 2024) เคมีบำบัด (Chemotherapy) ถือเป็นวิธีหลักในการทำลายและยับยั้ง การเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง (National Cancer Institute, 2025) มีบทบาทสำคัญในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ในหลายระยะของโรค ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ระยะลุกลาม เฉพาะที่ จนถึงระยะแพร่กระจาย เพื่อควบคุมโรค บรรเทาอาการ และยืดอายุการรอดชีวิต การให้เคมีบำบัด ก่อนการผ่าตัด (Neoadjuvant chemotherapy) มีเป้าหมาย เพื่อลดขนาดก้อนมะเร็ง เพิ่มโอกาสในการผ่าตัดแบบ สงวนเต้านม และประเมินการตอบสนองต่อการรักษา ขณะที่การให้หลังการผ่าตัด (Adjuvant chemotherapy) เพื่อลดความเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำและเพิ่มอัตราการรอดชีวิต ส่วนในระยะแพร่กระจาย มุ่งเน้นการบรรเทา อาการและการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Sookprasert, 2011) การใช้เคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบมากที่สุดในผู้ป่วยระยะที่ 3 ร้อยละ 65 รองลงมาคือระยะที่ 4 ร้อยละ 60 และระยะที่ 1-2 ร้อยละ 16 (Miller et al., 2022) แม้การพัฒนาเคมีบำบัดในปัจจุบันจะมุ่งลดผลข้างเคียงเพื่อ ส่งเสริมความต่อเนื่องของการรักษา (Sharma, Jasrotia, & Kumar, 2024) แต่ผู้ป่วยยังคงประสบผลข้างเคียงทั้ง ทางร่างกายและจิตใจ เช่น คลื่นไส้ อ่อนเพลีย ผมร่วง ความวิตกกังวล ความกลัว ความไม่แน่นอนต่อผลการรักษา และภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การตัดสินใจเข้ารับการรักษา รวมถึงความร่วมมือและ

ความต่อเนื่องในการรักษาด้วยเคมีบำบัด (Jacobsen & Andrykowski, 2015) ผลกระทบดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของความเชื่อเกี่ยวกับยาในผู้ป่วย มะเร็งเต้านม ซึ่งครอบคลุมการรับรู้ถึงความจำเป็นของยา ความกังวลต่ออันตรายหรือผลข้างเคียง และการรับรู้ ประโยชน์ของการรักษา โดยความเชื่อเหล่านี้มีความ สัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการรักษาความร่วมมือและ ความต่อเนื่องในการรักษาตลอดจนความไว้วางใจต่อแพทย์ การยอมรับคำแนะนำ และการมีพฤติกรรมรักษา ที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับความกังวลลดลง สามารถ จัดการกับอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษาได้อย่าง มีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมที่ดีขึ้น (Jiang, Sereika, Bender, Brufsky, & Rosenzweig, 2016) ในทางตรงกันข้าม ความเชื่อที่มองว่าเคมีบำบัดเป็นการรักษา ที่รุนแรงหรือก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานสัมพันธ์กับการ ปฏิเสธหรือชะลอการรักษา ลดความต่อเนื่องในการรักษา และนำไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์ เช่น อัตรา การรอดชีวิตที่ต่ำลง (Dias, Bezerra, Barra, & Rego, 2021) ดังนั้น การประเมินความเชื่อเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดจึง สำคัญต่อการพัฒนากระบวนการดูแลที่สนับสนุนการร่วม ตัดสินใจ เพิ่มความร่วมมือในการรักษา และส่งเสริม คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (Grassi et al., 2017) เครื่องมือ Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ) พัฒนาโดยฮอร์น ไวน์แมน และแฮนคินส์ (Horne, Weinman, & Hankins, 1999) เพื่อประเมินความเชื่อของผู้ป่วย เกี่ยวกับยา โดยมุ่งเน้นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับยา รักษาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เครื่องมือนี้ไม่ได้จำกัดการใช้เฉพาะ ในผู้ป่วยมะเร็งเท่านั้น แต่ถูกนำไปใช้อย่างแพร่หลายในกลุ่ม ผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลากหลายกลุ่ม โดยอิงแนวคิดหลักจาก Self-Regulatory Model (SRM) (Leventhal, Meyer, & Nerenz, 1980; Leventhal & Cameron, 1987) ซึ่งอธิบาย ว่าผู้ป่วยปรับพฤติกรรมการใช้ยาตามความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคและการรักษาของตนเอง ความเชื่อเกี่ยวกับยาแบ่งเป็น 2 องค์ประกอบหลัก คือ General beliefs ครอบคลุม ความเชื่อเกี่ยวกับยาทั่วไป และ Specific beliefs ครอบคลุม ความเชื่อเฉพาะเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยใช้รักษาโรค สำหรับ BMQ-General (8 ข้อ) แบ่งเป็น อันตรายทั่วไป (General-Harm) เพื่อประเมินความเชื่อว่ายาทัวไปเป็นอันตราย

เสพติด หรือเป็นพิษ และการใช้ยาเกินขนาด (General overuse) เพื่อประเมินความเชื่อที่ว่าแพทย์สั่งยาเกินความจำเป็นหรือพึ่งพายามากเกินไป ส่วน BMQ-Specific (11 ข้อ) ภายใต้ Necessity-Concern Framework แบ่งเป็นสองมิติ ได้แก่ Specific-Necessity ประเมินความเชื่อการใช้ยาที่มีความจำเป็นต่อการรักษาและการดำรงชีวิต และ Specific-Concerns ประเมินความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงหรือผลกระทบระยะยาวจากการใช้ยา ในการศึกษาที่ใช้องค์ประกอบ Specific beliefs เนื่องจากเกี่ยวข้องโดยตรงกับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และสามารถนำมาทำนายทั้งพฤติกรรมปฏิบัติตามการใช้ยา (Medication adherence) และการตัดสินใจเลือกรับยาเคมีบำบัด ทั้งนี้ ด้วยโครงสร้างองค์ประกอบที่ชัดเจนและได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง BMQ จึงเหมาะสำหรับการนำมาดัดแปลงและแปลเพื่อประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายใต้บริบทของประเทศไทย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการพัฒนาเครื่องมือประเมินความเชื่อเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดหลายรูปแบบ เช่น Adjuvant Treatment Knowledge and Beliefs Questionnaire (Bickell, Weidmann, Fei, Lin, & Leventhal, 2009) ซึ่งครอบคลุมการรักษาด้วยเคมีบำบัด ฮอว์โมนบำบัด และรังสีรักษา แต่ยังไม่เจาะจงความเชื่อเฉพาะเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดโดยตรง ขณะที่แบบสอบถาม Belief in the Necessity of Chemotherapy (Jiang et al., 2016) ซึ่งพัฒนาจาก BMQ ต้นฉบับมีความเที่ยงสูงและมุ่งเน้นการประเมินความเชื่อด้านความจำเป็นของยา อย่างไรก็ตาม เครื่องมือนี้ครอบคลุมเพียงมิติตความจำเป็นและไม่รวมมิติตความกังวลต่อยาในประเทศไทย แม้มีการแปลและปรับใช้ BMQ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ใช้ยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน แต่ยังไม่ครอบคลุมผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดทุกชนิด ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อดัดแปลง แปล และตรวจสอบคุณภาพของ BMQ ให้เหมาะสมกับบริบทผู้ป่วยมะเร็งเต้านมไทย โดยใช้แนวทาง forward-backward translation ตามบริสลิน (Brislin, 1970) เพื่อให้ได้เครื่องมือที่มีความตรงและความเที่ยง ครอบคลุมทั้งมิติตความจำเป็น

และความกังวลต่อยา และสะท้อนความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับบริบททางวัฒนธรรม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อดัดแปลง แปลและตรวจสอบความสอดคล้องเท่าเทียมกันระหว่างแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับเคมีบำบัด สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ฉบับภาษาไทยกับฉบับภาษาอังกฤษ
2. เพื่อตรวจสอบคุณภาพในด้านความตรงและความเที่ยงของแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับเคมีบำบัด สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ฉบับภาษาไทย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการดัดแปลง แปลและตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับเคมีบำบัด สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ฉบับภาษาไทย โดยอ้างอิงแนวทางของบริสลิน (Brislin, 1970) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ (1) การแปลแบบสอบถามชุดต้นฉบับจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย (Forward translation) (2) การตรวจสอบความถูกต้องของฉบับแปลโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Review of the translated version by reviewer) (3) การแปลย้อนกลับ (Backward translation) (4) การเปรียบเทียบเครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับกับชุดที่แปลย้อนกลับ (Comparison of the original version and the back-translated version) (5) การทดสอบเครื่องมือวิจัย (Pretest procedures) การดำเนินการตามขั้นตอนเหล่านี้ช่วยให้เครื่องมือที่แปลมีความถูกต้องตามเนื้อหา สื่อความหมายได้อย่างชัดเจนและเหมาะสมกับบริบททางวัฒนธรรมของประชากรเป้าหมาย

วิธีการดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อดัดแปลง แปลและตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ฉบับภาษาไทย รวบรวมข้อมูล เดือนเมษายน-ตุลาคม 2568 ดำเนินการศึกษาเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การดัดแปลง แปลและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับเคมีบำบัด สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ฉบับภาษาไทย อ้างอิงการแปลตามแนวทางของบรินลิน Brislin (1970) มี 5 ขั้นตอนดังนี้

1. การแปลแบบสอบถามชุดต้นฉบับจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย (Forward translation) ผู้วิจัยได้ดำเนินการติดต่อ Professor Rob Horne ผู้พัฒนา Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ) ผ่านทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) เพื่อขออนุญาตในการดัดแปลงและแปลแบบสอบถาม โดยมีการปรับคำในข้อความจาก medicine เป็น chemotherapy ให้เหมาะสมกับการประเมินความเชื่อเกี่ยวกับเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามต้นฉบับภาษาอังกฤษที่ผ่านการดัดแปลง ส่งให้ผู้แปลอาชีพ ซึ่งมีความเชี่ยวชาญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษดำเนินการแปลเป็นภาษาไทย โดยใช้แนวทางการแปลแบบสมมาตร (Symmetrical translation approach) ได้แบบสอบถามฉบับภาษาไทย (ฉบับที่ 1)

2. การตรวจสอบความถูกต้องของฉบับแปลโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Review of the translated version by reviewer) ผู้วิจัยได้เชิญผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งรวม 5 ท่าน ประกอบไปด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง 2 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านโรคมะเร็ง 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติงานและเชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง 1 ท่าน ร่วมประเมินความถูกต้องและความสอดคล้องของแบบสอบถาม คณะผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ทั้งรายข้อ (Item-level CVI; I-CVI) และเฉลี่ยทั้งฉบับ (Scale-level CVI/Average; S-CVI/Ave) โดยค่า I-CVI คำนวณจากสัดส่วนของจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ให้คะแนนความเกี่ยวข้องระดับ 3 หรือ 4 ต่อจำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด (Polit & Beck, 2017) เกณฑ์การพิจารณาระบุว่า กรณีที่มีผู้เชี่ยวชาญ 3-5 คน แบบสอบถามที่มีค่า I-CVI ตั้งแต่ 0.90 ขึ้นไป ถือว่ามีความตรงเชิงเนื้อหาดีมาก และหากมีค่าเท่ากับ 1 แสดงถึงความตรงเชิงเนื้อหาสมบูรณ์

(Polit & Beck, 2014) ส่วนค่า S-CVI/Ave ควรมีค่าไม่น้อยกว่า 0.80 จึงถือว่าอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ (Polit & Hungler, 1999) ภายหลังการประเมิน ผู้วิจัยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาได้ปรับปรุงและแก้ไขแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยคำนึงถึงความถูกต้องของภาษา และความเหมาะสมกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมไทย

3. การแปลย้อนกลับ (Backward translation) แบบสอบถามฉบับภาษาไทยที่ได้รับการปรับปรุงแปลโดยผู้แปลอีกท่านที่มีความเชี่ยวชาญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ทำการแปลย้อนกลับเป็นภาษาอังกฤษอีกครั้ง โดยผู้แปลไม่ทราบรายละเอียดของแบบสอบถามต้นฉบับมาก่อน เพื่อป้องกันอคติที่อาจเกิดขึ้นจากการแปลตามความจำของต้นฉบับ

4. การเปรียบเทียบเครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับกับชุดที่แปลย้อนกลับ (Comparison of the original version and the back-translated version) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามฉบับภาษาอังกฤษต้นฉบับและฉบับแปลย้อนกลับส่งให้ผู้พัฒนาเครื่องมือพิจารณาความถูกต้อง ความสอดคล้องของเนื้อหา รวมถึงความเหมาะสมทางภาษาและวัฒนธรรม หากผู้พัฒนาเครื่องมือไม่เห็นด้วยและมีข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยจะดำเนินการปรับปรุงแบบสอบถามและส่งให้ผู้พัฒนาเครื่องมือตรวจสอบอีกครั้ง เมื่อได้รับการอนุญาตแล้ว จึงนำแบบสอบถามฉบับภาษาไทยไปใช้ในการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

5. การทดสอบเครื่องมือวิจัย (Pretest procedures) เมื่อได้แบบสอบถามฉบับภาษาไทยที่ผ่านการปรับปรุงเรียบร้อยแล้ว จึงนำไปทดสอบนำร่องกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ซึ่งมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก

ระยะที่ 2 การตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยงของแบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับเคมีบำบัด สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ฉบับภาษาไทย

การตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามประเมินโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เพื่อพิจารณาความสอดคล้องภายในของข้อความ โดยค่าตั้งแต่ 0.90 ขึ้นไป ถือว่ามีความเที่ยงอยู่ในระดับดีมาก (Nunnally & Bernstein, 1994)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่อยู่ระหว่างการตัดสินใจเลือกการรักษาด้วยเคมีบำบัดตามคำแนะนำของแพทย์ผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทุกระยะที่ไม่เคยได้รับเคมีบำบัดมาก่อน และอยู่ระหว่างการตัดสินใจเลือกการรักษาด้วยเคมีบำบัด จากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ อายุ 18 ปีขึ้นไป สำหรับผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ต้องผ่านการประเมินภาวะบกพร่องด้านการรู้คิดด้วยแบบประเมิน Mini-Cog (Trongsakul, Lambert, Clark, Wongpakaran, & Cross, 2015) โดยคะแนนตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไป (คะแนนเต็ม 5 คะแนน) การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย เพียงพอสำหรับการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Polit & Beck, 2017) ทั้งนี้ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามลำดับการมารับบริการ (Consecutive sampling) เพื่อลดอคติจากกระบวนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับโรค ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะของโรค และระยะเวลาในการเจ็บป่วย

2. เครื่องมือประเมินความเชื่อเกี่ยวกับเคมีบำบัด สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีจำนวน 11 ข้อ เป็นมาตราวัด Likert scale 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) และเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความเชื่อเกี่ยวกับเคมีบำบัดมาก การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือดังกล่าวด้วยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พบว่า ค่า I-CVI และ S-CVI/Ave เท่ากับ 1 หมายถึง ความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในระดับดีมาก

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ณ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร โดยเริ่มจากการแนะนำตนเองและอธิบายความเป็นมา

วัตถุประสงค์ ประโยชน์ และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขอความยินยอมโดยสมัครใจก่อนการเก็บข้อมูล จากนั้นแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับโรค และความเชื่อเกี่ยวกับเคมีบำบัด ทั้งนี้ การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยคำนึงถึงความถูกต้อง การเคารพสิทธิ และการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม IBM SPSS Statistics (Version 30) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ความเที่ยงของแบบสอบถาม ทั้งฉบับด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) และวิเคราะห์ความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามรายข้อกับแบบสอบถามทั้งฉบับด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายใน (Corrected item-total correlation)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ (Nq046-68) ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดการเข้าร่วมการวิจัยแก่ผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ก่อนการลงนามยินยอม โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ส่งผลต่อการรักษา ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บรักษาเป็นความลับในรูปแบบรหัสประจำตัวโดยไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคลได้ เอกสารถูกจัดเก็บในตู้ที่มีระบบนิรภัย และจำกัดการเข้าถึงเฉพาะผู้วิจัย ส่วนข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์จัดเก็บในคอมพิวเตอร์ที่ตั้งรหัสผ่านและเข้ารหัสไฟล์ ทั้งนี้ จะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลรายบุคคล และรายงานผลการวิจัยในลักษณะภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

การดัดแปลงและแปลแบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับเคมีบำบัด สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ฉบับภาษาไทย

เครื่องมือประเมินความเชื่อเกี่ยวกับเคมีบำบัด มีจำนวน 11 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ด้านความจำเป็นของยา (Necessity) จำนวน 5 ข้อ และความกังวลต่อยา (Concerns) จำนวน 6 ข้อ ซึ่งคำตอบแต่ละข้อเป็นมาตรวัด Likert scale 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) และเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความเชื่อเกี่ยวกับเคมีบำบัดมาก

การดัดแปลงและแปลเครื่องมือดำเนินการตามลำดับขั้นตอน โดยเปรียบเทียบฉบับแปลย้อนกลับกับเครื่องมือต้นฉบับภาษาอังกฤษเพื่อประเมินความสอดคล้องของเนื้อหา จากนั้นนำแบบสอบถามให้ผู้พัฒนาเครื่องมือตรวจสอบ ผลการตรวจสอบครั้งแรกพบว่า ข้อคำถามส่วนใหญ่มีความหมายเทียบเท่ากับต้นฉบับ โดยมีข้อคำถามที่เห็นด้วยจำนวน 10 ข้อ และไม่เห็นด้วยจำนวน 1 ข้อ พร้อมข้อเสนอแนะในการปรับแก้เพิ่มเติม ภายหลังการปรับแก้ตามข้อเสนอแนะและตรวจสอบซ้ำ ผลการตรวจสอบครั้งที่สองพบว่าผู้พัฒนาเครื่องมือเห็นด้วยกับข้อคำถามครบทั้ง 11 ข้อ แสดงให้เห็นว่าแบบสอบถามฉบับภาษาไทยมีความเทียบเท่ากับต้นฉบับภาษาอังกฤษทั้งด้านภาษาและเนื้อหา ดังแสดงในตารางที่ 1

การตรวจสอบความตรง

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พบว่า ค่า I-CVI และ S-CVI/Ave เท่ากับ 1 แสดงถึงความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในระดับดีมาก

การตรวจสอบความเที่ยง

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย อายุเฉลี่ย 56.90 ปี (S.D. = 9.13) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 46.66) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 93.34) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 36.66) ประกอบอาชีพแม่บ้าน (ร้อยละ 33.34) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 15,000-30,000 บาท (ร้อยละ 40.00) อยู่ในระยะที่ 2 ของโรค (ร้อยละ 40.00) และมีระยะเวลาเจ็บป่วยเฉลี่ย 5.33 สัปดาห์ (S.D. = 2.45) ดังแสดงในตารางที่ 2

การตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับเคมีบำบัด สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ฉบับภาษาไทย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ประเมินแบบสอบถามด้วยตนเองทั้งหมด โดยใช้เวลาตอบประมาณ 5-10 นาที ผลการตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมิน พบว่า ข้อคำถามทั้งฉบับมีความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.947 นอกจากนี้ การตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถามแต่ละข้อกับทั้งฉบับ พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Corrected item-total correlation) อยู่ระหว่าง 0.635-0.844 โดยด้านความจำเป็น (Necessity) อยู่ระหว่าง 0.635-0.830 และด้านความกังวล (Concerns) อยู่ระหว่าง 0.750-0.844 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ โดยควรมากกว่า 0.30 ขึ้นไป และไม่เกิน 0.90 (DeVellis, 2017) แสดงให้เห็นว่า ข้อคำถามแต่ละข้อมีความสอดคล้องกับแบบประเมินโดยรวม ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบแบบสอบถามฉบับแปลย้อนกลับกับต้นฉบับ โดยผู้พัฒนาเครื่องมือต้นฉบับ

ข้อที่	ต้นฉบับ	ฉบับแปลภาษาไทย	ฉบับแปลย้อนกลับ	ตรวจสอบโดยผู้พัฒนาเครื่องมือต้นฉบับ	
				ความคิดเห็นครั้งที่ 1	ผู้วิจัยแก้ไข
1	My health, at present, depends on chemotherapy	สุขภาพของฉันในปัจจุบันขึ้นอยู่กับเคมีบำบัด	My current health depends on chemotherapy	Agree	-
2	Having to take chemotherapy worries me	การรับเคมีบำบัดทำให้ฉันกังวล	Having to receive chemotherapy makes me worried	Agree	-
3	My life would be impossible without chemotherapy	ฉันไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้หากไม่มีเคมีบำบัด	I cannot live without chemotherapy	Agree	-
4	I sometimes worry about long-term effects of chemotherapy	บางครั้งฉันกังวลเกี่ยวกับผลกระทบระยะยาวของเคมีบำบัด	Sometimes I worry about the long-term effects of chemotherapy	Agree	-
5	Without chemotherapy I would be very ill	หากไม่ได้รับเคมีบำบัดฉันจะป่วยหนัก	If I don't receive chemotherapy, I will become seriously ill	Agree	-
6	Chemotherapy is a mystery to me	เคมีบำบัดเป็นสิ่งที่ฉันไม่เข้าใจ	Chemotherapy is something I do not understand	Agree	-
7	My health in the future will depend on chemotherapy	สุขภาพของฉันในอนาคตจะขึ้นอยู่กับเคมีบำบัด	My health in the future will depend on chemotherapy	Agree	-

สรุปข้อคำถาม

สุขภาพของฉันในปัจจุบันขึ้นอยู่กับเคมีบำบัด

การรับเคมีบำบัดทำให้ฉันกังวล

ฉันไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้หากไม่มีเคมีบำบัด

บางครั้งฉันกังวลเกี่ยวกับผลกระทบระยะยาวของเคมีบำบัด

หากไม่ได้รับเคมีบำบัดฉันจะป่วยหนัก

เคมีบำบัดเป็นสิ่งที่ฉันไม่เข้าใจ

สุขภาพของฉันในอนาคตจะขึ้นอยู่กับเคมีบำบัด

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบแบบสอบถามฉบับแปลย้อนกลับกับต้นฉบับโดยผู้พัฒนาเครื่องมือต้นฉบับ (ต่อ)

ข้อที่	ต้นฉบับ	ฉบับแปลภาษาไทย	ฉบับแปลย้อนกลับ	ตรวจสอบโดยผู้พัฒนาเครื่องมือต้นฉบับ		
				ความคิดเห็น ครั้งที่ 1	ผู้วิจัยแก้ไข	ความคิดเห็น ครั้งที่ 2
8	Chemotherapy disrupts my life	เคมีบำบัด รบกวนชีวิตของฉัน	Chemotherapy disrupts my life	Agree	-	เคมีบำบัด รบกวนชีวิตของ ฉัน
9	I sometimes worry about becoming too dependent on chemotherapy	ฉันกังวลเป็นบางครั้ง ว่าจะพึ่งพาเคมีบำบัด มากเกินไป	I sometimes worry that I rely too much on chemotherapy	The back translation is slightly different in meaning. The original expresses concern about possibly becoming dependent in the future, while the back translation suggests the person already feels they rely too much on chemotherapy now	ฉบับแปลภาษาไทย : บางครั้งฉันกังวลว่า ตัวเองอาจจะ กลายเป็นคนที่ต้องพึ่ง เคมีบำบัดมากเกินไป ฉบับแปลย้อนกลับ : Sometimes I worry that I will have to rely too much on chemotherapy	บางครั้งฉันกังวล ว่าตัวเองอาจจะ กลายเป็นคนที่ ต้องพึ่งเคมีบำบัด มากเกินไป
10	Chemotherapy protects me from becoming worse	เคมีบำบัดช่วยป้องกัน ไม่ให้อาการของฉัน แย่ลง	Chemotherapy helps prevent my condition from worsening	Agree	-	เคมีบำบัดช่วย ป้องกันไม่ให้ อาการของฉัน แย่ลง

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบแบบสอบถามฉบับแปลย้อนกลับกับต้นฉบับ โดยผู้พัฒนาเครื่องมือต้นฉบับ (ต่อ)

ข้อที่	ต้นฉบับ	ฉบับแปลภาษาไทย	ฉบับแปลย้อนกลับ	ตรวจสอบโดยผู้พัฒนาเครื่องมือต้นฉบับ		
				ความคิดเห็น ผู้สั ครั้งที่ 1	ผู้วิจัยแก้ไข	ความคิดเห็น ผู้สั ครั้งที่ 2
11	Chemotherapy gives me unpleasant side effects	เคมีบำบัดทำให้ฉันมีผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์	Chemotherapy causes me to experience undesirable side effects	Agree	-	เคมีบำบัดทำให้ฉันมีผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับโรคของกลุ่มตัวอย่าง (n = 30)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) Mean ± S.D., (Min-Max)	56.90 ± 9.13, (40-74)	
สถานภาพ		
สมรส	14	46.66
โสด	8	26.67
หย่า/ หม้าย/ แยก	8	26.67
ศาสนา		
พุทธ	28	93.34
อิสลาม	1	3.33
คริสต์	1	3.33
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	6.67
ประถมศึกษา	8	26.67
มัธยมศึกษา/ ปวช.	3	10.00
อนุปริญญา/ ปวส.	2	6.67
ปริญญาตรี	11	36.66
สูงกว่าปริญญาตรี	4	13.33
อาชีพ		
แม่บ้าน	10	33.34
รับราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ	8	26.67
ธุรกิจส่วนตัว	6	20.00
รับจ้าง	5	16.66
เกษตรกร	1	3.33
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 15,000 บาท	7	23.33
15,000-30,000 บาท	12	40.00
30,001-45,000 บาท	8	26.67
มากกว่า 45,001 บาทขึ้นไป	3	10.00
ระยะของโรค		
ระยะที่ 0	3	10.00
ระยะที่ 1	4	13.30
ระยะที่ 2	12	40.00
ระยะที่ 3	8	26.70
ระยะที่ 4	3	10.00
ระยะเวลาในการเจ็บป่วย (สัปดาห์) Mean ± S.D., (Min-Max)	5.33 ± 2.45, (1-11)	

ตารางที่ 3 การตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับเคมีบำบัด สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ฉบับภาษาไทย (n = 30)

ด้าน	ข้อ	คำถาม	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ความจำเป็น (Necessity)	1.	สุขภาพของฉันในปัจจุบันขึ้นอยู่กับเคมีบำบัด	0.736	0.943
	3.	ฉันไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้หากไม่มีเคมีบำบัด	0.635	0.947
	5.	หากไม่ได้รับเคมีบำบัด ฉันจะป่วยหนัก	0.662	0.945
	7.	สุขภาพของฉันในอนาคตจะขึ้นอยู่กับเคมีบำบัด	0.830	0.940
	10.	เคมีบำบัดช่วยป้องกันไม่ให้อาการของฉันแย่ลง	0.818	0.940
ความกังวล (Concerns)	2.	การรับเคมีบำบัดทำให้ฉันกังวล	0.786	0.941
	4.	บางครั้งฉันกังวลเกี่ยวกับผลกระทบระยะยาวของเคมีบำบัด	0.844	0.939
	6.	เคมีบำบัดเป็นสิ่งที่ฉันไม่เข้าใจ	0.832	0.939
	8.	เคมีบำบัดรบกวนชีวิตของฉัน	0.796	0.941
	9.	บางครั้งฉันกังวลว่าตัวเองอาจจะกลายเป็นคนที่ต้องพึ่ง เคมีบำบัดมากเกินไป	0.750	0.943
	11.	เคมีบำบัดทำให้ฉันมีผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์	0.762	0.942

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อคัดแปลง แปลและตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ฉบับภาษาไทย ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 11 ข้อ ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาพบว่าค่า I-CVI และ S-CVI/Ave เท่ากับ 1 แสดงให้เห็นว่าข้อคำถามมีความครอบคลุมเหมาะสม และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวัดความเชื่อเกี่ยวกับเคมีบำบัด โดยแบบสอบถามฉบับดัดแปลงและแปลยังคงโครงสร้างตามกรอบแนวคิด BMQ ทั้งมิติความจำเป็น (Necessity) และมิติความกังวลต่อยา (Concerns) อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาเนื้อหาของข้อคำถามภายหลังการแปล พบว่ามีข้อคำถามบางข้อเกิดความคลาดเคลื่อนเชิงความหมายระหว่างต้นฉบับภาษาอังกฤษและฉบับแปลภาษาไทย โดยเฉพาะข้อที่เกี่ยวข้องกับความกังวลต่อการพึ่งพาเคมีบำบัด ซึ่งในต้นฉบับสื่อถึงความกังวลว่าอาจต้องพึ่งพาการรักษาด้วยเคมีบำบัดมากเกินไปในอนาคต ซึ่งสะท้อนการรับรู้เชิงคาดการณ์และระยะยาวของ

การรักษา ขณะที่ฉบับแปลครั้งแรกมีนัยไปในการพึ่งพาในปัจจุบัน ส่งผลให้ความหมายด้านระยะเวลาของเนื้อหาเปลี่ยนแปลงไปและอาจกระทบต่อความตรงเชิงเนื้อหาของการวัด ประเด็นดังกล่าวสะท้อนข้อจำกัดของการแปลแบบคำต่อคำ (Word-for-word/ literal translation) ในเครื่องมือวิจัยด้านจิตสังคม และชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการแปลเชิงความหมายหรือเชิงแนวคิด (Semantic/conceptual translation) เพื่อคงไว้ซึ่งเจตนารมณ์ของข้อคำถามต้นฉบับและความเทียบเท่าทางแนวคิดระหว่างภาษาต้นฉบับและภาษากลุ่มเป้าหมาย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ปรับถ้อยคำของข้อคำถามให้สะท้อนความหมายของการอาจต้องพึ่งพาการรักษาด้วยเคมีบำบัดในอนาคตอย่างชัดเจน เพื่อลดความกำกวมและโอกาสการตีความคลาดเคลื่อนของผู้ตอบแบบสอบถาม ภายหลังการปรับแก้และตรวจสอบซ้ำโดยผู้พัฒนาเครื่องมือ พบว่าแบบสอบถามฉบับภาษาไทยมีความเทียบเท่าทางภาษาและสามารถสะท้อนเนื้อหาได้สอดคล้องกับต้นฉบับอย่างเหมาะสม ด้านความเที่ยงของเครื่องมือ พบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา

ของ Cronbach ทั้งฉบับมีค่าเท่ากับ 0.947 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่ยอมรับได้ แสดงให้เห็นถึงความสอดคล้องภายในของข้อคำถามทั้ง 11 ข้อ นอกจากนี้ ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามรายข้อกับแบบประเมินทั้งฉบับ (Corrected item-total correlation) อยู่ระหว่าง 0.635-0.844 โดยมีมีความจำเป็น (Necessity) อยู่ระหว่าง 0.635-0.830 และมีมีความกังวล (Concerns) อยู่ระหว่าง 0.750-0.844 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม แสดงให้เห็นว่าข้อคำถามแต่ละข้อมีความสัมพันธ์กับโครงสร้างของแบบสอบถามโดยรวม เมื่อเปรียบเทียบกับแบบสอบถาม BMQ ดั้งเดิม ซึ่งรายงานค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach ในมีความจำเป็น (Necessity) และมีความกังวล (Concerns) เท่ากับ 0.860 และ 0.650 ตามลำดับ พบว่าแบบสอบถามฉบับภาษาไทยในการศึกษานี้มีค่าความเที่ยงสูงกว่า โดยมีมีความจำเป็น (Necessity) และมีความกังวล (Concerns) มีค่าเท่ากับ 0.930 และ 0.946 ตามลำดับ ความแตกต่างดังกล่าวอาจสะท้อนลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและบริบทการรักษาที่แตกต่างกัน โดยภาพรวมค่าความสอดคล้องรายข้อที่อยู่ในระดับสูงและสอดคล้องกับมิติที่ต้องการวัดสะท้อนว่าแบบสอบถามฉบับแปลสามารถลงโครงสร้างสองมิติของเครื่องมือเดิมไว้ได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ จุดเด่นของแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ฉบับภาษาไทย คือ มีจำนวนข้อคำถามไม่มาก มีความสะดวกในการใช้งาน และใช้เวลาในการตอบในระยะเวลาสั้น เหมาะสำหรับการนำไปใช้ทั้งในงานวิจัยและการปฏิบัติทางพยาบาล เครื่องมือนี้สามารถช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพเข้าใจความเชื่อของผู้ป่วยที่มีต่อการรักษาด้วยเคมีบำบัด ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญต่อการวางแผนการดูแลแบบองค์รวมและการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดด้านขนาดกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีจำนวนค่อนข้างน้อย อาจจำกัดความสามารถในการสรุปอ้างอิงไปยังประชากรกลุ่มอื่นๆ แม้ว่าผลการวิเคราะห์จะพบว่าความเที่ยงของแบบสอบถามอยู่ในระดับดี แต่ควรมีศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากและมีความหลากหลายมากขึ้น รวมถึงควรมีการตรวจสอบโครงสร้างของแบบสอบถามด้วยการวิเคราะห์ปัจจัย (factor analysis) เพื่อยืนยันความสอดคล้องของมิติคำถามและความเหมาะสมของโครงสร้างเครื่องมือวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ฉบับภาษาไทย มีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ทั้งการวิจัยและการปฏิบัติทางคลินิก และเนื่องจากมีจำนวนคำถามไม่มาก ใช้งานสะดวก และใช้เวลาการตอบไม่นาน ผลการประเมินสามารถช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาล เข้าใจความเชื่อและความกังวลของผู้ป่วยต่อเคมีบำบัดได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการสื่อสาร การให้คำปรึกษา และการสนับสนุนผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความต้องการเฉพาะบุคคล นอกจากนี้แบบสอบถามยังสามารถใช้ติดตามการเปลี่ยนแปลงความเชื่อของผู้ป่วยในระยะต่างๆ ของกระบวนการรักษา เช่น ก่อน ระหว่าง และหลังการได้รับเคมีบำบัดเพื่อใช้ประกอบการปรับแผนการดูแลและส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง แม้จะมีข้อจำกัดด้านขนาดกลุ่มตัวอย่าง แต่หากได้รับการทดสอบเพิ่มเติมและยืนยันคุณภาพจากงานวิจัยอื่นๆ สามารถพัฒนาเป็นเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินความเชื่อของผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในระหว่างการตัดสินใจรับเคมีบำบัด ช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพเข้าใจปัจจัยด้านความเชื่อที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ และให้การสนับสนุนผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ฉบับภาษาไทย แสดงให้เห็นว่ามีความตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยงอยู่ในระดับดี อย่างไรก็ตามควรศึกษาต่อยอดในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่และหลากหลายมากขึ้น เพื่อยืนยันคุณภาพของเครื่องมือและสามารถนำไปใช้กับประชากรเป้าหมายในบริบทที่แตกต่างกันได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ควรตรวจสอบความเที่ยงด้วยวิธีการอื่น เช่น การวัดซ้ำ (Test-retest reliability) โดยพิจารณาความสัมพันธ์เพียร์สัน (r) ไม่ควรต่ำกว่า 0.70 (Polit & Beck, 2017) เพื่อยืนยันความคงที่ของแบบสอบถาม รวมถึงการวิเคราะห์องค์ประกอบ ทั้งเชิงสำรวจและเชิงยืนยันเพื่อประเมินความสอดคล้องของโครงสร้างแบบสอบถามฉบับภาษาไทยกับต้นฉบับภาษาอังกฤษ นอกจากนี้ประเด็นการแปลและความเท่าเทียมทางภาษายังคงเป็นอีกหัวข้อของการพัฒนา

แบบสอบถาม เนื่องจากความแตกต่างระหว่างภาษาอังกฤษและภาษาไทยอาจส่งผลให้การถ่ายทอดความหมายคลาดเคลื่อน การให้ความสำคัญกับการแปลเชิงความหมายและการตรวจสอบซ้ำโดยผู้เชี่ยวชาญจะช่วยให้มั่นใจได้ว่าแบบสอบถามฉบับภาษาไทยสามารถสะท้อนเนื้อหาและแนวคิดของต้นฉบับได้อย่างครบถ้วนเหมาะสมกับบริบทของผู้ใช้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ Professor Rob Horne ผู้พัฒนาแบบสอบถาม Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ) และ Ms. Rebecca Todd ผู้ช่วยพัฒนาแบบสอบถามจาก UCL School of Pharmacy, University College London ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยแปลเครื่องมือเป็นภาษาไทย พร้อมให้คำแนะนำเกี่ยวกับความถูกต้องของฉบับแปล ตลอดจนตรวจสอบความเท่าเทียมระหว่างฉบับแปลกับต้นฉบับ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ร่วมประเมินความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของฉบับแปล รวมถึงกลุ่มตัวอย่างที่เสียสละเวลาเข้าร่วมตอบแบบสอบถาม ซึ่งมีส่วนช่วยให้การพัฒนาฉบับภาษาไทยสมบูรณ์ยิ่งขึ้น การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งในวิทยานิพนธ์เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการร่วมตัดสินใจในการเลือกรับยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารอ้างอิง

- Bickell, N. A., Weidmann, J., Fei, K., Lin, J. J., & Leventhal, H. (2009). Underuse of breast cancer adjuvant treatment: Patient knowledge, beliefs, and medical mistrust. *Journal of Clinical Oncology*, 27(31), 5160-5167. Retrieved from <https://doi:10.1200/JCO.2009.22.9773>.
- Brislin, R. W. (1970). Back-translation for cross-cultural research. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 1(3), 185-216. Retrieved from <https://doi:10.1177/135910457000100301>.
- DeVellis, R. F. (2017). *Scale development: Theory and applications* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Dias, L. M., Bezerra, M. R., Barra, W. F., & Rego, F. (2021). Refusal of medical treatment by older adults with cancer: A systematic review. *Annals of Palliative Medicine*, 10(4), 4868-4877. Retrieved from <https://doi:10.21037/apm-20-2439>.
- Grassi, L., Meggiolaro, E., Berardi, M. A., Sirgo, A., Colistro, M. C., Andritsch, E., ... Nanni, M. G. (2017). Beliefs about medicines, doctor-patient relationship, and coping among European patients with cancer. *Psycho-Oncology*, 26(2), 282-285. Retrieved from <https://doi:10.1002/pon.4125>.
- Horne, R., Weinman, J., & Hankins, M. (1999). The beliefs about medicines questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychology and Health*, 14(1), 1-24. Retrieved from <https://doi:10.1080/08870449908407311>
- IBM Corp. (2023) IBM SPSS Statistics for windows (Version 30.0) [Computer software]. Armonk, NY: IBM Corp. International Agency for Research on Cancer. (2022). *Cancer today: Population-based cancer statistics*. Retrieved from <https://gco.iarc.who.int/today/en/dataviz/tables?mode=population>.
- Jacobsen, P. B., & Andrykowski, M. A. (2015). Tertiary prevention in cancer care: Understanding and addressing the psychological dimensions of cancer during the active treatment period. *American Psychologist*, 70(2), 134-145. Retrieved from <https://doi:10.1037/a0036513>.

- Jiang, Y., Sereika, S. M., Bender, C. M., Brufsky, A. M., & Rosenzweig, M. Q. (2016). Beliefs in chemotherapy and knowledge of cancer and treatment among African American women with newly diagnosed breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 43(2), 180-189. Retrieved from <https://doi.org/10.1188/16.ONF.180-189>.
- Leventhal, H., & Cameron, L. (1987). Behavioral theories and the problem of compliance. *Patient Education and Counseling*, 10(2), 117-138. Retrieved from [https://doi.org/10.1016/0738-3991\(87\)90093-0](https://doi.org/10.1016/0738-3991(87)90093-0).
- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. In S. Rachman (Ed.), *Contributions to medical psychology* (Vol. 2, pp. 7-30). New York, NY: Pergamon Press.
- Miller, K. D., Nogueira, L., Devasia, T., Mariotto, A. B., Yabroff, K. R., Jemal, A., ... Siegel, R. L. (2022). Cancer treatment and survivorship statistics, 2022. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 72(5), 409-436. Retrieved from <https://doi.org/10.3322/caac.21731>.
- National Cancer Institute. (2025). *Chemotherapy to treat cancer*. Retrieved from <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/types/chemotherapy>.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2014). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods* (6th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott.
- Sharma, A., Jasrotia, S., & Kumar, A. (2024). Effects of chemotherapy on the immune system: Implications for cancer treatment and patient outcomes. *Naunyn-Schmiedeberg's Archives of Pharmacology*, 397(5), 2551-2566. Retrieved from <https://doi.org/10.1007/s00210-023-02781-2>.
- Sookprasert, A. (2011). *Cancer therapy*. In *Workshop and Traineeship for Oncology Pharmacy Practitioners 2011: Proceedings* (pp. 25-39). Division of Oncology, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Khon Kaen University. [In Thai].
- Trongsakul, S., Lambert, R., Clark, A., Wongpakaran, N., & Cross, J. (2015). Development of the Thai version of Mini-Cog, a brief cognitive screening test. *Geriatrics & Gerontology International*, 15(5), 594-600. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/ggi.12318>.

บทความวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการกระหายน้ำสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน Development of a Thirst Symptom Management Program for Patients with Acute Heart Failure

ชัญชนก ปัทม (Tanchanok Pattoom)*

รัตนศิริ ทาโต (Ratsiri Thato)**

Received: November 12, 2025

Revised: December 24, 2025

Accepted: January 28, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาความเป็นไปได้ของโปรแกรมการจัดการอาการกระหายน้ำสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน โดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) ดำเนินการวิจัย 4 ระยะ ได้แก่ 1) การสำรวจและสังเคราะห์ปัญหา 2) พัฒนาโปรแกรม 3) การทดลองใช้โปรแกรม 4) เผยแพร่โปรแกรม ผลการศึกษาในระยะที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันทุกรายมีอาการกระหายน้ำ ร้อยละ 86.67 มีอาการระดับปานกลางถึงรุนแรง ระยะที่ 2 จึงพัฒนาโปรแกรมซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน (CVI = 1) และทดสอบรสชาติในผู้ป่วย 10 ราย พบว่า ร้อยละ 80 เห็นว่าระดับความเปรี้ยวที่เหมาะสม คือ ผงกระเจี๊ยบแดง 2.5 กรัมต่อน้ำร้อน 110 มล. ระยะที่ 3 นำโปรแกรมไปทดลองใช้ในผู้ป่วย 5 ราย มีการให้ความรู้ร่วมกับการจัดการอาการด้วยการอมน้ำแข็งกระเจี๊ยบแดง และการดูแลช่องปากทุก 2 ชั่วโมง วันละ 6 ครั้ง เป็นเวลา 2 วัน พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการกระหายน้ำลดลงจากระดับรุนแรง ($\bar{X} = 7.60$, S.D. = 2.07) เหลือระดับเล็กน้อย ($\bar{X} = 2.80$, S.D. = 1.92) เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมในวันที่ 1 และลดลงอย่างต่อเนื่องจนเหลือระดับเล็กน้อย ($\bar{X} = 1.40$, S.D. = 1.52) เมื่อสิ้นสุดวันที่ 2 โดยมีความพึงพอใจโดยรวมในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.80$, S.D. = 0.40)

สรุปได้ว่าโปรแกรมการจัดการอาการกระหายน้ำสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ และมีแนวโน้มที่จะลดความรุนแรงอาการกระหายน้ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันได้

คำสำคัญ: ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน, อาการกระหายน้ำ, โปรแกรมการจัดการอาการ, กระเจี๊ยบแดง, การดูแลช่องปาก

** Corresponding author: Ratsiri Thato; E-mail: Ratsiri.T@chula.ac.th

*นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Student, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University)

**ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University)

Abstract

This research aimed to develop and study the feasibility of a thirst management program for patients with acute heart failure. By using the Symptom Management Model of Dodd et al. (2001), the research was conducted in 4 phases: 1) problem survey and synthesis, 2) program development, 3) program pilot, and 4) program dissemination. The results of Phase 1 showed that all patients with acute heart failure experienced thirst, and 86.67% had moderate to severe levels. In Phase 2, the program was developed and validated for content validity by 5 experts (CVI = 1.00), and taste testing was conducted in 10 patients. It was found that 80% agreed that the appropriate sourness level was 2.5 grams of roselle powder per 110 ml of hot water. In Phase 3, the program was piloted with 5 patients, providing knowledge combined with symptom management through sucking on roselle ice cubes and oral care every 2 hours, 6 times per day, for 2 days. The results showed that the mean thirst severity score decreased from a severe level ($\bar{X} = 7.60$, S.D. = 2.07) to a mild level ($\bar{X} = 2.80$, S.D. = 1.92) at the end of Day 1, and continued to decrease until reaching a mild level ($\bar{X} = 1.40$, S.D. = 1.52) at the end of Day 2. Overall satisfaction was at the highest level ($\bar{X} = 4.80$, S.D. = 0.40).

In conclusion, the developed thirst management program for patients with acute heart failure is feasible for implementation and has a tendency to reduce thirst severity in patients with acute heart failure.

Keywords: Acute heart failure, Thirst, Symptom management program, Roselle ice, Oral care

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute Heart Failure) เป็นภาวะวิกฤตทางสุขภาพที่สำคัญที่เกิดจากหัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดได้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย จึงเกิดการกั่งของสารน้ำที่ปอดและอวัยวะต่าง ๆ ผู้ป่วยจึงมีอาการเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ และบวมตามอวัยวะส่วนปลาย การศึกษาในครั้งนี้มุ่งเน้นผู้ป่วยที่มีภาวะเฉียบพลัน เนื่องจากส่วนใหญ่ได้รับการรักษาโดยการให้ยาขับปัสสาวะทางหลอดเลือดดำขนาดสูง ร่วมกับการจำกัดสารน้ำอย่างเข้มงวด เพื่อลดภาระงานของหัวใจ และต้องติดตามอาการอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยวิกฤตหรือห้องวิกฤต สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิณในในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตที่พบว่ามีการจัดการการเกิดอาการกระหายน้ำสูงถึงร้อยละ 70 (Fukunaga, Ouchi, Aikawa, Okamoto, Uno, & Sakuramoto, 2025)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรุนแรงของอาการกระหายน้ำด้านการรักษาได้แก่ การถูกจำกัดน้ำหรือดื่มน้ำอาหาร การผ่าตัด การได้รับยาขับปัสสาวะ หรือการใช้อุปกรณ์ช่วยหายใจ (Xie et al., 2025) ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ คือ ภาวะปากแห้ง ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ความรุนแรงของโรคหรือความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว (Fukunaga et al., 2025) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะความชื้นสัมพัทธ์ในอากาศที่ต่ำ ทำให้อากาศแห้งและกระตุ้นความรู้สึกกระหายน้ำได้ (Gong, Waldreus, Hu, Luo, Xu, & Zhu, 2022) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวไม่เพียงแต่เพิ่มความรุนแรงของอาการกระหายน้ำเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อเนื้อทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

ผลกระทบของอาการกระหายด้านร่างกาย ได้แก่ ริมฝีปากแห้ง การรับรสลดลง คอแห้ง มีกลิ่นปาก (Celik, Sengul, & Karahan, 2023) อีกทั้งยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (Barani, Jackson, Sharifi, &

Bahramnezhad, 2025) และเป็นอุปสรรคต่อการลดภาวะน้ำเกิน เนื่องจากระบบประสาทอัตโนมัติจะกระตุ้นการสะสมน้ำในร่างกายและส่งสัญญาณให้ดื่มน้ำเพิ่มขึ้น (Armstrong & Kavouras, 2019) สำหรับด้านจิตใจ ก่อให้เกิดภาวะเครียด (Gultekin, Ozcelik, Akinci, & Yorganci, 2018) วิตกกังวล ผิดหวัง และไร้พลังอำนาจ (Kjeldsen, Hansen, Jensen, & Mikkelsen, 2018) ซึ่งส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและการจำกัดน้ำ (van der Wal, Jaarsma, Moser, van Gilst, & van Veldhuisen, 2010) ทำให้ให้การดำเนินของโรคแย่ลงและขยายระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลให้ยาวนานขึ้น

จากผลกระทบดังกล่าว จึงมีการพัฒนาแนวทางการจัดการอาการกระหายน้ำอย่างต่อเนื่อง ทั้งในรูปแบบของชุดการพยาบาลและการดูแลช่องปากด้วยความเย็น เช่น การเช็ดและฉีดน้ำกลั่นแช่เย็น ทาลิปาล์มเมนทอล (Puntillo, Arai, Cooper, Stotts, & Nelson, 2014) การใช้น้ำฉีดบริเวณโคนลิ้นและดื่มน้ำลายร่วมกับการกดจุด และให้ความรู้ (Zheng, Xia, Ji, Guo, & Liu, 2025) การใช้ฟองน้ำชุบน้ำเย็นป้ายภายในช่องปาก (VonStein, Buchko, Millen, Lampo, Bell, & Woods, 2019) รวมถึงการฉีดสเปรย์วิตามินซีในช่องปาก การใช้น้ำยาบ้วนปากกลีนิเปเปอร์มินต์ และการทาริมฝีปากด้วยปิโตรเลียมเจลลี่ (Zhang, Gu, Gu, Zhao, & Zhu, 2022) การใช้น้ำแข็งเปล่าหรือน้ำแข็งที่มีส่วนผสมของเมนทอล (Conchon & Fonseca, 2018) ทั้งนี้มีการศึกษาพบว่าน้ำแข็งที่มีสารให้ความเย็นอาจให้ผลลัพธ์ไม่ต่างจากน้ำแข็งเปล่า (Mert, Çalıskan, & Koruk, 2024) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฟาน เบลเซน และคณะ (van Belzen, Postma, & Boesveldt, 2017) ที่พบว่าการใช้ความเย็นร่วมกับรสเปรี้ยว สามารถบรรเทาอาการกระหายน้ำได้ดีที่สุด ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการผสมผสานระหว่างความเย็นและรสชาติเปรี้ยวมีบทบาทสำคัญต่อการยับยั้งอาการกระหายน้ำ

โปรแกรมการจัดการอาการกระหายน้ำในครั้งนี้ อาศัยกลไกทางสรีรวิทยาที่ผสมผสานระหว่างความเย็น และรสชาติเปรี้ยวซึ่งสามารถอธิบายได้เป็น 2 ส่วน ดังนี้ 1) ความเย็น ทำหน้าที่กระตุ้นตัวรับอุณหภูมิในช่องปากชนิด Transient Receptor Potential Melastatin 8 (TRPM8) และส่งกระแสประสาทผ่านเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 ไปยัง

สมองส่วน Brodmann Area 3-1-2 ส่งผลให้รู้สึกสดชื่น และลดอาการกระหายน้ำได้แม้สารน้ำยังไม่ถูกดูดซึม เรียกกระบวนการนี้ว่า “Pre-absorption satiety” (Garcia, Fonseca, Aroni, & Galvao, 2016) 2) รสเปรี้ยว ทำหน้าที่กระตุ้นการหลั่งน้ำลายได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากสรรพคุณของกระเจี๊ยบแดง ซึ่งมีกรดอินทรีย์ที่สำคัญ ได้แก่ กรดซิตริก กรดมาลิก และกรดแอสคอร์บิก ทำให้กระตุ้นการหลั่งน้ำลาย (Islami, Haroen, & Tjahajawati, 2010) โดยไฮโดรเจนไอออนในกรดอินทรีย์จะแลกเปลี่ยนไอออนบริเวณช่องปากและส่งกระแสประสาทผ่านเส้นประสาทสมองคู่ที่ 7, 9, และ 10 เพื่อไปยังก้านสมองส่วนท้าย (Medulla oblongata) และกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเทติกให้ผลิตน้ำลายเพิ่มขึ้น (Proctor, 2016) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าชางกระเจี๊ยบแดงสามารถช่วยเพิ่มปริมาณน้ำลาย (Levrini, Azzi, & Bossi, 2020) และลดอาการกระหายน้ำได้ (Nwachukwu, Aneke, Nwachukwu, Azubuike, & Obika, 2016) ดังนั้น การผนวกความเย็นของน้ำแข็งเข้ากับรสเปรี้ยวของกระเจี๊ยบแดง จึงเป็นทางเลือกที่มีความเป็นไปได้สูงในการนำมาจัดการอาการกระหายน้ำในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน

แม้จะมีหลักฐานสนับสนุนประสิทธิภาพของความเย็นและรสเปรี้ยว แต่ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาใดที่ผนวกกลไกทั้งสองเข้าด้วยกันในลักษณะของ “น้ำแข็ง” ยิ่งไปกว่านั้น “กระเจี๊ยบแดง” เป็นสมุนไพรที่ปลอดภัยไม่พบผลข้างเคียงที่รุนแรงภายหลังการทดลองทางคลินิก (Butramee, Phatthanittham, & Ngamjarat, 2022) สามารถผลิตและควบคุมความเข้มข้นได้ง่าย ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการกระหายน้ำสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการกับอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) มาเป็นกรอบแนวคิด เนื่องจากรอบคลุมกระบวนการดูแลอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การประเมินประสบการณ์อาการ การให้ความรู้ เพื่อสร้างความเข้าใจ และการใช้น้ำแข็งกระเจี๊ยบแดงร่วมกับการดูแลช่องปากและริมฝีปาก เป็นกลยุทธ์บรรเทาอาการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการกับอาการกระหายน้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อออกแบบโปรแกรมการจัดการกับอาการกระหายน้ำสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการกระหายน้ำสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมจากแนวคิดการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ตามแนวคิดของ วาโร เฟ็งสวัสต์ (Pengsawat, 2009) เป็นวงจรการทำงานที่ต่อเนื่องเพื่อให้ได้โปรแกรมที่มีประสิทธิภาพ และผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการกับอาการ (Symptom Management Model: SMM) ของ Dodd และคณะ (Dodd et al., 2001) มาเป็นแนวทางหลักในการพัฒนาโปรแกรม โดยครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญในด้านขอบเขต (Domains) และ ด้านมิติ (Dimensions) ดังนี้

1. ด้านขอบเขต พิจารณาปัจจัย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านบุคคล คือ ความต้องการของผู้ป่วยต่อการจัดการอาการกระหายน้ำ ด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย คือ พยาธิสภาพของภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ร่วมกับการรักษาที่ได้รับ เช่น การจำกัดน้ำและให้ยาขับปัสสาวะในขนาดสูง และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งครอบคลุมบริบทและข้อจำกัดของการดูแลภายในหอผู้ป่วย
2. ด้านมิติ ผู้วิจัยได้นำมิติการจัดการอาการมาเชื่อมโยงสู่กิจกรรมในโปรแกรมต้นแบบ โดยเริ่มจาก มิติประสบการณ์อาการ (Symptom Experience) ซึ่งกำหนดให้มีการประเมินระดับความรุนแรงของอาการกระหายน้ำตามการรับรู้ของผู้ป่วย เพื่อให้ทราบถึงสถานะเริ่มต้นของปัญหา จากนั้นจึงนำไปสู่ มิติกลวิธีการจัดการกับอาการ (Management Strategies) ซึ่งในโปรแกรมนี้ได้บูรณาการกลยุทธ์การพยาบาลอย่างเป็นระบบ เริ่มจากการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับกลไกและการจัดการอาการกระหายน้ำสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ควบคู่ไปกับการพยาบาลที่ใช้ยาแก้กระหายน้ำเพื่อให้ความสดชื่น และกระตุ้นการหลั่งน้ำลาย ร่วมกับการดูแลช่องปากและริมฝีปากเพื่อรักษาความชุ่มชื้น และสุดท้าย คือ มิติผลลัพธ์ (Outcomes) ซึ่งเป็นการติดตามและประเมินประสิทธิภาพ

ของโปรแกรม โดยพิจารณาจากระดับความรุนแรงของอาการกระหายน้ำที่ลดลงและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อการใช้โปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ตามแนวคิดของวาโร เฟ็งสวัสต์ (Pengsawat, 2009) แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การสำรวจและสังเคราะห์สภาพปัญหา ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

ผู้วิจัยดำเนินการสำรวจอุบัติการณ์และระดับความรุนแรงของอาการกระหายน้ำในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ณ หอผู้ป่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤต จำนวน 30 ราย เพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหา ผลการสำรวจพบว่าผู้ป่วยมีอาการกระหายน้ำระดับรุนแรงร้อยละ 33.33 และระดับปานกลางร้อยละ 53.34

ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนาโปรแกรม ผู้วิจัยดำเนินการในช่วงเดือนกุมภาพันธ์-สิงหาคม พ.ศ. 2568 ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การร่างโปรแกรม ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ปัญหาในระยะที่ 1 ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการในระดับปานกลางถึงรุนแรงร้อยละ 86.67 มาบูรณาการร่วมกับแนวคิดการจัดการกับอาการ เพื่อสร้างโปรแกรมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการตนเองได้โดยมีพยาบาลเป็นผู้สนับสนุนในการจัดการกับอาการ ผ่าน 3 มิติของแนวคิดดังนี้

1. มิติประสบการณ์อาการ ให้ผู้ป่วยประเมินความรุนแรงของอาการกระหายน้ำด้วยแบบประเมิน Numeric Rating Scale
2. มิติกลวิธีการจัดการกับอาการ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ประกอบด้วย การให้ความรู้ในการจัดการกับอาการกระหายน้ำ และ การจัดการกับอาการโดยให้ผู้ป่วยอมน้ำแข็งกระเจี๊ยบแดงร่วมกับการดูแลช่องปากและริมฝีปาก
3. มิติผลลัพธ์ ประเมินผลของโปรแกรมด้วยระดับความรุนแรงของอาการกระหายน้ำและความพึงพอใจจากผู้ป่วยที่ทดลองใช้โปรแกรม

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาและทดสอบน้ำแข็งกระเจียบแดง ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. คัดเลือกกระเจียบแดงแห้งที่ได้รับมาตรฐานการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็นผงกระเจียบแดงบริสุทธิ์ในรูปแบบซองซองสำเร็จรูปน้ำหนัก 2.5 กรัมต่อซอง

2. วิธีการวัด เพื่อให้ได้น้ำแข็งที่มีปริมาตร 3 มิลลิลิตร ผู้วิจัยใช้กระบอกฉีดยาโดยใช้ปริมาณก่อนละ 3 มิลลิลิตร และบรรจุลงพิมพ์ซิลิโคนสำหรับประกอบอาหาร และนำไปแช่แข็ง

3. การทดสอบหาค่าความเป็น pH ของสารละลาย โดยใช้ปริมาณน้ำร้อน 4 ระดับ (170, 150, 130 และ 110 มล.) พบว่าค่า pH อยู่ในช่วง 2.71-2.74 ซึ่งสอดคล้องกับอาชาฮี และโอเยรินเด (Ajayi & Oyerinde, 2020) ที่พบค่า pH ของน้ำกระเจียบอยู่ในช่วง 2.70-3.50

4. การทดสอบความปลอดภัยเบื้องต้น ดำเนินการในอาสาสมัครสุขภาพดี 10 ราย ไม่พบผลข้างเคียง

5. การทดสอบการยอมรับทางประสาทสัมผัส โดยใช้กลุ่มผู้ทดสอบ คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันจำนวน 10 ราย มีวิธีการทดสอบโดยประเมินด้วย Just-About-Right scale แบบ 3 จุด คือ เปรี้ยวมากเกินไป เปรี้ยวพอดี และเปรี้ยวน้อยเกินไป ผลการทดสอบพบว่าสูตรที่ใช้ น้ำร้อน 110 มล. ต่อผงกระเจียบแดง 2.5 กรัม เป็นอัตราส่วนที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) ลงความเห็นว่า มีระดับความเปรี้ยวที่พอดีสูงสุด

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำร่างโปรแกรม แผนการสอน สื่อวิดีโอ และ แผ่นพับประกอบการสอน เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและด้านการจัดการกับอาการกระหายน้ำจำนวน 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว 1 ท่าน อาจารย์แพทย์ด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว 1 ท่าน แพทย์แผนไทยที่มีความเชี่ยวชาญด้านสมุนไพร 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของภาษา คำวนิจฉัยความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index:

CVI) พบว่าเครื่องมือทุกรายการมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 จึงนำเครื่องมือไปทดลองในระยะถัดไป ระยะที่ 3 การทดลองใช้โปรแกรม วัตถุประสงค์เพื่อนำโปรแกรมต้นแบบไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างใหม่จำนวน 5 ราย เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และประเมินผลเบื้องต้นของโปรแกรม ผู้วิจัยดำเนินการในช่วงเดือนสิงหาคม-กันยายน พ.ศ. 2568 เมื่อประเมินผลการทดลองใช้โปรแกรมและปรับปรุงโปรแกรมให้สมบูรณ์เป็นที่เรียบร้อยแล้วจึงเข้าสู่ระยะที่ 4 การเผยแพร่โปรแกรมเป็นลำดับถัดไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไปที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต และกึ่งวิกฤต ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

กลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน 30 ราย

ระยะที่ 2 คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน 10 ราย ที่ทดสอบรสชาติของน้ำแข็งกระเจียบแดง

ระยะที่ 3 คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน 5 ราย ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤต โดยเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ ดังนี้

- 1) ได้รับการวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน
- 2) จำกั้น้ำหรือคั่น้ำงดอาหาร
- 3) เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยมากกว่าหรือเท่ากับ 24 ชั่วโมง
- 4) กระหายน้ำมากกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนน
- 5) อ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้
- 6) ผ่านเกณฑ์การประเมินภาวะกลืนลำบากด้วยวิธี Modified Water Swallowing Test (คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 3) และเกณฑ์การคัดออกได้แก่ 1) แพ้กระเจียบแดง
- 2) มีแผลในช่องปาก
- 3) ได้รับยา Hydrochlorothiazide
- 4) มีภาวะสับสน
- 5) ใ้ท่อช่วยหายใจ
- 6) ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบประสาทหรือพยาธิสภาพที่ส่งผลต่อการกลืน
- 7) ระบบไหลเวียนโลหิตไม่คงที่ และเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมวิจัย เกิดผลข้างเคียงของการรับสิ่งทดลองได้แก่ มีอาการท้องเสีย หรือ เกิดการสำลัก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิก ประกอบด้วย เพศ อายุ ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย ยาขับปัสสาวะที่ได้รับ ชนิดของการบำบัดทดแทนไต

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรุนแรงของกระหายน้ำ (Numeric Rating Scale: NRS) เป็นเครื่องมือสากลที่นำมาใช้ประเมินความรุนแรงของอาการกระหายน้ำโดยปุนทิลโล และคณะ (Puntillo et al., 2014) แบบประเมินความรุนแรงของกระหายน้ำเป็นแบบวัดเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร ตัวเลขตั้งแต่ 0 ถึง 10 โดยคะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการกระหายน้ำ คะแนน 1-3 หมายถึง กระหายน้ำเล็กน้อย คะแนน 4-6 หมายถึง กระหายน้ำปานกลาง คะแนน 7-9 หมายถึง กระหายน้ำรุนแรง และ 10 หมายถึง กระหายน้ำรุนแรงมากที่สุด (Karthick, Thenmozhi, & Kalabarathi, 2020) ตรวจสอบความเที่ยงด้วยวิธี test-retest จากการนำเครื่องมือไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง โดยประเมินอาการกระหายน้ำ 2 ครั้ง ห่างกัน 15 นาที และหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ได้ค่า 0.87 แสดงถึงความคงที่ของเครื่องมือ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ ประเมิน 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความสะดวกต่อการใช้งาน 2) ด้านการใช้ประโยชน์ได้จริง 3) ด้านความปลอดภัยต่อการใช้งาน 4) ด้านความพึงพอใจต่อรสชาติ และ 5) ด้านความพึงพอใจโดยรวม ลักษณะเครื่องมือเป็นมาตรวัด Likert Scale 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับมากที่สุด (5 คะแนน) ถึงน้อยที่สุด (1 คะแนน) แปลผลโดยใช้เกณฑ์พิจารณาจากค่าเฉลี่ยรายด้านและค่าเฉลี่ยรวม แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1.00-1.49 คะแนน หมายถึง น้อยที่สุด 1.50-2.49 คะแนน หมายถึง น้อย 2.50-3.49 คะแนน หมายถึง ปานกลาง 3.50-4.49 คะแนน หมายถึง มาก และ 4.50-5.00 คะแนน หมายถึง มากที่สุด

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยวิธีการอมน้ำแข็งกระเจียบต่ออาการกระหายน้ำของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน” ซึ่งผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่ COA No. 1013/2025 วันที่ 13 สิงหาคม พ.ศ. 2568 โดยผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เพื่อขอเก็บข้อมูล มีผู้ป่วยครบเกณฑ์ 5 ราย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยเข้าพบผู้ป่วยจำนวน 6 ครั้ง เป็นระยะเวลา 2 วัน เมื่อผู้ป่วยพร้อม ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ดำเนินการพิทักษ์สิทธิโดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมเมื่อผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้ผู้ป่วยลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล ความรุนแรงของอาการกระหายน้ำ ก่อนและหลังทดลอง และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้น้ำแข็งกระเจียบแดง วิเคราะห์ด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 โปรแกรมการจัดการอาการกระหายน้ำ สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันสามารถจำแนกเป็น 3 มิติ ดังนี้

1. ประสพการณ์อาการ โปรแกรมกำหนดให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตระหนักรู้และประเมินอาการด้วยตนเอง โดยใช้แบบประเมินอาการกระหายน้ำแบบตัวเลขเพื่อระบุความรุนแรงของอาการก่อนได้รับโปรแกรมของทั้ง 2 วัน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงของร่างกายได้อย่างเป็นรูปธรรม

2. กลวิธีการจัดการกับอาการ ผู้วิจัยออกแบบกลวิธีที่ครอบคลุมทั้งด้านความรู้และการปฏิบัติ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการได้ภายใต้ข้อจำกัดด้านการรักษา ประกอบด้วย

วันที่ 1

1. ให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ใช้เวลา 5 นาที หลังจากนั้น ให้ผู้ป่วยดูคลิปวิดีโอเรื่อง “การจัดการกับอาการกระหายน้ำของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน” ใช้เวลา 7 นาที รวมทั้งแจกแผ่นพับ โดยเนื้อหาประกอบด้วยความหมาย สาเหตุ ผลกระทบจากอาการ และวิธีการลดอาการกระหายน้ำด้วยวิธีการอมน้ำแข็ง กระเจี๊ยบแดงร่วมกับการดูแลช่องปากและริมฝีปาก

2. ให้ผู้ป่วยอมน้ำแข็งกระเจี๊ยบแดงร่วมกับการดูแลช่องปากและริมฝีปากทุก 2 ชั่วโมง วันละ 6 ครั้ง ดังนี้

2.1 หลังแปรงฟัน 2 ชั่วโมง ให้ผู้ป่วยอมน้ำแข็งกระเจี๊ยบแดงขนาด 3 มิลลิเมตร จำนวน 1 ก้อน

2.2 หลังน้ำแข็งละลายหมด 5 นาที ให้ผู้ป่วยบ้วนปากด้วยน้ำสะอาด 20 มิลลิตร กลั้วปาก 30 วินาที

2.3 ทาริมฝีปากด้วยปิโตรเลียมเจลลี่

วันที่ 2

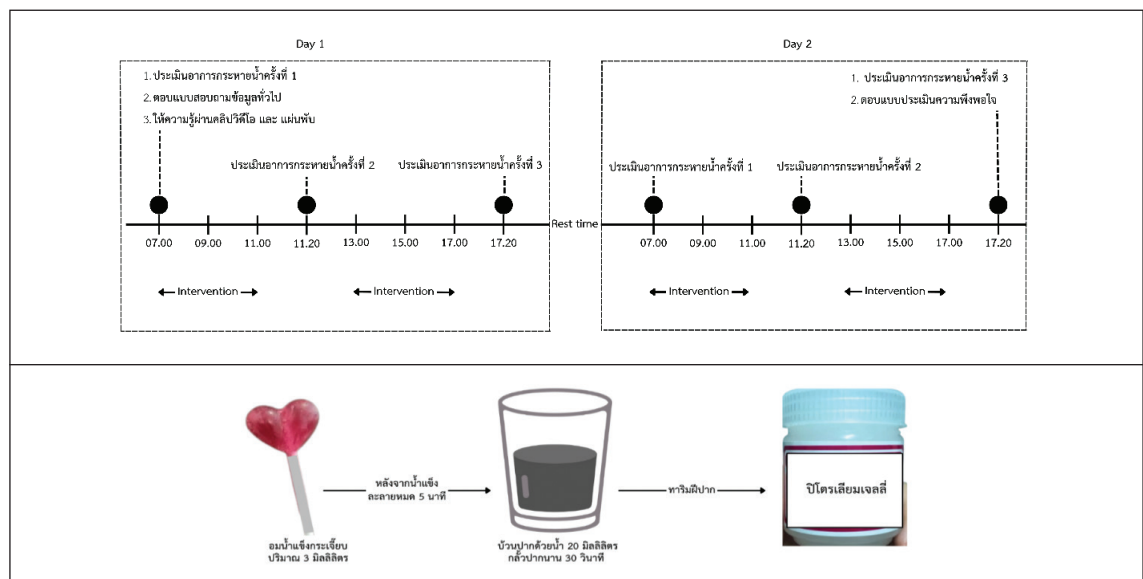
1. ให้ผู้ป่วยอมน้ำแข็งกระเจี๊ยบแดงร่วมกับการดูแลช่องปากและริมฝีปากทุก 2 ชั่วโมง วันละ 6 ครั้ง ดังนี้

1.1 หลังแปรงฟัน 2 ชั่วโมง ให้ผู้ป่วยอมน้ำแข็งกระเจี๊ยบแดงขนาด 3 มิลลิเมตร จำนวน 1 ก้อน

1.2 หลังน้ำแข็งละลายหมด 5 นาที ให้ผู้ป่วยบ้วนปากด้วยน้ำสะอาด 20 มิลลิตร กลั้วปาก 30 วินาที

1.3 ทาริมฝีปากด้วยปิโตรเลียมเจลลี่

3. มิติผลลัพธ์ของอาการ ผู้ป่วยประเมินผลสัมฤทธิ์ของโปรแกรมภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมในเวลา 11.00 น. และ 17.00 น. เป็นเวลา 20 นาที ของทั้ง 2 วัน และประเมินความพึงพอใจภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทั้งหมด



ภาพที่ 1 โปรแกรมการจัดการอาการกระหายน้ำสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองใช้โปรแกรม

จากการทดลองใช้โปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 4 ราย (ร้อยละ 80) และเพศหญิง 1 ราย (ร้อยละ 20) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 55.60 ± 18.56 ปี (ช่วงอายุ 34-76 ปี) และมีระยะเวลาเฉลี่ยในการเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตเท่ากับ 5.20 ± 3.49 วัน ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวตามเกณฑ์ NYHA Classification พบว่า 4 ราย (ร้อยละ 80) มีความรุนแรงอยู่ในระดับ 3 และ 1 ราย (ร้อยละ 20) มีความรุนแรงอยู่ในระดับ 4 มีค่าประสิทธิภาพการบีบตัว

ของหัวใจห้องล่างซ้ายเฉลี่ยร้อยละ 35.4 ± 26.70 ข้อมูลด้านการรักษาพบว่า 4 ราย (ร้อยละ 80) ได้รับยาขับปัสสาวะกลุ่ม Loop Diuretics และ 1 ราย (ร้อยละ 20) ได้รับการบำบัดทดแทนไตชนิดต่อเนื่อง (CRRT)

ส่วนที่ 3 ความเป็นไปได้ของโปรแกรมการจัดการอาการกระหายน้ำสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน

3.1 ผลของโปรแกรมต่อระดับความรุนแรงของอาการกระหายน้ำ ในกลุ่มตัวอย่าง 5 ราย รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรุนแรงของการกระหายน้ำในกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการอาการกระหายน้ำสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ($n = 5$) และวันที่ 1 และ 2

รายที่	วันที่ 1			วันที่ 2		
	07.00 น.	11.00 น.	17.00 น.	07.00 น.	11.00 น.	17.00 น.
1	8	3	0	3	0	0
2	5	3	2	5	3	1
3	9	5	3	5	3	3
4	6	4	4	3	1	0
5	10	5	5	5	3	3
$\bar{X}$	7.60	4.00	2.80	4.20	2.00	1.40
S.D.	2.07	1.00	1.92	1.10	1.41	1.52

จากตารางที่ 1 พบว่าในวันที่ 1 ระดับความรุนแรงของกระหายน้ำลดลงจากระดับรุนแรง ($\bar{X} = 7.60$, S.D. = 2.07) ในช่วงเช้า เหลือระดับเล็กน้อย ($\bar{X} = 2.80$, S.D. = 1.92) แม้ในวันที่ 2 ระดับความกระหายน้ำจะมีการปรับเปลี่ยนเล็กน้อยมาอยู่ที่ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 4.20$, S.D. = 1.10) แต่เมื่อสิ้นสุดการทดลองในวันที่ 2 พบว่าคะแนนเฉลี่ยลดลงสู่ระดับต่ำที่สุดคือ 1.40 (S.D. = 1.52) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมนี้นี้มีแนวโน้มที่จะบรรเทาอาการกระหายน้ำได้

3.2 ความพึงพอใจ พบว่าหลังการทดลองใช้โปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการจัดการกับอาการกระหายน้ำโดยรวมเท่ากับ 4.80 คะแนน (S.D. = 0.40)

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างประเมินคะแนนด้านความปลอดภัยต่อการใช้งานสูงเป็นอันดับแรก 5.00 คะแนน (S.D. = 0.00) รองลงมา คือ ด้านการใช้ประโยชน์ได้จริงและด้านความพึงพอใจต่อรสชาติของน้ำแข็งกระเจี๊ยบแดงมีคะแนนเท่ากันคือ 4.80 คะแนน (S.D. = 0.40) และกลุ่มตัวอย่างมีด้านความสะดวกต่อการใช้เป็นอันดับสุดท้าย 4.60 คะแนน (S.D. = 0.49)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าโปรแกรมการจัดการอาการกระหายน้ำสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในบริบทของหอผู้ป่วย

วิกฤตและกึ่งวิกฤต โดยระดับคะแนนอาการกระหายน้ำ มีแนวโน้มลดลงหลังจากได้รับโปรแกรมจากระดับรุนแรง ในระยะก่อนได้รับโปรแกรม เป็นระดับเล็กน้อยเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมของทั้ง 2 วัน และเมื่อประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมพบว่าความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

ประสิทธิผลของโปรแกรมในครั้งนี้เป็นผลจากการพัฒนาอย่างมีระเบียบแบบแผนตามกรอบแนวคิดการจัดการอาการ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การประเมินอาการ มีการให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจความหมายและความสัมพันธ์อาการกับสาเหตุ และสามารถจัดการกับอาการได้โดยใช้น้ำแข็งกระเจียบแดงร่วมกับการดูแลช่องปากและริมฝีปาก ซึ่งอาศัยกลไกการทำงานร่วมกันของความเย็นและรสเปรี้ยวในการยับยั้งความรู้สึกกระหายน้ำและกระตุ้นการหลั่งน้ำลาย โดยมีพยาบาลเป็นผู้สนับสนุน ในการจัดการกับอาการ อย่างสม่ำเสมอ ทุก 2 ชั่วโมง การจัดการเชิงรุกนี้ส่งผลต่อผลลัพธ์ของอาการทั้งในด้านการลดความรุนแรงของอาการกระหายน้ำ และการสร้างความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

ผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ เหลียน และคณะ (Lian et al., 2024) ที่พบว่า การใช้ความเย็นกระตุ้นภายในช่องปากทุก 2 ชั่วโมงสามารถบรรเทาอาการกระหายน้ำได้ดีเนื่องจากกลไกของความเย็นที่ไปกระตุ้นตัวรับอุณหภูมิบริเวณเยื่อช่องปาก ส่งสัญญาณประสาทไปยังศูนย์ควบคุมการกระหายน้ำในสมองส่วนหน้า เพื่อยับยั้งกระหายน้ำและงานวิจัยของ ควาล์ไฮม์ และคณะ (Kvalheim, Marthinussen, Haugen, Berg, Strand, & Lie, 2019) ที่พบว่า การทรมัฟปากด้วยปิโตรเลียมเจลลี่ ทุก 2 ชั่วโมง สามารถคงไว้ซึ่งความชุ่มชื้นบริเวณริมฝีปากได้ ประกอบกับ และรสเปรี้ยวจากกระเจียบแดงทำให้รู้สึกสดชื่นกระตุ้นการหลั่งน้ำลาย โดยน้ำแข็ง 3 มิลลิลิตร สอดคล้องกับการศึกษาของ เลอไมซ์ และคณะ (Lemyze, Lavoisier, Temime, Granier, & Mallat, 2020) ที่พบว่า

เพียงพอต่อการบรรเทาอาการ มีความปลอดภัย ไม่เสี่ยงต่อการสำลัก และจากการประเมินความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของหลิว และคณะ (Liu et al., 2025) ที่พบว่า การจัดการกับอาการกระหายน้ำส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล

ดังนั้นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้เป็นการเพิ่มแนวทางในการจัดการอาการกระหายน้ำ สำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ทั้งนี้อาจมีการบูรณาการโปรแกรม โดยให้การอมน้ำแข็งกระเจียบแดงและการดูแลช่องปาก และริมฝีปากให้เป็นส่วนหนึ่งของเกณฑ์มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลประจำวัน โดยเปลี่ยนจากการดูแลตามการร้องขอ เป็นการดูแลเชิงรุกที่กำหนดไว้ในแผนการพยาบาล เพื่อยกระดับคุณภาพการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการออกแบบการศึกษาในลักษณะการวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial: RCT) โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม ลดอคติ และเพิ่มความน่าเชื่อถืองานวิจัย

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมกับวิธีการบรรเทาอาการกระหายน้ำรูปแบบอื่น ๆ เช่น การใช้น้ำเย็นหรือน้ำแข็งเปล่าเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพและความแตกต่าง

ข้อจำกัดในการทำวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในระยะเริ่มต้นที่มีขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนจำกัด และเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียว ส่งผลให้มีอำนาจการทดสอบทางสถิติต่ำ และอาจมีผลต่อการอ้างอิงไปยังประชากรผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน

เอกสารอ้างอิง

- Ajayi, O. A., & Oyerinde, M. O. (2020). Evaluation of nutritional composition of roselle (*Hibiscus sabdariffa*) herbal tea infused with ginger (*Zingiber officinale*) and lemon (*Citrus limon*) peel. *Australian Journal of Science and Technology*, 4(1), 215–221.
- Armstrong, L. E., & Kavouras, S. A. (2019). Thirst and drinking paradigms: Evolution from single factor to multifactorial models. *Nutrients*, 11(11), 2629. Retrieved from <https://doi.org/10.3390/nu11122864>
- Barani, N., Jackson, A. C., Sharifi, F., & Bahramnezhad, F. (2025). The relationship between thirst and the incidence of delirium in patients admitted to intensive care units: A cross sectional study. *BMC Nursing*, 21(1), 158. Retrieved from <https://doi.org/10.1002/hsr2.71485>
- Butramee, F., Phatthanittham, P., & Ngamjarat, C. (2022). Effectiveness of roselle on blood pressure among adults in Thai medical and public health journals: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the Office of Disease Prevention and Control 7 Khon Kaen*, 29(1), 57-70. [In Thai].
- Celik, S., Sengul, M., & Karahan, E. (2023). Evaluation of nonpharmacological nursing practices related to thirst and the thirst of patients in the intensive care unit. *European Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 21(3), 458-464. Retrieved from <https://doi.org/10.15584/ejcem.2023.3.3>
- Conchon, M. F., & Fonseca, L. F. (2018). Efficacy of an ice popsicle on thirst management in the immediate postoperative period: A randomized clinical trial. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 33(2), 153-161. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2016.03.009>
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., ... Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676. Retrieved from <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x>
- Fukunaga, T., Ouchi, A., Aikawa, G., Okamoto, S., Uno, S., & Sakuramoto, H. (2025). Prevalence, risk factors, and treatment methods of thirst in critically ill patients: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 20(3), e031550. Retrieved from <http://10.1371/journal.pone.0315500>
- Garcia, A. K. A., Fonseca, L. F., Aroni, P., & Galvao, C. M. (2016). Strategies for thirst relief: Integrative literature review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(6), 1148-1155. Retrieved from <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0317>
- Gong, J., Waldreus, N., Hu, S., Luo, Z., Xu, M., & Zhu, L. (2022). Thirst and factors associated with thirst in hospitalized patients with heart failure in China. *Heart & Lung*, 53, 83-88. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2022.02.002>
- Gultekin, Y., Ozcelik, Z., Akinci, S. B., & Yorganci, H. K. (2018). Evaluation of stressors in intensive care units. *Turkish Journal of Surgery*, 34(1), 5-8. Retrieved from <https://doi.org/10.5152/turkjsurg.2017.3736>
- Islami, M., Haroen, E., & Tjahajawati, S. (2010). The difference of the salivary volume before and after drinking the rosella tea (*Hibiscus sabdariffa*). *Padjadjaran Journal of Dentistry*, 22(3), 171-174. Retrieved from <https://doi.org/10.24198/pjd.vol22no3.26889>

- Karthick, P., Thenmozhi, P., & Kalabarathi, S. (2020). Effectiveness of menthol ice cube application on thirst intensity and oral condition among postoperative patients. *International Journal of Research in Pharmaceutical Sciences*, 11(Special Issue 4), 833-840. Retrieved from <https://doi.org/10.26452/ijrps.v11iSPL4.3987>
- Kjeldsen, A. B., Hansen, M., Jensen, K., & Mikkelsen, S. (2018). Patients' experience of thirst while being conscious and mechanically ventilated in the intensive care unit. *Nursing in Critical Care*, 23(2), 75-81. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/nicc.12277>
- Kvalheim, S. F., Marthinussen, M. C., Haugen, D. F., Berg, E., Strand, G. V., & Lie, S. A. (2019). Randomized controlled trial of the effectiveness of three different oral moisturizers in palliative care patients. *European Journal of Oral Sciences*, 127(6), 523-530. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/eos.12655>
- Lemyze, M., Lavoisier, J., Temime, J., Granier, M., & Mallat, J. (2020). To relieve the patient's thirst, refresh the mouth first: A pilot study using mini mint ice cubes in severely dehydrated patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(1), 82-88. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.031>
- Levrini, L., Azzi, L., & Bossi, S. (2020). The efficacy of a dietary supplement with carnosine and Hibiscus sabdariffa L. (Aqualief™) in patients with xerostomia: A randomized, placebo-controlled, double-blind trial. *La Clinica Terapeutica*, 171(4), e295-e301. Retrieved from <https://doi.org/10.7417/ct.2020.2231>
- Lian, R., Zhou, S., Guo, Y., Liang, H., Lin, J., Li, D., ... Yang, X. (2024). The effect of ice-cold water spray following the model for symptom management on postoperative thirst in patients admitted to intensive care unit: A randomized controlled study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 81, 103571. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103571>
- Liu, F., Zhang, L., Li, Y., Li, M., Fan, Y., Guan, R., ... Niu, J. (2025). The effectiveness of individualized thirst management in patients with postoperative thirst for gastric cancer. *Supportive Care in Cancer*, 33(1), 982. Retrieved from <https://doi.org/10.1007/s00520-025-10067-x>
- Mert, S., Caliskan, I., & Koruk, S. (2024). The effect of menthol ice on laparoscopic cholecystectomy patient's thirst, dry mouth, mouth taste, and bad mouth odor: A randomized controlled trial. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 39(5), 867-873. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2023.12.024>
- Nwachukwu, D., Aneke, E., Nwachukwu, N., Azubuike, N., & Obika, L. (2016). Thirst perception in mild to moderate hypertensive Nigerians treated with aqueous extract of Hibiscus sabdariffa L. *African Journal of Pharmacy and Pharmacology*, 10(18), 403-410. Retrieved from <https://doi.org/10.5897/AJPP2016.4547>
- Pengsawat, W. (2009). Research and development. *Sakon Nakhon Rajabhat University Journal*, 1(2), 1-12. [In Thai]
- Proctor, G. B. (2016). The physiology of salivary secretion. *Periodontology 2000*, 70(1), 11-25. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/prd.12116>

- Puntillo, K., Arai, S. R., Cooper, B. A., Stotts, N. A., & Nelson, J. E. (2014). A randomized clinical trial of an intervention to relieve thirst and dry mouth in intensive care unit patients. *Intensive Care Medicine*, 40(9), 1295-1302. Retrieved from <https://doi.org/10.1007/s00134-014-3339-z>
- Van Belzen, L., Postma, E. M., & Boesveldt, S. (2017). How to quench your thirst: The effect of water-based products varying in temperature and texture, flavour, and sugar content on thirst. *Physiology & Behavior*, 180, 45-52. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2017.08.007>
- Van der Wal, M. H., Jaarsma, T., Moser, D. K., van Gilst, W. H., & van Veldhuisen, D. J. (2010). Qualitative examination of compliance in heart failure patients in The Netherlands. *Heart & Lung*, 39(2), 121-130. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2009.07.008>
- VonStein, M., Buchko, B. L., Millen, C., Lampo, D., Bell, T., & Woods, A. B. (2019). Effect of a scheduled nurse intervention on thirst and dry mouth in intensive care patients. *American Journal of Critical Care*, 28(1), 41-46. Retrieved from <https://doi.org/10.4037/ajcc2019400>
- Xie, X.-M., Huang, D., Chun, S., Bai, D.-X., Lu, X.-Y., Li, Y., ... Gao, J. (2025). Factors influencing thirst in ICU patients: A mixed methods systematic review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 86, 103811. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103811>
- Zhang, W., Gu, Q., Gu, Y., Zhao, Y., & Zhu, L. (2022). Symptom management to alleviate thirst and dry mouth in critically ill patients: A randomised controlled trial. *Australian Critical Care*, 35(2), 123-129. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2021.04.002>
- Zheng, Y., Xia, C., Ji, L., Guo, H., & Liu, H. (2025). A nurse-led thirst symptom management program for patients with heart failure: From evidence-based design to pilot study. *BMC Nursing*, 24(1), 1209. Retrieved from <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03878-0>

บทความวิจัย

ผลของรูปแบบการจัดการเรียนการสอนด้านจริยธรรมต่อความไวทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล Effects of Ethical Instructional Management Model on the Ethical Sensitivity Score of Nursing Students

พรพิมล ชัยสา (Pornpimol Chaisa)*

สุภาณี คลังฤทธิ์ (Supanee Klungrit)**

Received: January 7, 2026

Revised: February 9, 2026

Accepted: April 7, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับคะแนนความไวทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 จำนวน 34 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 17 ราย ซึ่งได้รับรูปแบบการจัดการเรียนการสอนด้านจริยธรรม และกลุ่มควบคุมจำนวน 17 ราย ซึ่งได้รับการจัดการเรียนการสอนตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูล โดย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการจัดการเรียนการสอนด้านจริยธรรม ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ เท่ากับ 1.00 2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความไวทางจริยธรรม หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Wilcoxon sign rank test และ Mann Whitney U test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการได้รับรูปแบบการจัดการเรียนการสอนด้านจริยธรรมกลุ่มทดลองมีคะแนนความไวทางจริยธรรม มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความไวทางจริยธรรมภายหลังได้รับรูปแบบการจัดการเรียนการสอนด้านจริยธรรม เท่ากับ 212.41 (S.D. = 0.61) ซึ่งมากกว่าก่อนได้รับรูปแบบการจัดการเรียนการสอนด้านจริยธรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังนั้นรูปแบบการจัดการเรียนการสอนด้านจริยธรรมทำให้ความไวทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลมากขึ้น สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ: รูปแบบการจัดการเรียนการสอนด้านจริยธรรม, ความไวทางจริยธรรม, นักศึกษาพยาบาล

**Corresponding author: Supanee Klungrit; E-mail: supanee@bcnb.ac.th

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช (Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing Buddhachinaraj, Praboromarajchanok Institute, Ministry of public health)

**อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก (Instructor Boromarajonani College of Nursing Buddhachinaraj, Praboromarajchanok Institute, Ministry of public health)

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare the ethical sensitivity score of nursing students. The sample consisted of 34 second year nursing students, divided into an experimental group ($n = 17$) and a control group ($n = 17$). The experimental group received the ethical instructional management model, while the control group received usual instruction. The research instruments included 1) the ethical instructional management model, which yielded a Content Validity Index (CVI) of 1.00, and 2) data collection tools consisting of a personal information questionnaire and an ethical sensitivity Score with a Cronbach's alpha coefficient of 0.87. Data were analyzed using the Wilcoxon Signed-Rank Test and the Mann-Whitney U Test.

The findings revealed that after receiving the ethical instructional management model, the experimental group's ethical sensitivity scores were significantly higher than those of the control group ($p < .05$). Within the experimental group, the mean ethical sensitivity score post-intervention was 212.41 (S.D. = 0.61), which was significantly higher than the pre-intervention score ($p < .05$). The ethical instructional management model effectively enhances ethical sensitivity among nursing students. Therefore, this model should be integrated into nursing curricula to foster ethical competence in future practitioners.

Keywords: Ethical instructional management model, Ethical sensitivity, Nursing students

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันในยุคศตวรรษที่ 21 การจัดการเรียนการสอนมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ในภาคทฤษฎีและทักษะปฏิบัติจากการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้นักศึกษาเป็นผู้สำเร็จการศึกษาที่มีความพร้อมในการให้การพยาบาลผู้ป่วย (Nalubega et al., 2026) ขณะที่สังคมไทยในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้เกิดวิถีชีวิตแบบใหม่ที่ทำให้เกิดปัญหาด้านจริยธรรมเพิ่มขึ้น มีคุณธรรมจริยธรรมเพื่อให้การพยาบาลเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย มีการให้การพยาบาลอย่างเอื้ออาทร เกิดความตระหนักในคุณค่าความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยว่าสิ่งใดควรหรือสิ่งใดไม่ควรกระทำ (Danaci & Kavalali Erdogan, 2025)

การปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาลพยาบาลจำเป็นต้องมีความไวทางจริยธรรม ซึ่งเป็นความสามารถในการรับรู้ถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อมีปัญหาทางจริยธรรมหรือมีความขัดแย้ง มีความเสี่ยงที่อาจเกิดเป็นปัญหาทางจริยธรรม การรับรู้ความเสี่ยงและรับรู้ปัญหาจากสถานการณ์

โดยองค์ประกอบของทักษะความไวทางจริยธรรมประกอบด้วย อารมณ์ของบุคคลต่อปัญหาทางจริยธรรม การให้คุณค่า ความตระหนักรู้ต่อปัญหาทางจริยธรรม ความรับผิดชอบและบทบาทหน้าที่ การใช้เหตุผลทางจริยธรรม การตัดสินใจทางจริยธรรม และการแสดงออกทางจริยธรรม (Lutzen, Dahlqvist, Eriksson, & Norberg, 2006) ความไวทางจริยธรรมจะเกิดขึ้นได้เมื่อมีการรับรู้การประเมินเหตุการณ์ การตีความและการกระตุ้นความคิด อารมณ์ และความรู้สึกว่ามีผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่นอย่างไร ความไวทางจริยธรรมมีความสำคัญต่อวิชาชีพพยาบาลอย่างมาก เพราะในการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยนั้น หากพยาบาลมีความไวทางจริยธรรมจะนำไปสู่การตัดสินใจเพื่อแก้ไขปัญหาด้านจริยธรรมได้อย่างเหมาะสม ทำให้ไม่เกิดพฤติกรรมจริยธรรมที่ผิดในการดูแลผู้ป่วยที่พึงปฏิบัติ ในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงาน ความไวทางจริยธรรมเป็นสิ่งสำคัญสำหรับพยาบาลจะมีความสามารถรับรู้ปัญหาในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อนำไปตัดสินใจในการแก้ปัญหาทางจริยธรรมที่เกิดขึ้น ทั้งนี้

ทักษะเหตุผลทางจริยธรรมเป็นการใช้เหตุผลในการเลือกที่จะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งจะแสดงให้เห็นถึงเหตุจูงใจ หรือแรงจูงใจที่อยู่เบื้องหลังการกระทำต่างๆ ของแต่ละบุคคล (Wongsuwan, 2014) เป็นปัจจัยที่สำคัญในการพัฒนาให้นักศึกษาพยาบาลเป็นพยาบาลที่มีจริยธรรมในอนาคต

จากที่กล่าวมาจะเห็นว่าความไวทางจริยธรรมเป็นทักษะที่ต้องอาศัยการเรียนรู้และการฝึกฝน ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเตรียมนักศึกษาพยาบาลให้มีความไวจริยธรรม เพื่อเตรียมความพร้อมให้นักศึกษาสามารถเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Chaowalit & Sutharangsee, 2001) การจะทำให้นักศึกษาเกิดความไวทางจริยธรรมได้นั้น จะต้องมีการประยุกต์สู่การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลที่มีการเสริมสร้างความไวทางจริยธรรมสำหรับพยาบาล โดยวิธีการสอนอาจใช้ร่วมกันหลากหลายวิธี เช่น การอภิปรายกลุ่ม การใช้กรณีศึกษา การสะท้อนคิด เป็นต้น ซึ่งมีความสำคัญในการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลเข้าสู่วิชาชีพ และควรพัฒนาการเรียนการสอนอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะจบการศึกษาแล้ว ก็ยังคงต้องมีแนวทางในการพัฒนาความไวทางจริยธรรมจากประสบการณ์จริง (Inthararat, 2014)

รูปแบบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของคอลด์ (Kolb, 1984) เป็นรูปแบบการจัดการเรียนการสอนหนึ่งที่จะช่วยกระตุ้นให้นักศึกษาเกิดความเข้าใจโดยเชื่อมโยงความคิด วิเคราะห์จากสถานการณ์ อาจเกิดจากประสบการณ์ที่นักศึกษาเคยผ่านมาในอดีต รวมไปถึงประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากการเรียน ซึ่งนำข้อมูลมาพูดคุย แลกเปลี่ยนตีความ หรือสะท้อนคิดเพื่อตรวจสอบและทำความเข้าใจ เพื่อให้เกิดทักษะและวิธีคิดใหม่ๆ ซึ่งคอลด์ (Kolb, 1984) ได้อธิบาย รูปแบบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของคอลด์ (Kolb's experiential learning model) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ประสบการณ์รูปธรรม (Concrete Experience) 2) การไตร่ตรอง (Reflective Observation) 3) การสรุปเป็นหลักการนามธรรม (Abstract Conceptualization) 4) การทดลองปฏิบัติจริง (Active Experience) ซึ่งงานวิจัยนี้จะใช้รูปแบบการจัดการเรียนการสอนด้านจริยธรรมตามรูปแบบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

ของคอลด์ (Kolb, 1984) เพื่อช่วยกระตุ้นให้นักศึกษามีความรู้ได้เชื่อมโยงความคิดจากการวิเคราะห์สถานการณ์ อภิปราย จนได้ข้อสรุป และนำไปปฏิบัติจริงในการฝึกปฏิบัติ ซึ่งมี 4 ขั้นตอน คือ 1) ประสบการณ์รูปธรรม โดยผู้วิจัยจะทบทวนหลักจริยธรรมวิชาชีพและทบทวนแนวคิดทางจริยธรรมให้กับนักศึกษาและให้นักศึกษาอ่านกรณีศึกษาที่ผู้วิจัยเตรียมมา เป็นสถานการณ์เกี่ยวกับจริยธรรมทางการพยาบาลในการปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย 2) การไตร่ตรอง ผู้วิจัยให้นักศึกษาเขียนการสะท้อนความคิด อารมณ์ และความรู้สึกของนักศึกษาจากสถานการณ์กรณีศึกษาทางจริยธรรมทางจริยธรรมที่เตรียมไว้ 3) การสรุปเป็นหลักการนามธรรม ให้นักศึกษาเขียนวิเคราะห์ปัญหาประเด็นจริยธรรมจากสถานการณ์ทางจริยธรรมที่ผู้วิจัยได้เตรียมให้โดยใช้หลักจริยธรรมทางการพยาบาลและแนวคิดด้านจริยธรรม จากนั้นให้นักศึกษาอภิปรายร่วมกันและผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะ เพื่อให้นักศึกษาได้นำไปใช้ในการฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล 2 ต่อไป 4) การทดลองปฏิบัติจริง ขึ้นฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล 2 จำนวน 3 สัปดาห์ และ Post Conference กับอาจารย์ประจำกลุ่มเกี่ยวกับปัญหาจริยธรรมในการปฏิบัติงาน และรับข้อเสนอแนะจากอาจารย์ประจำกลุ่มในสัปดาห์ที่ 3 ของการจัดการเรียนการสอน และพบผู้วิจัยอีกครั้งในวันสุดท้ายของการฝึกปฏิบัติเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับจริยธรรมทางการพยาบาลในการปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย

นอกจากนี้การพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์เพื่อเสริมสร้างคุณธรรม จริยธรรมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในระยะหลังคลอดของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 โดยใช้รูปแบบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของคอลด์ (Kolb, 1984) ผลการวิจัย พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่เข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเชิงจริยธรรมหลังเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์เพื่อเสริมสร้างคุณธรรมและจริยธรรม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Sriaporn, Chuto, Suphawitphatthana, & Tantranon, 2013) จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องผลของรูปแบบการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุต่อทัศนคติเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยนำรูปแบบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของคอลบ์ (Kolb, 1984) มาเป็นกรอบในการสร้างรูปแบบการจัดการเรียนการสอนด้านจริยธรรม ประกอบด้วยประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ประสบการณ์รูปธรรม (Concrete Experience) 2) การไตร่ตรอง (Reflective Observation) 3) การสรุปเป็นหลักการนามธรรม (Abstract Conceptualization) 4) การทดลองปฏิบัติจริง (Active Experience) สำหรับนักศึกษาพยาบาลซึ่งจากงานวิจัยมีข้อเสนอแนะว่ารูปแบบการจัดการเรียนการสอนด้านจริยธรรมจะทำให้นักศึกษาพยาบาลมีความไวทางจริยธรรม (ดังภาพที่ 1)



วิธีการดำเนินการวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pre-test, post-test design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 รุ่นที่ 73 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช จำนวน 86 คน

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คัดเลือกโดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ได้แก่ นักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2565 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล 2 ระหว่างวันที่ 8 พฤษภาคม 2566-28 พฤษภาคม 2566 จากนั้นผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับสลากกลุ่มนักศึกษา เพื่อจัดสรรเข้ากลุ่มวิจัย โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 17 คน และกลุ่มควบคุม 17 คน การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างพิจารณาตามแนวคิดของเบิร์นและโกรฟ (Burns & Grove, 2010) ซึ่งระบุว่า การวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) ควรมีก่อนกลุ่มตัวอย่างรวมอย่างน้อย 30 คน เพื่อให้เพียงพอต่อการวิเคราะห์สถิติอ้างอิง และสอดคล้องกับผลการคำนวณอำนาจการทดสอบทางสถิติ (Power analysis) ที่ระดับ .80 เมื่อกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.6 ค่านี้สำคัญของการทดสอบเท่ากับ 0.05 ทั้งนี้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกัน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) ลงทะเบียนเรียนวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล 2 เป็นครั้งแรก 2) สมัครใจและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนการสอนไม่ครบทุกขั้นตอน 2) ขอลถอนตัวออกจากโครงการขณะที่โครงการกำลังดำเนินการอยู่ 3) ลาออกหรือยุติการเรียน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการจัดการเรียนการสอนด้านจริยธรรม ตามรูปแบบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของคอลบ (Kolb, 1984) มี 4 ขั้นตอน คือ 1) ประสบการณ์รูปธรรม (Concrete experience) 2) การไตร่ตรอง (Reflective observation) 3) การสรุปเป็นหลักการนามธรรม (Abstract conceptualization) 4) การทดลองปฏิบัติจริง (Active experience)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย เพศ อายุ

2.2 แบบประเมินระดับความไวทางจริยธรรม (Rongsawat et al., 2021) มีข้อคำถามทั้งหมด 43 ข้อ คำตอบแบ่งเป็นคะแนน 5 ระดับ (Rating scale) ได้แก่ 5 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติเป็นประจำ/มากที่สุด จนถึง 1 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติน้อยมาก/น้อยที่สุด โดยมีคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 1-215 ซึ่งการแปลผลคะแนนรวมสูงแสดงถึงกลุ่มตัวอย่างมีความไวทางจริยธรรมมาก คะแนนรวมต่ำแสดงถึงกลุ่มตัวอย่างมีความไวทางจริยธรรมน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ความตรงของเครื่องมือ (Validity)

รูปแบบการจัดการเรียนการสอนด้านจริยธรรม ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้สอนรายวิชาจริยธรรมทางการพยาบาล จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้สอนรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล 2 จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน ทำการตรวจสอบและผลการคำนวณค่าความตรงของเครื่องมือ (IOC) เท่ากับ 1.00

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย (Reliability)

แบบประเมินความไวทางจริยธรรม (Rongsawat et al., 2021) หาความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง

จำนวน 30 ราย และนำคะแนนที่ได้วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

ก. ขั้นตอนเตรียมดำเนินการ

1. เขียนโครงการวิจัยเพื่อขออนุมัติดำเนินการและขอทุนสนับสนุน

2. ศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ สมรรถนะและคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาล รวมถึงศึกษาลักษณะของรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคทางการพยาบาล 2 ซึ่งการจัดการเรียนการสอนในรายวิชา มีระยะเวลากลุ่มละ 3 สัปดาห์ โดยนักศึกษาจะถูกแบ่งเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 5-6 คน

3. วางแผนการจัดการเรียนการสอนโดยการออกแบบรูปแบบการจัดการเรียนการสอนด้านจริยธรรม

4. ทำหนังสือขอรับการพิจารณารับรองเชิงจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

ข. ขั้นตอนดำเนินการ

ผู้วิจัยคัดเลือกนักศึกษามาตามเกณฑ์ที่กำหนด ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้

1. ปฐมนิเทศนักศึกษาทุกกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดการทำกิจกรรมการจัดการเรียนการสอน

2. ดำเนินการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน ดังนี้

กลุ่มควบคุม จำนวน 17 ราย

ภายหลังจากการได้รับการยินยอม ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ครั้งที่ 1 ให้กลุ่มควบคุมทำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง แบบประเมินความไวทางจริยธรรมก่อนทำกิจกรรมการเรียนการสอนตามปกติเป็นเวลา 3 สัปดาห์ และครั้งที่ 2 ให้กลุ่มควบคุมทำแบบประเมินความไวทางจริยธรรมเมื่อเสร็จสิ้นการตอบแบบประเมินแล้ว หลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย ผู้วิจัยจะให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และนำรูปแบบการจัดการเรียนการสอนด้านจริยธรรมไปสอนเสริมให้กับนักศึกษาในกลุ่มควบคุมและนักศึกษาที่สนใจนอกเวลาเรียน

กลุ่มทดลอง จำนวน 17 ราย

ภายหลังจากการได้รับการยินยอม ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ให้กลุ่มทดลองทำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง แบบประเมินความไวทางจริยธรรมก่อนทำกิจกรรมการจัดการเรียนการสอนโดยใช้รูปแบบการจัดการเรียนการสอนด้านจริยธรรมเป็นเวลา 3 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้ออกแบบรูปแบบการจัดการเรียนการสอนด้านจริยธรรมตามรูปแบบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของคอลล์ (Kolb, 1984) มี 4 ขั้นตอน คือ

ครั้งที่ 1 ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย

- **ขั้นตอนที่ 1 ประสบการณ์รูปธรรม** โดยผู้วิจัยจะทบทวนหลักจริยธรรมทางการพยาบาล ได้แก่ ประโยชน์ เกื้อกูล ไม่ทำอันตราย ยุติธรรม ซื่อสัตย์ เอกสิทธิ์ และการบอกความจริง ทบทวนแนวคิดจริยธรรมพื้นฐานในการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ ความเอื้ออาทร ความรับผิดชอบ การทำหน้าที่แทน และความร่วมมือ ทบทวนคุณค่าและความไวทางจริยธรรม จากนั้นผู้วิจัยให้นักศึกษาอ่านกรณีศึกษาที่ผู้วิจัยเตรียมมา ซึ่งเป็นสถานการณ์เกี่ยวกับจริยธรรมทางการพยาบาลในการปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย

- **ขั้นตอนที่ 2 การไตร่ตรอง** ผู้วิจัยให้นักศึกษาเขียนสะท้อนความคิด อารมณ์ และความรู้สึกของนักศึกษาจากสถานการณ์กรณีศึกษาทางจริยธรรม

- **ขั้นตอนที่ 3 การสรุปเป็นหลักการนามธรรม** ให้นักศึกษาเขียนวิเคราะห์ปัญหาประเด็นจริยธรรมจากสถานการณ์ทางจริยธรรมที่ผู้วิจัยได้เตรียมให้โดยใช้หลักจริยธรรมทางการพยาบาลและแนวคิดจริยธรรมพื้นฐานในการปฏิบัติการพยาบาล คุณค่าและความไวทางจริยธรรม จากนั้นให้นักศึกษาอภิปรายร่วมกัน และผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะ เพื่อให้นักศึกษาได้นำไปใช้ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล 2 ต่อไป

- **ขั้นตอนที่ 4 การทดลองปฏิบัติจริงขึ้นฝึกปฏิบัติ** ในรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล 2 จำนวน 3 สัปดาห์ และ Post Conference กับอาจารย์ประจำกลุ่มเกี่ยวกับปัญหาจริยธรรมในการปฏิบัติงาน และรับข้อเสนอแนะจากอาจารย์ประจำกลุ่มในสัปดาห์ที่ 3 ของการจัดการเรียนการสอน

ครั้งที่ 2 วันสุดท้ายของการฝึกปฏิบัติ ผู้วิจัยให้นักศึกษาอ่านกรณีศึกษาตัวอย่างที่ผู้วิจัยเตรียมมา ซึ่งเป็นสถานการณ์เกี่ยวกับจริยธรรมทางการแพทย์ในการปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย ผู้วิจัยให้นักศึกษาเขียนสะท้อนความคิดเห็น และความรู้สึกรักของนักศึกษาจากสถานการณ์กรณีศึกษาทางจริยธรรม ให้นักศึกษาเขียนวิเคราะห์ปัญหาประเด็นจริยธรรมจากสถานการณ์โดยใช้หลักจริยธรรมทางการแพทย์และแนวคิดจริยธรรมพื้นฐานในการปฏิบัติทางการแพทย์ คุณค่า และความไวทางจริยธรรม จากนั้นให้นักศึกษาอภิปรายร่วมกัน และผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะ

ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมินความไวทางจริยธรรมหลังการทำกิจกรรมการจัดการเรียนการสอนด้วยรูปแบบการจัดการเรียนการสอนด้านจริยธรรม ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องและทำการวิเคราะห์ข้อมูล อภิปรายผลการวิจัย และสรุปผลรายงานการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนคร พุทธชินราช No. 002/2566 เมื่อวันที่ 21 เมษายน พ.ศ. 2566 โดยผู้วิจัยชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ ในทุกขั้นตอนของการเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างขอออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บไว้เป็นความลับ การเผยแพร่ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น หลังจากวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จแล้วแบบสอบถามของกลุ่มทดลองจะถูกเก็บไว้เป็นระยะเวลา 5 ปีก่อนถูกนำไปทำลาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความไวทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลก่อนและภายหลังได้รับรูปแบบการจัดการเรียนการสอนด้านจริยธรรม ใช้สถิติ Wilcoxon sign rank test

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความไวทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลหลังได้รับรูปแบบการจัดการเรียนการสอนด้านจริยธรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ Mann Whitney U test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเพศชาย ร้อยละ 10.71 เพศหญิง ร้อยละ 89.29 กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 20.17 ปี (S.D. = 0.53) และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 20.00 ปี (S.D. = 0.35) เกรดเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม เท่ากับ 3.01 (S.D. = 0.16) และกลุ่มทดลอง เท่ากับ 3.09 (S.D. = 0.26)

ส่วนที่ 2 ผลของการทดสอบสมมติฐาน พบว่า คะแนนความไวทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลก่อนได้ รับรูปแบบการจัดการเรียนการสอนด้านจริยธรรม มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 185.35 (S.D. = 0.75) คะแนนหลังการได้รับรูปแบบการจัดการเรียนการสอนด้านจริยธรรม มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 212.41 (S.D. = 0.61) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความไวทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังได้รับรูปแบบการจัดการเรียนการสอนด้านจริยธรรม โดยใช้สถิติ Wilcoxon sign rank test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายไม่ปกติ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการได้รับรูปแบบการจัดการเรียนการสอนด้านจริยธรรม มีคะแนนความไวทางจริยธรรมมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 1)

ส่วนที่ 3 ผลของการทดสอบสมมติฐาน พบว่า คะแนนความไวทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลก่อนได้รับรูปแบบการจัดการเรียนการสอนด้านจริยธรรม มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 185.35 (S.D. = 0.75) คะแนนหลังการได้รับรูปแบบการจัดการเรียนการสอนด้านจริยธรรม มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 212.41 (S.D. = 0.61) ส่วนคะแนนความไวทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลก่อนได้รับการจัดการเรียนการสอนตามปกติ มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 200.41 (S.D. = 0.50) คะแนนความไวทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลหลังได้รับการจัดการเรียนการสอนตามปกติ มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 204.53 (S.D. = 0.87) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความไวทางจริยธรรมของนักศึกษาที่ได้รับรูปแบบการจัดการเรียนการสอนด้านจริยธรรมและคะแนน

ความไวทางจริยธรรมของนักศึกษาได้รับการจัดการเรียนการสอนตามปกติ โดยใช้สถิติ Mann Whitney U test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายไม่ปกติ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากได้รับรูปแบบการจัดการเรียนการสอน

ด้านจริยธรรมของกลุ่มทดลองมีคะแนนความไวทางจริยธรรม มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 คะแนนความไวทางจริยธรรมก่อนและหลังรูปแบบการจัดการเรียนการสอนด้านจริยธรรม ($n = 17$)

ความไวทาง จริยธรรม	ก่อนทดลอง		หลังการทดลอง		Z	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
กลุ่มทดลอง	185.35	0.75	212.41	0.61	-3.67	<0.001***

*** $p < 0.001$

ตารางที่ 2 คะแนนความไวทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการทดลอง เปรียบเทียบคะแนนความไวทางจริยธรรมของนักศึกษาที่ได้รับรูปแบบการจัดการเรียนการสอนด้านจริยธรรม และคะแนนความไวทางจริยธรรมของนักศึกษาที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนตามปกติ ($n = 34$)

ความไวทาง จริยธรรม	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		Z	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ก่อนทดลอง	200.41	0.50	185.35	0.75	-3.63	< 0.001***
หลังการทดลอง+ง	204.53	0.87	212.41	0.61	-3.39	< 0.001***

*** $p < 0.001$

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยตามสมมติฐานข้อที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความไวทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล ภายหลังจากได้รับรูปแบบการจัดการเรียนการสอนด้านจริยธรรม สูงกว่าก่อนได้รับรูปแบบการจัดการเรียนการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากรูปแบบการจัดการเรียนการสอนด้านจริยธรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ส่งเสริมให้นักศึกษาได้เรียนรู้ผ่านการคิดวิเคราะห์ การสะท้อนคิด และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับสถานการณ์ทางจริยธรรม ซึ่งช่วยให้นักศึกษาสามารถรับรู้ปัญหาทางจริยธรรมและตระหนักถึงผลกระทบของการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติ การพยาบาลได้ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้ระดับความไวทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลเพิ่มขึ้นภายหลังจากการจัดการเรียน

การสอน ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ ลูทเซน และคณะ (Lutzen et al., 2006) ที่กล่าวว่า ความไวทางจริยธรรมเป็นความสามารถของบุคลากรทางสุขภาพ ในการรับรู้สถานการณ์ที่มีประเด็นทางจริยธรรม รวมทั้งตระหนักถึงผลกระทบของการตัดสินใจต่อผู้ป่วย ซึ่งความสามารถดังกล่าวสามารถพัฒนาได้ผ่านกระบวนการเรียนรู้ และประสบการณ์ทางวิชาชีพ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของปาร์คและคณะ (Park, Kjervik, Crandell, & Oermann, 2012) ที่พบว่าการจัดการเรียนการสอนด้านจริยธรรมมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาความไวทางจริยธรรมและการให้เหตุผลเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล ผลการวิจัยครั้งนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง การพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์เพื่อเสริมสร้างคุณธรรม จริยธรรมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล

ในระยะหลังคลอดของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 โดยใช้รูปแบบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของคอลด์ (Kolb, 1984) ซึ่งพบว่า นักศึกษาพยาบาลที่เข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเชิงจริยธรรมภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์เปิดโอกาสให้นักศึกษาได้เรียนรู้จากสถานการณ์จริง การสะท้อนคิด และการประยุกต์ใช้ความรู้ทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล ส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณธรรมและจริยธรรมในการปฏิบัติวิชาชีพ (Sriaporn et al., 2013)

ผลการวิจัยตามสมมติฐานข้อที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความไวทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลที่ได้รับรูปแบบการจัดการเรียนการสอนด้านจริยธรรมดีกว่าของนักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการจัดการเรียนการสอนด้านจริยธรรมที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยส่งเสริมและพัฒนาความไวทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากรูปแบบการจัดการเรียนการสอนดังกล่าวเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้เรียนรู้ผ่านกระบวนการคิดวิเคราะห์ การอภิปรายประเด็นทางจริยธรรม การสะท้อนคิดจากประสบการณ์ และการเชื่อมโยงความรู้ทางจริยธรรมกับสถานการณ์ทางคลินิก ซึ่งช่วยให้ นักศึกษาสามารถรับรู้และตระหนักถึงปัญหาทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ การจัดการเรียนรู้ที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้เรียนยังช่วยกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการตระหนักถึงผลกระทบของการตัดสินใจทางจริยธรรมต่อผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ ส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลมีการพัฒนาความสามารถในการวิเคราะห์สถานการณ์และตัดสินใจเชิงจริยธรรมได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของลูทเซน และคณะ (Lutzen et al., 2006) ที่อธิบายว่าความไวทางจริยธรรมเป็นความสามารถของบุคลากรทางสุขภาพในการรับรู้สถานการณ์ที่มีประเด็นทางจริยธรรม การตระหนักถึงผลกระทบของการตัดสินใจ และการแสดงพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณธรรมและความเอื้ออาทร

ผลการวิจัยครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความไวทางจริยธรรม

ของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งพบว่า ความไวทางจริยธรรมเป็นองค์ประกอบสำคัญของสมรรถนะวิชาชีพพยาบาล และสามารถพัฒนาได้ผ่านการจัดการเรียนรู้ด้านจริยธรรม การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงและการสะท้อนประสบการณ์ทางคลินิก โดยการพัฒนาความไวทางจริยธรรมจะช่วยให้พยาบาลสามารถรับรู้ความท้าทายทางจริยธรรม ตัดสินใจอย่างเหมาะสม และส่งเสริมคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของโคและคณะ (Ko, Cho, Sun, Ngan, & Chan, 2024) ที่พบว่าความไวทางจริยธรรมมีความสัมพันธ์กับการตระหนักรู้ด้านจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล และเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้เรียนสามารถตัดสินใจในประเด็นทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นในบริบทการดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งการศึกษาของหยาง (Yang, 2024) ที่พบว่าความไวทางจริยธรรมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการตระหนักรู้ด้านจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล และแนะนำว่าควรมีการจัดโปรแกรมการเรียนรู้ที่ช่วยส่งเสริมความไวทางจริยธรรมในหลักสูตรการศึกษายาพยาบาล นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับงานวิจัยที่ใช้รูปแบบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของคอลด์ (Kolb, 1984) ในการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล ซึ่งพบว่า การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์จริง การสะท้อนคิด และการประยุกต์ใช้ความรู้ในสถานการณ์จำลองหรือสถานการณ์จริง สามารถช่วยพัฒนาทักษะทางวิชาชีพและความสามารถในการคิดวิเคราะห์ของนักศึกษาได้อย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้งการศึกษาที่พบว่า การจัดการกิจกรรมการเรียนรู้ตามรูปแบบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของคอลด์ (Kolb, 1984) ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลเกิดการตระหนักถึงคุณค่าของชีวิตและความรับผิดชอบต่อผู้อื่น ส่งผลให้เกิดการพัฒนาจิตสำนึกด้านจริยธรรมและการเคารพคุณค่าความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย จากผลการวิจัยดังกล่าวจึงสามารถอธิบายได้ว่า รูปแบบการจัดการเรียนการสอนด้านจริยธรรมที่เน้นการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ การสะท้อนคิด และการมีส่วนร่วมของผู้เรียน สามารถช่วยพัฒนาความไวทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยเตรียมความพร้อมให้นักศึกษาสามารถเผชิญกับสถานการณ์ทางจริยธรรมที่ซับซ้อนในการปฏิบัติการพยาบาลในอนาคตและนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการสร้างบัณฑิตพยาบาล

ที่มีคุณธรรม จริยธรรม และมีความรับผิดชอบต่อวิชาชีพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีรูปแบบการจัดการเรียนการสอนด้านจริยธรรมไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีความไวทางจริยธรรมมากขึ้น เป็นประโยชน์ต่อการฝึกภาคปฏิบัติและการทำงานในวิชาชีพพยาบาลในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยต่อไป

1. ควรเพิ่มจำนวนของกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้นเพื่อยืนยันประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดการเรียนการสอนด้านจริยธรรม

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อต่อยอดเกี่ยวกับการพัฒนาความไวทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล โดยศึกษารูปแบบการบูรณาการจริยธรรมในการจัดการเรียนการสอนทางคลินิก เพื่อส่งเสริมความสามารถในการรับรู้และการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ที่สนับสนุนทุนวิจัยในครั้งนี้และขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

Burns, N., & Grove, S. K. (2010). *Understanding nursing research: Building an evidence-based practice* (5th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.

Chaowalit, A., & Sutharangsee, W. (2001). Curriculum development for ethical education in the Bachelor of Nursing Science program. *In Proceedings of the 3rd National Nursing Education Seminar: Development of Bachelor of Nursing Science education to respond to Thai health service system reform*. Bangkok: Saksopa Printing. [In Thai].

Danacı, E., & Kavalalı Erdoğan, T. (2025). Ethical principles, sensitivity, and caring behaviors among nursing students: A cross-sectional study. *BMC Nursing*, 24, 970.

Inthararat, A. (2014). Ethical sensitivity: Concepts and applications for nursing education. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*, 15(2), 141-147. [In Thai].

Ko, Y. K., Cho, C., Sun, S., Ngan, O. M., & Chan, H. Y. (2024). Moral sensitivity and academic ethical awareness of nursing and medical students: A cross-sectional survey. *Nursing Ethics*, 31(8), 1499-1512.

Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Lutzen, K., Dahlqvist, V., Eriksson, S., & Norberg, A. (2006). Developing the concept of moral sensitivity in health care practice. *Nursing Ethics*, 13(2), 187-196.

Mamom, J., & Raethong, P. (2014). Effects of instructional management models in adult and elderly nursing practicum courses on ethical attitudes of nursing students, Faculty of Nursing, Thammasat University. *Journal of Science and Technology*, 22(5), 731-742. [In Thai].

Nalubega, S., Munguiko, C., Varghese, M., Kateregga, J., Collete, A., Masereka, E. M., Pandarakutty, S. (2026). Barriers and facilitators of clinical nursing education in the 21st century: A qualitative systematic review. *Nurse Education Today*, 160, 106992.

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.

- Rongsawat, A., Wannawilai, P., Chotiban, P., Nase, J., Jitwiboon, A., & Kaewmakhal, O. (2021). Development of an authentic learning-based instructional model to enhance ethical sensitivity among nursing students, Boromarajonani College of Nursing. *Journal of Southern College Network of Nursing and Public Health*, 8(3), 198-212. [In Thai].
- Sriaporn, P., Chuto, P., Suphawitphatthana, B., & Tantranon, K. (2013). Development of experiential learning activities to enhance morality and ethics in postpartum nursing practicum among fourth-year nursing students. *Nursing Journal*, 40(1), 74-88. [In Thai].
- Wongsuwan, N. (2014). Studying students' moral reasoning. *Journal of Education Review*, 1(1), 43-57. [In Thai].
- Yang, Y. (2024). Influences of digital literacy and moral sensitivity on artificial intelligence ethics awareness among nursing students. *Healthcare*, 12(21), 2172.

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลแผลเรื้อรังที่บ้านต่อการหายของแผล

ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

**Effects of Home-Based Chronic Wound Care Promotion Program on Wound Healing,
Knowledge and Self-care Behavior Among Patients with Chronic Wounds**

ภิญญา วงศาโรจน์ (Pinyada Wongsaraj)*

วราภรณ์ ไชยโคตร (Waraporn Chaikod)**

Received: January 26, 2026

Revised: March 16, 2026

Accepted: May 15, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลแผลเรื้อรังที่บ้านต่อการหายของแผล ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ ผู้ป่วยแผลเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองพิษณุโลก รับการรักษาเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 42 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความรู้ ค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ 0.86 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื้อรัง ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89 และ 4) แบบประเมินติดตามการหายของแผลโดยใช้ Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH Tool) Version 3.0 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 และโปรแกรมส่งเสริมการดูแลแผลเรื้อรังที่บ้านตนเอง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Case Theory) ร่วมกับแนวคิดการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และการหายของแผลติดตามผล 3 ครั้ง โดยใช้สถิติ Repeated measures ANOVA

*Corresponding author: Pinyada Wongsaraj; E-mail: misspinyada1972@gmail.com

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก (Senior Professional Nurse, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital)

**นักสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก (Public Health Officer, Professional Level, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital)

ผลการวิจัย พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$) และการหายของแผลสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

สรุปได้ว่าโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลแผลเรื้อรังที่บ้าน ช่วยเพิ่มความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และส่งเสริมการหายของแผล สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังที่บ้าน

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลแผลเรื้อรังที่บ้าน, แผลเรื้อรัง, การหายของแผล, ผู้ป่วยแผลเรื้อรัง, พฤติกรรมการดูแลตนเอง

Abstract

This study employed a quasi-experimental design using a one-group pretest–posttest approach. The objective was to examine the effects of a home-based chronic wound care promotion program on wound healing, knowledge, and self-care behaviors among patients. The sample was selected using purposive sampling and consisted of 42 patients with chronic wounds residing in Mueang Phitsanulok District, who received care within the health service network of Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital.

The research instruments included: (1) a demographic questionnaire; (2) a knowledge questionnaire with a reliability coefficient (KR-20) of 0.86; (3) a self-care behavior questionnaire with a Cronbach's alpha coefficient of 0.89; and (4) a wound healing assessment tool using the Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH Tool), Version 3.0, with a reliability coefficient of 0.91.

The intervention program was developed based on Orem's Self-Care Theory combined with the concept of participatory learning. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and repeated measures ANOVA to assess wound healing outcomes across three follow-up measurements.

The results revealed that, after receiving the program, participants demonstrated significantly higher knowledge and self-care behavior scores compared to before the intervention ($p < 0.001$). In addition, wound healing outcomes significantly improved ($p < 0.001$).

In conclusion, the home-based chronic wound care promotion program effectively enhanced patients' knowledge, improved self-care behaviors, and promoted wound healing. The program can be applied to further develop models of home-based care for patients with chronic wounds.

Keywords: Home-based chronic wound care program, Chronic wounds, Wound healing, Chronic wound patients, Self-care behavior

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แผลเรื้อรัง (Chronic wounds) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับโลก ระดับประเทศ และระดับพื้นที่ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตามการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แผลเรื้อรังหมายถึงแผลที่ไม่สามารถดำเนินไปตามกระบวนการสมานแผลได้ตามปกติ หรือไม่หายภายในระยะเวลาที่เหมาะสม โดยระยะเวลาที่ใช้ในการพิจารณาแตกต่างกันตามชนิดของแผลและเกณฑ์ในการศึกษา ซึ่งส่วนใหญ่กำหนดตั้งแต่ 4-12 สัปดาห์ หรือมากกว่า 3 เดือน (Kyaw, Järbrink, Martinengo, Car, Harding, & Schmidtchen, 2018) แผลเรื้อรังที่พบได้บ่อย ได้แก่ แผลกดทับ แผลเท้าเบาหวาน และแผลจากความผิดปกติของหลอดเลือด ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ รวมถึงก่อให้เกิดการระดมทรัพยากร ผู้ดูแล และระบบบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ (Guest et al., 2020) โดยเฉพาะแผลเท้าเบาหวานซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการติดเชื้อ การเข้ารับการรักษาซ้ำและการสูญเสียอวัยวะในผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Armstrong, Boulton, & Bus, 2017) นอกจากนี้ การศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบยังพบว่าแผลเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก และเป็นภาวะที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องในระยะยาว ส่งผลให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นในหลายประเทศ (Martinengo et al., 2020) สำหรับประเทศไทย พบว่าปัญหาแผลเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งสะท้อนถึงความสัมพันธ์ระหว่างโรคเรื้อรังกับกระบวนการหายของแผลที่ล่าช้า จากรายงานสถานการณ์สุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในปี 2566 -2568 จำนวน 65,329 ราย 67,353 ราย 70,743 ราย ตามลำดับ พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนทางเท้าคิดเป็นร้อยละ 1.89 3.87 และ 1.53 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาในระดับอำเภอพิษณุโลก ในปี 2566-2568 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางเท้า คิดเป็นร้อยละ 4.92, 4.13 และ 4.68 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับจังหวัด ส่งผลให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดแผลเรื้อรัง (Health Data Center, 2025) ทั้งนี้ นโยบายด้านสาธารณสุขของประเทศไทย

ได้ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการดูแลตนเองและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ผ่านแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570) และยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2561-2580) ซึ่งมุ่งเน้นการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพแบบต่อเนื่องและการเสริมสร้างศักยภาพด้านสุขภาพของประชาชน (Ministry of Public Health, 2023) สำหรับจังหวัดพิษณุโลก ข้อมูลจากหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่สะท้อนว่า ผู้ป่วยแผลเรื้อรังยังคงเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุและผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่ โดยอำเภอเมืองพิษณุโลกเป็นพื้นที่ที่มีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับบริการด้านแผลเรื้อรังมากที่สุดของจังหวัด ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการด้านสุขภาพของประชาชนในระดับพื้นที่และความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน

การเกิดและการคงอยู่ของแผลเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับหลายปัจจัย ทั้งด้านบุคคล ภาวะสุขภาพ พฤติกรรม และระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะ โรคเบาหวานและโรคหลอดเลือด ภาวะโภชนาการที่ไม่เหมาะสม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่มีประสิทธิภาพ การดูแลแผลที่ไม่ถูกต้อง รวมถึงข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพและการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง (Bowers & Franco, 2020) ปัจจัยดังกล่าวส่งผลให้กระบวนการสมานแผลล่าช้า เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ภาวะแทรกซ้อน การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำและการเกิดแผลซ้ำในระยะยาว นอกจากนี้ ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งยังขาดความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลแผลอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ปัญหาแผลเรื้อรังไม่ได้เกิดจากพยาธิสภาพของโรคเพียงอย่างเดียว แต่ยังเกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและบริบทของระบบบริการสุขภาพ ทั้งนี้ แม้ระบบบริการสุขภาพจะมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องแต่แผลเรื้อรังยังคงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ (Sen, 2021) ดังนั้น การพัฒนาแนวทางดูแลที่มุ่งเน้นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และการ

มีส่วนร่วมของครอบครัวจึงมีความสำคัญต่อการลดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โปรแกรมส่งเสริมการดูแลแผลเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพควรมุ่งเน้นการพัฒนาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยเฉพาะการให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของแผล หลักการดูแลแผลที่ถูกต้อง การป้องกันการติดเชื้อ การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมกระบวนการสมานแผล โปรแกรมที่ประกอบด้วย การให้ความรู้ การสาธิต การฝึกปฏิบัติ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและสามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น (Richard & Shea, 2011) นอกจากนี้ แนวคิดการจัดการโรคเรื้อรังในปัจจุบันยังให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้านสุขภาพและสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิตในระยะยาว (Bodenheimer, Lorig, Holman, & Grumbach, 2002) การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแผลเรื้อรังและผู้ป่วยเบาหวานยังพบว่า การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยร่วมกับการพัฒนาทักษะการดูแลตนเอง สามารถช่วยส่งเสริมกระบวนการหายของแผล ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มความร่วมมือในการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Armstrong et al., 2017)

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการขาดดุลการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมเนื่องจากทฤษฎีดังกล่าวอธิบายว่า บุคคลจำเป็นต้องมีความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมการฟื้นฟูสุขภาพ เมื่อบุคคลมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองพยาบาลจึงมีบทบาทในการสนับสนุน ชี้แนะ ให้ความรู้ และส่งเสริมการฝึกทักษะที่เหมาะสมกับบริบทและศักยภาพของผู้ป่วย ผ่านระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-educative nursing system) (Orem, 2001) โดยการศึกษาครั้งนี้ครอบคลุมความต้องการ

การดูแลตนเอง (Self-care requisites) ทั้งด้านความต้องการพื้นฐานทั่วไป (Universal Self-Care Requisites) ความต้องการตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self-Care Requisites) และความต้องการเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites) ควบคู่กับแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ ความเข้าใจ ความมั่นใจ และสามารถดูแลแผลด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ทั้งนี้ ในด้านกลไกของผลลัพธ์ พบว่า “ความรู้” เป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของการเกิดแผล หลักการดูแลแผลที่เหมาะสม และแนวทางป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เช่น การทำแผลอย่างถูกวิธี การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การดูแลสุขอนามัย และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อกระบวนการสมานแผล (Richard & Shea, 2011) เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสมและปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง จะส่งผลต่อกระบวนการสมานแผลโดยตรง ทั้งในด้านการลดการอักเสบ การลดการติดเชื้อ การส่งเสริมการไหลเวียนโลหิต และการกระตุ้นการสร้างเนื้อเยื่อใหม่ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้แผลหายเร็วขึ้นและลดโอกาสเกิดแผลซ้ำ (Armstrong et al., 2017)

แม้ว่าที่ผ่านมาจะมีการศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยแผลเรื้อรังอยู่จำนวนหนึ่ง แต่ยังพบข้อจำกัดของการพัฒนาโปรแกรมที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยเฉพาะโปรแกรมที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มร่วมกับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบ เพื่อพัฒนาความรู้ พฤติกรรมในการดูแลตนเอง และส่งเสริมการหายของแผลในผู้ป่วยแผลเรื้อรัง นอกจากนี้ ยังพบว่าการศึกษาส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ทางคลินิกเพียงบางด้าน ขณะที่ข้อมูลเกี่ยวกับผลของโปรแกรมต่อความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในบริบทชุมชนยังมีจำกัด ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลแผลเรื้อรังที่บ้านต่อการหายของแผล ความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนให้มีประสิทธิภาพ

สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

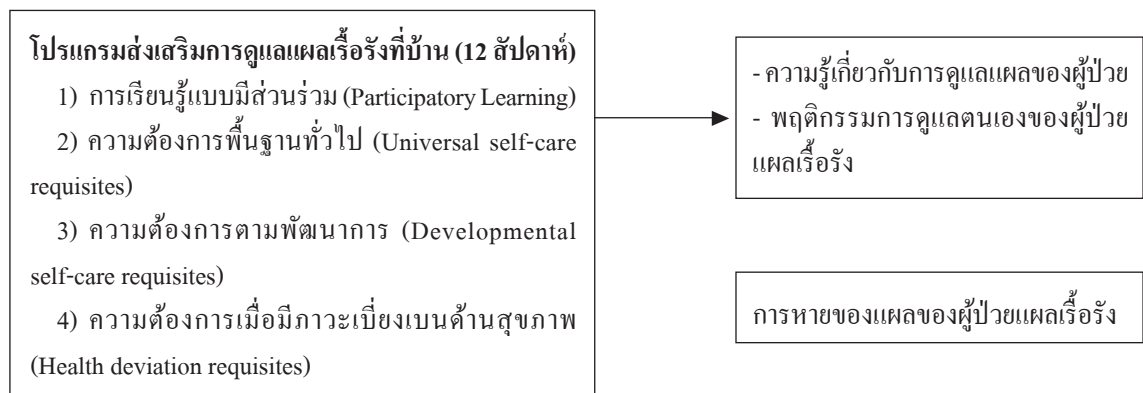
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลของผู้ป่วยแผลเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลแผลเรื้อรังที่บ้าน
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลแผลเรื้อรังที่บ้าน
3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการหายของแผลของผู้ป่วยเรื้อรังก่อนเข้าร่วมได้รับโปรแกรมสัปดาห์ที่ 6 และหลังเข้าร่วมได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลแผลเรื้อรังที่บ้าน

สมมุติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรัง ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลแผลเรื้อรังที่บ้านมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลสูงกว่าก่อนการทดลอง
2. ผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรัง ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลแผลเรื้อรังที่บ้านมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลอง
3. ผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลแผลเรื้อรังที่บ้านมีการหายของแผลสูงกว่าก่อนการทดลอง คิดตามผล 3 ครั้ง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Theory) ซึ่งเน้นการเสริมสร้างความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง โดยผสมผสานกับแนวคิดการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) ที่ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิเคราะห์ปัญหาเป็นกรอบแนวคิดซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pretest Posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลแผลเรื้อรังที่บ้าน ต่อการหายของแผล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผล และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ศึกษาในผู้ป่วยแผลเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองพิษณุโลก ได้รับการรักษาเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ช่วงเดือนกันยายน 2568 จำนวน 42 ราย โดยได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลแผลเรื้อรังที่บ้าน 3 กิจกรรม ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการดูแลแผลของผู้ป่วย 2) การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 3) ระบบสนับสนุนการดูแลตนเอง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Theory) ร่วมกับแนวคิดการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory learning) ใช้เวลาทดลองจำนวน 12 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยแผลเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองพิษณุโลก ได้รับการรักษาเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ปี 2568 จำนวน 105 ราย

กลุ่มตัวอย่าง วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ผู้ป่วยแผลเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองพิษณุโลก ได้รับการรักษาเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ช่วงเดือนกันยายน 2568 จำนวน 42 ราย ในการทดลองใช้กลุ่มตัวอย่างแบบ One group การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% อำนาจการทดสอบ 80% และขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.5 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลปานกลาง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำจำนวน 35 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Drop out) ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15 รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 42 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรังที่ไม่หายสนิทเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 สัปดาห์ (แผลเบาหวาน แผลกดทับ หรือแผลจากความผิดปกติของหลอดเลือดดำ) 2) อายุ 18-65 ปี 3) เข้าร่วมกิจกรรม

ได้ตลอดโปรแกรมครบตลอด 12 สัปดาห์ และ 4) ไม่อยู่ในภาวะคิดเชือรุนแรงของแผลที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้ครบทุกขั้นตอนของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลแผลเรื้อรังที่บ้าน และ 2) ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวรุนแรง เช่น ไตวายระยะสุดท้าย มะเร็งระยะลุกลาม ที่อาจส่งผลกระทบต่อการศึกษาของแผล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลแผลเรื้อรัง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรม โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ร่วมกับแนวคิดการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นแนวทาง โดยใช้แนวคิดการส่งเสริมการดูแลตนเองตามทฤษฎีของ Orem ซึ่งมุ่งเน้นการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency) ผ่านองค์ประกอบของความต้องการการดูแลตนเอง (Self-Care Requisites) ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ความต้องการพื้นฐานทั่วไป (Universal Self-Care Requisites) การดูแลความสะอาดของแผลและโภชนาการ ความต้องการตามพัฒนาการ (Developmental Self-Care Requisites) เช่น การปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วย ความต้องการเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites) เช่น การดูแลแผลเรื้อรังและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและนำมาส่งเสริมตามส่งเสริมผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วย การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา การฝึกปฏิบัติจริง และการสะท้อนผลการเรียนรู้ (Reflection) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งตัวโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นมาจาก 2 แนวคิดดังกล่าวจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีบทบาทในกระบวนการเรียนรู้จริง โดยมี 3 กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การมีส่วนร่วมในการดูแลแผลของผู้ป่วย ประกอบด้วย การประเมินแผล สุขภาพ ความรู้ความสามารถในการดูแลแผลของผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้ง

เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการเรียนรู้จากผู้ป่วยอื่น กิจกรรมที่ 2 การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 การสร้างความตระหนัก ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับแผล และการดูแลแผล การให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการสำหรับผู้ป่วยแผลเรื้อรัง การให้ความรู้เกี่ยวกับการทำกายภาพสำหรับผู้ป่วยแผลเรื้อรัง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วย การค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการดูแลแผล ระยะที่ 2 การพัฒนาทักษะ ประกอบด้วย การสาธิต และฝึกปฏิบัติการดูแลแผล การประเมินลักษณะแผล และการสังเกตอาการผิดปกติ ระยะที่ 3 การประยุกต์ใช้ ประกอบด้วย การวางแผนการดูแลเฉพาะราย การปฏิบัติการดูแลโดยมีพยาบาล กิจกรรมที่ 3 ระบบสนับสนุนการดูแลตนเอง ประกอบด้วย ติดตามเยี่ยมบ้าน และประเมินการดูแลแผลที่บ้าน การให้คำแนะนำและช่วยเหลือตามสภาพปัญหา และการส่งเสริมและให้กำลังใจในการดูแลแผลอย่างต่อเนื่อง ตัวโปรแกรมประกอบไปด้วย

- 1) แผนกิจกรรมการดูแลแผลเรื้อรังที่บ้าน
- 2) คู่มือการดูแลแผลเรื้อรังที่บ้าน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล มีดังนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ระยะเวลาการเป็นแผล ตำแหน่งของแผลเรื้อรัง การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และ น้ำตาลในเลือด จำนวน 11 ข้อ

2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลเรื้อรัง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ซึ่งประกอบด้วยคำถามเชิงบวก จำนวน 14 ข้อ และคำถามเชิงลบ จำนวน 6 ข้อ ซึ่งลักษณะคำถามโดยกำหนดค่าคะแนนตัวเลือก ถูก ให้เท่ากับ 1 ผิดหรือไม่ทราบ ให้เท่ากับ 0 เกณฑ์การให้คะแนนจัดระดับความรู้เป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ประเมินแบบอิงเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้ ได้คะแนน 14-20 มีความรู้ระดับดี ได้คะแนน 8-13 มีความรู้ระดับปานกลาง ได้คะแนน 0-7 มีความรู้ระดับปรับปรุง

3) แบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยแผลเรื้อรัง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และแนวคิดที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน

20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) โดยกำหนดค่าคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน และแปลผลคะแนนโดยใช้เกณฑ์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้ ได้คะแนน 74-100 มีพฤติกรรมระดับดี ได้คะแนน 47-73 มีพฤติกรรมระดับปานกลาง ได้คะแนน 20-46 มีพฤติกรรมระดับปรับปรุง

4) แบบประเมินติดตามการหายของแผล ด้วยเครื่องมือ PUSH Tool Version 3.0 ซึ่งพัฒนาโดย National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP) ประกอบด้วย การประเมิน 3 ด้าน ได้แก่ ขนาดของแผล ปริมาณสารคัดหลั่ง และลักษณะเนื้อเยื่อ โดยมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-17 คะแนน ซึ่งคะแนนที่ลดลงแสดงถึงการหายของแผลที่ดีขึ้น แบ่งเกณฑ์การให้คะแนน 3 ส่วน 1. ขนาดของแผลกว้าง×ยาว (โดยใช้ไม้วัดอันเค็มวัด) แบ่งเป็น 10 คะแนน 2. ปริมาณสารคัดหลั่ง แบ่งเป็น 4 คะแนนย่อย และ 3. ลักษณะของแผล แบ่งเป็น 3 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 17 คะแนน การแปลผล คะแนน 17 คะแนน หมายถึง แผลไม่ดีขึ้น แผลที่ดีขึ้น คะแนนจะลดลงเรื่อย ๆ คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน หมายถึง แผลหายแล้ว

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลแผลเรื้อรังที่บ้าน ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และความชัดเจนของการใช้ภาษาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญ และอาจารย์พยาบาล โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลแผลเรื้อรังที่บ้านประเมินความตรงโดยใช้ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.93

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน เพื่อประเมินคุณภาพของเครื่องมือวิจัย แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลเรื้อรัง ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์

(Index of Item–Objective Congruence: IOC) ได้ค่าอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้จากนั้นนำไปทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson Formula 20: KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 ซึ่งแสดงว่าแบบสอบถามมีความเชื่อมั่นในระดับดี (Kuder & Richardson, 1937) สำหรับแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยแผลเรื้อรัง ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยใช้ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) มีค่าเท่ากับ 0.95 ซึ่งแสดงว่าแบบสอบถามมีความเหมาะสมและครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการวัด และเมื่อนำไปทดสอบความเชื่อมั่น พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.89 แสดงถึงความสอดคล้องภายในของเครื่องมือในระดับสูง ส่วนแบบประเมินการหายของแผล Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH Tool Version 3.0) เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ในการประเมินลักษณะและกระบวนการหายของแผล โดยจากการศึกษาของรารรรณแสนโคตร และคณะ (Saenkhrot, Mato, & Aomtachaaya, 2016) พบว่าเครื่องมือดังกล่าวมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95

การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เลขที่ HREC 136/2568 ลงวันที่ 26 สิงหาคม 2568 ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และลงชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัย ซึ่งข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง ถือเป็นความลับ นำเสนอข้อมูลในภาพรวม และในระหว่างการศึกษา กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ โดยไม่มีผลต่อมาตรฐานการพยาบาลและการรักษาใดๆ ของกลุ่มตัวอย่าง ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ และแจ้งสิทธิการปฏิเสธหรือตอบรับในการเข้าร่วมวิจัย โดยจะไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาที่จะได้รับและบริการที่ได้รับ ซึ่งข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับ นำเสนอข้อมูลในภาพรวม และมีการทำลายข้อมูลหลังเสร็จสิ้นการวิจัย 2 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เพื่อเป็นการพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้รับการพิจารณาและรับรองแล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการขั้นตอนต่อไป มีผู้ป่วยครบเกณฑ์ 42 คน ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดการดำเนินงานให้แก่หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลชุมชน ทิมสหวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ช่วยเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ประกอบด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 18 แห่ง และศูนย์สุขภาพเมือง จำนวน 3 แห่ง เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มทดลอง แนะนำตัว และอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย เมื่อผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้ผู้ป่วยลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบประเมินแผล

หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลแผลเรื้อรังที่บ้าน ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 การมีส่วนร่วมในการดูแลแผลของผู้ป่วย 1) ประเมินแผลของผู้ป่วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลเรื้อรัง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื้อรัง ระดับน้ำตาลในเลือด และ 2) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการเรียนรู้จากผู้ป่วยอื่น

สัปดาห์ที่ 2-3 กิจกรรมที่ 2 การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ระยะที่ 1 การสร้างความตระหนัก โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับแผล และการดูแลแผล การให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการสำหรับผู้ป่วยแผลเรื้อรัง การให้ความรู้เกี่ยวกับการกายภาพสำหรับผู้ป่วยแผลเรื้อรัง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วย และการค้นหาคำปัญหาและอุปสรรคในการดูแลแผล

สัปดาห์ที่ 4 ระยะที่ 2 การพัฒนาทักษะ การสาธิตและฝึกปฏิบัติการดูแลแผล การประเมินลักษณะแผลและการสังเกตอาการผิดปกติ

สัปดาห์ที่ 5-10 ระยะที่ 3 การประยุกต์ใช้ โดยการวางแผนการดูแลเฉพาะรายการปฏิบัติการดูแลโดยมีพยาบาลและติดตามเยี่ยมบ้าน และประเมินการดูแลแผลที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 11-12 การให้คำแนะนำและช่วยเหลือตามสภาพปัญหา การส่งเสริมและให้กำลังใจในการดูแลแผลอย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลเรื้อรัง พฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

3. การเปรียบเทียบการหายของแผลวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Repeated Measures ANOVA เนื่องจากมีการวัดซ้ำจำนวน 3 ระยะ ได้แก่ ก่อนการทดลอง ระหว่างการติดตามและหลังการทดลอง และทำการเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยแผลเรื้อรัง จำนวน 42 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.76 อยู่ในช่วงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ร้อยละ 45.23 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา จำนวนเท่ากัน ร้อยละ 33.33 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 78.57 โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 54.54 มีระยะเวลาการเป็นแผลเรื้อรัง 1-3 เดือน ร้อยละ 59.52 ตำแหน่งของแผลเรื้อรัง พบว่าอยู่บริเวณเท้า/ขา ร้อยละ 64.29 สำหรับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ไม่เคยสูบบุหรี่หรือเคยสูบแต่เลิกแล้ว ร้อยละ 83.33 ในด้านการดื่มสุรา พบว่า ไม่เคยดื่มหรือเคยดื่มแต่เลิกแล้ว ร้อยละ 73.81 และด้านค่าระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 73.81

2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลของผู้ป่วยแผลเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลแผลเรื้อรังที่บ้าน

เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลของผู้ป่วยแผลเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลแผลเรื้อรังที่บ้าน พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลเท่ากับ 13.48 คะแนน S.D. = 3.13 และหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลเท่ากับ 17.43 คะแนน S.D. = 1.06 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลของผู้ป่วยแผลเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลแผลเรื้อรังที่บ้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผล หลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ตารางที่ 1

3. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลแผลเรื้อรังที่บ้าน

เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยแผลเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลแผลเรื้อรังที่บ้าน พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเท่ากับ 79.02 คะแนน S.D. = 9.89 และหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเท่ากับ 82.40 คะแนน S.D. = 9.52 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยแผลเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลแผลเรื้อรังที่บ้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลเรื้อรัง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยแผลเรื้อรัง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการหายของแผลเรื้อรัง โดยใช้สถิติ Paired t-test (n = 42)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		T	p-value
	M	S.D.	M	S.D.		
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลเรื้อรัง	13.48	3.13	17.43	1.06	-7.784	< 0.001
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยแผลเรื้อรัง	79.02	9.89	82.40	9.52	-3.677	0.001

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของการหายของแผลของผู้ป่วยเรื้อรังก่อนเข้าร่วมได้รับโปรแกรม สัปดาห์ที่ 6 และหลังเข้าร่วมได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลแผลเรื้อรังที่บ้าน

เปรียบเทียบความแตกต่างการหายของแผลผู้ป่วยแผลเรื้อรังก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการดูแลแผลเรื้อรังที่บ้าน พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการหายของแผลเท่ากับ 10.78 คะแนน S.D. = 3.19 หลังได้รับโปรแกรมฯ สัปดาห์ที่ 6 กลุ่มตัวอย่าง

มีคะแนนการหายของแผลเท่ากับ 8.34 คะแนน S.D. = 3.59 และหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการหายของแผลเท่ากับ 4.71 คะแนน S.D. = 4.78 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างการหายของแผลผู้ป่วยแผลเรื้อรังก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการดูแลแผลเรื้อรังที่บ้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการหายของแผลหลังได้รับ โปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบค่าคะแนนการหายของแผลก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการหายของแผลเรื้อรัง โดยใช้สถิติ repeated measures ANOVA (n = 42)

ตัวแปร	$\bar{X}$ (S.D.)			F	p-value
	ก่อนทดลอง	สัปดาห์ 6	สัปดาห์ 12		
คะแนนการหายของแผล	10.78 (3.19)	8.34 (3.59)	4.71 (4.78)	114.67	< 0.001

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรัง ที่ได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลแผลเรื้อรังที่บ้านมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลสูงกว่าก่อนการทดลองผลการวิจัยพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลแผลเรื้อรังที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าว

สามารถส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมได้รับการออกแบบให้ครอบคลุมเนื้อหาสำคัญเกี่ยวกับการดูแลแผลเรื้อรัง ทั้งด้านการดูแลแผลอย่างถูกวิธี การป้องกันการติดเชื้อ การดูแลด้านโภชนาการ การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการฟื้นฟูสภาพร่างกายควบคู่กับการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ผ่านการซักถามแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และฝึกปฏิบัติจริง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเชื่อมโยงความรู้กับประสบการณ์ของตนเอง และนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ตามแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) ซึ่งมุ่งเน้นให้ผู้เรียนมีบทบาทสำคัญในกระบวนการเรียนรู้ โดยเปิดโอกาสให้เกิดการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการลงมือปฏิบัติจริง กระบวนการดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจที่ชัดเจน และสามารถจดจำความรู้ได้ดีกว่าการรับข้อมูลแบบทางเดียว นอกจากนี้ การศึกษาครั้งนี้ยังประยุกต์ใช้ทฤษฎีการขาดดุลการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory) ซึ่งอธิบายว่า บุคคลจำเป็นต้องมีความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุน ให้ความรู้ ชี้แนะ และส่งเสริมการฝึกทักษะที่เหมาะสม ภายใต้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-educative nursing system) (Orem, 2001) การจัดกิจกรรมตามแนวคิดดังกล่าวจึงช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ และความมั่นใจในการดูแลแผลด้วยตนเองมากยิ่งขึ้น

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของริชาร์ด และเชีย (Richard & Shea, 2011) ที่พบว่า การส่งเสริมการดูแลตนเองผ่านกระบวนการให้ความรู้และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย สามารถช่วยเพิ่มความรู้และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การศึกษาของอาร์มสตรอง และคณะ (Armstrong et al., 2017) ยังรายงานว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแล แผลร่วมกับการส่งเสริมทักษะการดูแลตนเองในผู้ป่วย แผลเท้าเบาหวาน มีส่วนสำคัญต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การลดการเกิดแผลซ้ำ และการส่งเสริมผลลัพธ์ด้านการหายของแผล ขณะเดียวกันสอดคล้องกับการศึกษาของโบเดนไฮเมอร์ และคณะ (Bodenheimer et al., 2002) อธิบายว่า โปรแกรมที่ส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วย (Self-management support) และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง จะช่วยเพิ่มความรู้ ความสามารถในการตัดสินใจด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้แนวคิดการให้ความรู้ที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered education) ยังให้ความสำคัญกับ

การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเรียนรู้และการตัดสินใจด้านสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งจะช่วยส่งเสริมความสามารถในการจัดการตนเอง ลดการพึ่งพาระบบบริการสุขภาพ และเพิ่มความเป็นอิสระในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อมีการประยุกต์ใช้แนวคิดด้านพฤติกรรม สุขภาพร่วมกับกระบวนการส่งเสริมการเรียนรู้ จะช่วยเพิ่มความต่อเนื่องในการปฏิบัติตามแผนการรักษาและส่งเสริมผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะยาวได้อย่างเหมาะสม

2. ผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรัง ที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลแผลเรื้อรังที่บ้านมีคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลอง ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลแผลเรื้อรังที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมดังกล่าวสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เหมาะสมมากขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก โปรแกรมได้รับการออกแบบให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ผ่านกระบวนการให้ความรู้ การสาธิต การฝึกปฏิบัติ และการฝึกทักษะเกี่ยวกับการดูแลแผลอย่างถูกวิธี การสังเกตอาการผิดปกติ การดูแลสุขอนามัย การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมกระบวนการสมานแผลควบคู่กับการวางแผนการดูแลเฉพาะรายตามบริบทและข้อจำกัดของผู้ป่วยแต่ละคน ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ มีความมั่นใจ และสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ การติดตามเยี่ยมบ้านและการให้กำลังใจอย่างต่อเนื่องจาก ผู้วิจัย ซึ่งเป็นบุคลากรทางการพยาบาล ยังมีส่วนช่วยในการเสริมแรงเชิงบวกและกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ กระบวนการดังกล่าว สอดคล้องกับแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Self-management support) ที่มุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน ของโบเดนไฮเมอร์ และคณะ (Bodenheimer et al., 2002) รวมทั้งสอดคล้องกับ ทฤษฎีการขาดดุลการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory) ซึ่งอธิบายว่า เมื่อนักคนได้รับการสนับสนุนด้านความรู้ การชี้แนะ และการ

ฝึกทักษะที่เหมาะสม จะช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) และส่งผลให้บุคคลสามารถปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Orem, 2001)

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของริชาร์ดและเชิซ (Richard & Shea, 2011) ที่พบว่า การส่งเสริมการดูแลตนเองผ่านกระบวนการให้ความรู้และการพัฒนาทักษะ สามารถช่วยส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ อาร์มสตรอง และคณะ (Armstrong et al., 2017) ยังรายงานว่า การดูแลตนเองอย่างเหมาะสมในผู้ป่วยแผลเท้าเบาหวาน โดยเฉพาะการดูแลแผลอย่างต่อเนื่อง การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน มีส่วนสำคัญต่อการลดการเกิดแผลซ้ำและการลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขณะเดียวกันกับการศึกษาของ เกทิน และคณะ (Gethin, Probst, Stryja, Christiansen, Price, & Harding, 2020) อธิบายว่า การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลแผลของตนเอง ร่วมกับการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จะช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษา ส่งเสริมความสามารถในการจัดการตนเอง และสนับสนุนผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น นอกจากนี้การจัดกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติจริงยังช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้อย่างมีความหมาย สามารถเชื่อมโยงความรู้กับประสบการณ์ของตนเอง และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ซึ่งถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระยะยาว โดยเฉพาะในบริบทของการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องอาศัยความรู้ ความมั่นใจและความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืน

3. ผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรังที่ได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลแผลเรื้อรังที่บ้านมีการหายของแผลสูงกว่าก่อน การทดลอง ติดตามผล 3 ครั้ง ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลแผลเรื้อรังที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการหายของแผลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง และเมื่อมีการติดตามประเมินผลต่อเนื่องจำนวน 3 ครั้ง พบว่า คะแนนการหายของแผลมีแนวโน้มลดลงอย่าง

ต่อเนื่อง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าแผลมีแนวโน้มดีขึ้นตามลำดับ ทั้งนี้ การศึกษาครั้งนี้ใช้เครื่องมือ Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH Tool Version 3.0) ในการประเมินลักษณะการหายของแผล โดยเครื่องมือดังกล่าวประเมินจากขนาดแผล ปริมาณสารคัดหลั่ง และลักษณะเนื้อเยื่อแผล ดังนั้นคะแนนที่ลดลงจึงหมายถึงแนวโน้มการหายของแผลที่ดีขึ้น ได้แก่ ขนาดแผลลดลง ปริมาณสารคัดหลั่งลดลง และลักษณะเนื้อเยื่อแผลมีการฟื้นตัวดีขึ้น

ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลแผลเรื้อรังที่บ้านมีส่วนช่วยส่งเสริมกระบวนการสมานแผลได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมความรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับการดูแลแผลอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ทำให้สามารถปฏิบัติดูแลแผลได้อย่างเหมาะสมในชีวิตประจำวัน ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และสามารถสังเกตอาการผิดปกติของแผลได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ส่งผลให้ได้รับการแก้ไขและดูแลอย่างทันท่วงที นอกจากนี้การติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ ยังช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อกระบวนการสมานแผลในระยะยาว

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีการขาดดุลการดูแลตนเองของโอเรม (Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory) ซึ่งอธิบายว่า เมื่อบุคคลได้รับการสนับสนุนด้านความรู้ การชี้แนะ และการส่งเสริมทักษะที่เหมาะสมจะเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) และส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น (Orem, 2001) การจัดกิจกรรมที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถดูแลแผลได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง จึงมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่ส่งเสริมกระบวนการสมานแผลได้อย่างเหมาะสม

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของโบลตันและคณะ (Bolton et al., 2004) ที่รายงานว่า การประเมินแผลอย่างเป็นระบบโดยใช้เครื่องมือมาตรฐานร่วมกับการบันทึกข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้บุคลากรสุขภาพสามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงของแผลและวางแผนการดูแลได้อย่างเหมาะสม ซึ่งส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านการหายของแผล

นอกจากนี้ เกทิน และคณะ (Gethin et al., 2020) ยังอธิบายว่าการดูแลแผลเรื้อรังที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ร่วมกับการติดตามต่อเนื่องจากบุคลากรสุขภาพและทีมสหวิชาชีพ จะช่วยส่งเสริมคุณภาพการดูแลและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยแผลเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาวในชุมชน

ดังนั้น ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงสะท้อนให้เห็นว่า โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลแผลเรื้อรังที่บ้าน ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้ การฝึกทักษะ การติดตามเยี่ยมบ้าน และการประเมินผลอย่างเป็นระบบโดยใช้ PUSH Tool Version 3.0 สามารถส่งเสริมแนวโน้มการหายของแผลในผู้ป่วยแผลเรื้อรังได้อย่างเหมาะสม และเป็นแนวทางที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในบริบทชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลควรนำโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลแผลเรื้อรังที่บ้าน ไปใช้ในการวางแผนดำเนินการปรับปรุงและพัฒนางานการพยาบาลในบทบาทการส่งเสริมการดูแลแผลเรื้อรังที่บ้าน โดยเน้นการเสริมสร้างความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมการหายของแผลและลดภาวะแทรกซ้อน และนำไปใช้กับมาตรฐานการพยาบาลเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง และควรใช้แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Theory) ร่วมกับการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการฝึกปฏิบัติจริง เพื่อเพิ่มความมั่นใจและความสามารถในการดูแลแผลด้วยตนเองที่บ้าน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลแผลเรื้อรังที่บ้าน โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุม เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งของผลการวิจัยและสามารถสรุปความเป็นเหตุเป็นผลได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

ควรพิจารณาควบคุมหรือจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยที่อาจมีผลต่อการหายของแผล ได้แก่ ประเภทของแผลเรื้อรัง ระดับความรุนแรงของแผล ระยะเวลาการเป็นแผล ภาวะโรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย รวมถึงลักษณะของผู้ดูแลแผล เช่น ผู้ป่วยดูแลตนเองหรือมีผู้ดูแล เพื่อให้สามารถอธิบายผลของโปรแกรมได้ชัดเจนและลดอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแก้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเวชกรรมสังคม กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน เจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก และที่สำคัญสูงสุดที่ทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดีต้องขอขอบคุณผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกคน ที่ให้ความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยเป็นอย่างดี ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะเป็นประโยชน์แก่ผู้สนใจที่จะทำการศึกษาในครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Armstrong, D. G., Boulton, A. J. M., & Bus, S. A. (2017). Diabetic foot ulcers and their recurrence. *The New England Journal of Medicine*, 376(24), 2367-2375.
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). New York: Prentice-Hall.
- Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., & Grumbach, K. (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*, 288(19), 2469-2475.
- Bolton, L., McNees, P., van Rijswijk, L., de Leon, J., Lyder, C., Kobza, L., ... Rodeheaver, G. (2004). Wound-healing outcomes using standardized assessment and care in clinical practice. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 31(2), 65-71.

- Bowers, S., & Franco, E. (2020). Chronic wounds: Evaluation and management. *American Family Physician, 101*(3), 159-166.
- Gethin, G., Probst, S., Stryja, J., Christiansen, N., Price, P., & Harding, K. (2020). Evidence for person-centred care in chronic wound care: A systematic review and recommendations for practice. *Journal of Wound Care, 29*(Suppl. 9b), S1-S22.
- Guest, J. F., Ayoub, N., McIlwraith, T., Uchegbu, I., Gerrish, A., Weidlich, D., ... Vowden, P. (2017). Health economic burden that different wound types impose on the UK's National Health Service. *International Wound Journal, 14*(2), 322-330.
- Health Data Center. (2025). *Percentage of diabetic patients who received a foot examination in year 2025*. Retrieved from <https://hdc.moph.go.th/plk/public/standard-report>. [In Thai].
- Kuder, G. F., & Richardson, M. W. (1937). The theory of the estimation of test reliability. *Psychometrika, 2*(3), 151-160.
- Kyaw, B. M., Järbrink, K., Martinengo, L., Car, J., Harding, K., & Schmidtchen, A. (2018). Need for improved definition of "chronic wounds" in clinical studies. *Acta Dermato-Venereologica, 98*(1), 157-158.
- Martinengo, L., Olsson, M., Bajpai, R., Soljak, M., Upton, Z., Schmidtchen, A., ... Järbrink, K. (2019). Prevalence of chronic wounds in the general population: Systematic review and meta-analysis of observational studies. *Annals of Epidemiology, 29*, 8-15.
- Ministry of Public Health. (2023). *Annual report on the chronic wound situation in Thailand*. Bangkok: Cooperative Printing House of Thailand. [In Thai].
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.
- Richard, A. A., & Shea, K. (2011). Delineation of self-care and associated concepts. *Journal of Nursing Scholarship, 43*(3), 255-264.
- Saenkhot, R., Mato, L., & Aomtachaaya, S. (2016). Development of a foot care behavior scale for type 2 diabetic patients with peripheral neuropathy. *Journal of Nursing and Therapeutic Care, 34*(4), 74-83. [In Thai].
- Stotts, N. A., Rodeheaver, G. T., Thomas, D. R., Frantz, R. A., Bartolucci, A. A., Sussman, C., ... Maklebust, J. (2001). An instrument to measure healing in pressure ulcers: Development and validation of the pressure ulcer scale for healing (PUSH). *The Journals of Gerontology: Series A, 56*(12) M795-M799. Retrieved from <https://doi.org/10.1093/gerona/56.12.M795>
- Sen, C. K. (2021). Human wound and its burden: Updated 2020 compendium of estimates. *Advances in Wound Care, 10*(5), 281-292.

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการโค้ชพยาบาลวิชาชีพต่อสมรรถนะการดูแล

ผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัด

**Effects of a Professional Nursing Coaching Program on Competency
in Caring for Gynecological Cancer Patients Receiving Chemotherapy**

จิราภรณ์ กลิ่นดอกแก้ว (Jiraporn Klindokkaew)*

ปานตา อภิรักษ์นภานนท์ (Panta Apiruknapanond)**

แก้วตะวัน สิริลักขณานันท์ (Kaewtawan Sirilukkananan)***

Received: February 5, 2026

Revised: March 2, 2026

Accepted: May 7, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง วัดดูประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการโค้ชพยาบาลวิชาชีพต่อสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลสระบุรี โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน หอผู้ป่วยนรีเวช-สูติแทรกซ้อน โรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 9 คน ระยะเวลาดำเนินการทดลองตามโปรแกรมการโค้ชพยาบาลวิชาชีพเป็นระยะเวลา 1 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการโค้ชพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัด ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยใช้แนวคิด Grow Model และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัด มีทั้งหมด 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านเจตคติ ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแต่ละด้านโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่าเท่ากับ 0.8, 1.0 และ 1.0 ตามลำดับ และทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแต่ละด้าน โดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.82, 0.95 และ 0.86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้ สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test

*** Corresponding author: Kaewtawan Sirilukkananan; E-mail: kaewtawan@slc.ac.th

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี (Registered Nurse, Professional Level, Saraburi hospital)

**อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ (Instructor, Faculty of Nursing, Saint Louis College)

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ (Assistant Professor, Faculty of Nursing, Saint Louis College)

ผลการวิจัย พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการโค้ชพยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัด ด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านเจตคติ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการโค้ช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกด้าน

คำสำคัญ: โปรแกรมการโค้ชพยาบาลวิชาชีพ, ผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวช, การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด

Abstract

This study employed a quasi-experimental, one-group pretest-posttest design. The objective was to examine the effects of a professional nurse coaching program on the competency of nurses caring for gynecologic cancer patients receiving chemotherapy at Saraburi Hospital, by comparing nurses' competency scores before and after participation in the program. The sample consisted of 9 registered nurses working in the Gynecology-Complicated Obstetrics Ward at Saraburi Hospital. The intervention was implemented over a period of one month. The research instruments comprised: 1) a professional nurse coaching program for the care of gynecologic cancer patients receiving chemotherapy, developed by the researcher based on the GROW Model, and 2) data collection instruments consisting of a personal data record form and a competency questionnaire for nurses caring for gynecologic cancer patients receiving chemotherapy, covering three domains: knowledge, skills, and attitudes. Content validity of each domain was evaluated by three experts, yielding Content Validity Index (CVI) values of 0.80, 1.00, and 1.00, respectively. Reliability of each domain was assessed using Cronbach's alpha coefficient, yielding values of 0.82, 0.95, and 0.86, respectively. Descriptive statistics were used to analyze general characteristics, and the Wilcoxon Signed-Rank Test was used to compare pre- and post-intervention data.

The results revealed that nurses' competency in caring for gynecologic cancer patients receiving chemotherapy was significantly higher after participation in the coaching program than before, across all three domains-knowledge, skills, and attitudes- at a statistically significant level of .05

Keywords: Professional nurse coaching program, Gynecological cancer patients, Nursing care for patients receiving chemotherapy

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 รองจากโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยในปี ค.ศ. 2022 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ประมาณ 20 ล้านรายและมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งประมาณ 9.7 ล้านรายทั่วโลก และคาดการณ์ว่าภายในปี ค.ศ. 2050 จำนวนผู้ป่วยมะเร็งจะเพิ่มขึ้นเป็น 35 ล้านราย (World Health Organization: WHO, 2024) ในประเทศไทยสถิติโรคมะเร็งที่พบมากที่สุดเกี่ยวข้องกับอวัยวะสืบพันธุ์สตรี ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งมดลูก ตามลำดับ (Wongpratate & Bumrungthai, 2024) จากสถิติผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่เข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่หอผู้ป่วยนรีเวช-สูติศาสตร์ โรงพยาบาลสระบุรี พ.ศ. 2565-2567 มีจำนวน 75 ราย 98 ราย และ 178 ราย ตามลำดับ สถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และความต้องการการดูแลที่สูงขึ้นมากกว่า 2 เท่าใน 3 ปี (Department of Obstetrics and Gynecology, Saraburi Hospital, 2024) แนวโน้มผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการจัดการรักษาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดซึ่งเป็นแนวทางหลักในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ อย่างไรก็ตาม แม้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจะช่วยควบคุมโรคได้แต่ก็มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด

การรักษามะเร็งทางนรีเวชด้วยยาเคมีบำบัด มีบทบาทสำคัญในการใช้รักษาผู้ป่วย เพื่อลดระยะเวลาการกลับเป็นซ้ำของโรคและลดความทุกข์ทรมานจากอาการคุกคามจากโรค แต่การใช้ยาเคมีบำบัดในการรักษามะเร็งทางนรีเวช มักก่อให้เกิดอาการข้างเคียงที่ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ยาเคมีบำบัดที่ใช้เป็นลำดับแรกในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวช (first-line adjuvant chemotherapy) คือ ยาเคมีบำบัดในกลุ่ม Carboplatin และ Paclitaxel ซึ่งยา 2 ชนิดนี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะภูมิไวเกิน (Hypersensitivity) (Oncology Nursing Society, 2022) สิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดคือ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ทุกระยะ โดยอุบัติการณ์

ความเสี่ยงที่พบ คือ การเกิดภาวะภูมิไวเกิน (Hypersensitivity) ระดับ 1 จำนวน 10 ราย ระดับ 2 จำนวน 1 ราย และระดับ 3 จำนวน 1 ราย (Department of Obstetrics and Gynecology, Saraburi Hospital, 2024) จากการนิเทศการปฏิบัติพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยก่อนการรักษายาเคมีบำบัด การเฝ้าระวัง และการได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยขณะได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในแต่ละระยะของโรงพยาบาลสระบุรี ยังไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน (Department of Obstetrics and Gynecology, Saraburi Hospital, 2024) จากความเสี่ยงของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์และภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัดดังกล่าว ทำให้บทบาทของพยาบาลวิชาชีพมีความสำคัญอย่างยิ่งในการประเมิน เฝ้าระวัง และจัดการอาการอย่างเหมาะสม ทั้งนี้ ผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชมักได้รับผลกระทบในหลายมิติ จึงจำเป็นต้องอาศัยพยาบาลที่มีความรู้ มีทักษะ และมีเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างมีคุณภาพและปลอดภัย

ผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชที่ได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด มักได้รับผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ มีความวิตกกังวลและกลัวเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค การกลับเป็นซ้ำของโรค ผลข้างเคียงจากการรักษา ภายหลังจากตนเอง การสูญเสียบทบาทในครอบครัว ตลอดจนความไม่แน่นอนของชีวิตและการเสียชีวิต (Marano & Mazza, 2024) ดังนั้น ความรู้ ทักษะ และเจตคติของพยาบาลวิชาชีพจึงมีความสำคัญต่อการปฏิบัติดูแลผู้ป่วย โดยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติดูแลต้องแสดงออกถึงการมีความรู้ความเชี่ยวชาญ มีทักษะในการปฏิบัติ และมีเจตคติที่ดีต่อการปฏิบัติการพยาบาล เนื่องจากสถานการณ์พยาบาลกำหนดคุณสมบัติของพยาบาลวิชาชีพที่สามารถบริหารยาเคมีบำบัดได้ ต้องผ่านการอบรมการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดตามมาตรฐานที่สภาการพยาบาลรับรอง (Thai Nursing Council, 2021) เพื่อให้การบริหารยาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลวิชาชีพจึงต้องมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับชนิดของยาเคมีบำบัด สามารถสังเกตอาการแทรกซ้อนจากการใช้ยาเคมีบำบัด รวมถึงการให้

คำแนะนำเกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลให้เข้าใจเกี่ยวกับการรักษา การเฝ้าระวังอาการผิดปกติขณะให้ยา วิธีการป้องกันอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการให้ยา และการจัดการเกี่ยวกับอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ ยังต้องมีความสามารถในการประเมินอาการผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดและจัดการอาการฉุกเฉินที่ไม่คาดคิด (National Comprehensive Cancer Network, 2023) การส่งพยาบาลวิชาชีพไปอบรมด้านการพยาบาลเฉพาะทางเป็นการพัฒนาบุคลากรที่สำคัญ แต่หน่วยงานต้องขาดอัตรากำลังคนที่บุคลากรไปอบรม ดังนั้น การโค้ชพยาบาลวิชาชีพเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงน่าจะเป็นทางออกในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา มีการศึกษาของสุภาพร มูลดี และจิตกนิษฐ์ ศรีจักร์โครต (Muldee & Srijakkot, 2023) ที่ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมเพื่อเพิ่มสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด ด้วยการวางแผนการสร้างโปรแกรมพัฒนาการนำโปรแกรมไปปฏิบัติและการประเมินผล พบว่า สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพด้านการบริหารยาเคมีบำบัดจะสามารถดำเนินการผ่านการอบรมหรือการศึกษาต่อเฉพาะทางได้ แต่รูปแบบดังกล่าวมักเป็นการให้ความรู้เชิงทฤษฎีในระยั้งต้น และอาจไม่ครอบคลุมการพัฒนาทักษะเชิงปฏิบัติและเจตคติในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งการส่งบุคลากรไปอบรมภายนอกอาจส่งผลกระทบต่ออัตรากำลังในหน่วยงาน ในขณะที่แนวคิดการโค้ช (Coaching) เป็นกระบวนการพัฒนาที่เน้นการมีส่วนร่วม การสะท้อนคิดและการเรียนรู้จากสถานการณ์จริงในที่ทำงาน (Whitmore, 2009) ซึ่งช่วยส่งเสริมทั้งด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติ ควบคู่กับการเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการโค้ชพยาบาลวิชาชีพต่อสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อเป็นการส่งเสริมพยาบาลวิชาชีพให้มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวช

ที่ได้รับยาเคมีบำบัด ช่วยทำให้พยาบาลมีความมั่นใจในสมรรถนะของตนเองเมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัด และเป็นการพยาบาลที่ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการโค้ชพยาบาลวิชาชีพต่อสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในโรงพยาบาลสระบุรี

2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในโรงพยาบาลสระบุรี ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการโค้ช

สมมติฐานการวิจัย

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลสระบุรี ภายหลังการใช้โปรแกรมฯ สูงกว่า ก่อนใช้โปรแกรมฯ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการโค้ชแบบโกลว์โมเดล (GROW Model) (Whitmore, 2009) เป็นกรอบแนวคิดที่ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการโค้ชพยาบาลวิชาชีพต่อสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้ 1) กำหนดเป้าหมายในการเรียนรู้ร่วมกัน 2) ให้ความรู้โดยการวิเคราะห์สถานการณ์จริงในหน่วยงาน โดยคำนึงถึงความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ของผู้เรียน บรรยายภาพการเรียนรู้ที่ผ่อนคลาย ไม่กดดันผู้เรียนให้มีความวิตกกังวล และสาธิตให้เห็นต้นแบบของความสำเร็จ 3) นำสู่การปฏิบัติโดยการให้กำลังใจ ชื่นชม เมื่อผู้เรียนสามารถปฏิบัติได้สำเร็จ และให้กำลังใจเมื่อไม่สามารถดำเนินการได้ตามความคาดหวังของผู้เรียน พร้อมทั้งให้โอกาสทบทวนการปฏิบัติ และ 4) สรุปและประเมินผลการให้ความรู้การสร้างเสริมสมรรถนะ

ในการกำหนดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของ Bloom's Taxonomy (Bloom, 1956) เป็นแนวทางในการจำแนกสมรรถนะออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรู้ (Cognitive domain) ซึ่งครอบคลุมความรู้เกี่ยวกับชนิดของยาเคมีบำบัด กลไกการออกฤทธิ์ การเฝ้าระวัง และการจัดการภาวะแทรกซ้อน 2) ด้านทักษะ (Psychomotor domain) ได้แก่ ความสามารถในการประเมินอาการผู้ป่วย การบริหารยาเคมีบำบัดอย่างถูกต้อง และการจัดการ

ภาวะฉุกเฉิน และ 3) ด้านเจตคติ (Affective domain) ได้แก่ ความตระหนักในความปลอดภัยของผู้ป่วย ความรับผิดชอบ ความเอาใจใส่ และความมั่นใจในการปฏิบัติงาน หลังได้รับโปรแกรมการโค้ชทำให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความมั่นใจในสมรรถนะของตนเองทั้งทางด้านความรู้ ทักษะในการปฏิบัติ และมีเจตคติที่ดียิ่งขึ้นเพื่อกระทำการกิจกรรมการพยาบาลให้สำเร็จมากขึ้น ดังแสดงในแผนภาพที่ 1

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

โปรแกรมการโค้ชพยาบาลวิชาชีพในดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยใช้แนวคิดแบบ GROW Model ประกอบด้วย

1. สร้างเป้าหมายในการเรียนรู้ร่วมกัน (G)
2. เตรียมความพร้อมด้านร่างกาย และจิตใจเพื่อวางแผนการเรียนรู้ร่วมกัน ให้ความรู้ด้วยวิธีการบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การสาธิต การสาธิตย้อนกลับ การฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วย การให้คำแนะนำ การชักจูงด้วยคำพูด และการชมเชยที่จริงใจ เพื่อเสริมแรงขณะสอนและปฏิบัติ (R)
3. กลุ่มตัวอย่างเลือกวิธีการนำสู่การปฏิบัติด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยชี้แนะ และให้กำลังใจ (O)
4. สรุป และประเมินผล (W)

สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัด

- ด้านความรู้
- ด้านทักษะ
- ด้านเจตคติ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลัง (Quasi-experimental one-group pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการโค้ชพยาบาลวิชาชีพต่อสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลสระบุรี ระยะเวลาดำเนินการวิจัยตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2568 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้มีข้อจำกัดการวิจัยในเรื่องขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดเล็ก โดยใช้พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยนรีเวช-สูติแทรกซ้อน โรงพยาบาลสระบุรี

1.1 ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยนรีเวช-สูติแทรกซ้อน โรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 9 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ศึกษาประชากรทั้งหมด คือ พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยนิเวศ-สูติแทรกซ้อน โรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 9 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการโค้ชพยาบาลวิชาชีพเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนิเวศที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการโค้ชแบบ GROW Model ของวิทมอร์ (Whitmore, 2009) โดยการพัฒนาโปรแกรมเริ่มจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งทางนิเวศที่ได้รับยาเคมีบำบัด ภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัด โดยเฉพาะภาวะภูมิไวเกิน แนวคิดการโค้ช จากนั้นวิเคราะห์บริบทและปัญหาในหน่วยงานเพื่อนำมากำหนดวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรม และวิธีประเมินผลให้สอดคล้องกับสถานการณ์จริง โปรแกรมการโค้ชประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดเป้าหมายร่วมกันในการพัฒนาสมรรถนะ 2) การให้ความรู้และวิเคราะห์สถานการณ์จริงในหน่วยงาน 3) การส่งเสริมการฝึกปฏิบัติพร้อมให้ข้อเสนอแนะและกำลังใจ และ 4) การสรุปพร้อมประเมินผลภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม โดยเนื้อหาครอบคลุมความรู้เกี่ยวกับยาเคมีบำบัดและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ทักษะการประเมินอาการและการจัดการภาวะฉุกเฉิน ตลอดจนการเสริมสร้างเจตคติที่ดีต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ภายหลังการพัฒนาโปรแกรมฯ ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมเสนอผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งและการพัฒนาหลักสูตรจำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ความเหมาะสม และความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ เนื้อหา และกิจกรรม โดยโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีค่า IOC เท่ากับ 0.84 แสดงว่าเนื้อหามีความเหมาะสมและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย จากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริงในการวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ในหอผู้ป่วยนิเวศ-สูติแทรกซ้อน ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนิเวศที่ได้รับยาเคมีบำบัด ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ

1) ด้านความรู้ จำนวน 10 ข้อ คำตอบเป็นลักษณะแบบเลือกตอบ จำนวน 4 ตัวเลือก การแปลผลคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ เรื่องการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนิเวศที่ได้รับยาเคมีบำบัด มีค่าอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน คิดค่าเฉลี่ยแบ่งระดับ 8-10 คือ มีความรู้ระดับดีมาก ค่าเฉลี่ยแบ่งระดับ 6-7 คือ ความรู้ระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย 0-5 คือ ความรู้ระดับต่ำ

2) ด้านทักษะ จำนวน 10 ข้อ คำตอบเป็นลักษณะแบบเลือกตอบ เป็นมาตรวัด Rating Scale 3 ระดับ มีเกณฑ์ คือ มาก = 3 คะแนน, ปานกลาง = 2 คะแนน และ น้อย = 1 คะแนน การแปลผลค่าคะแนนคือ ค่าเฉลี่ย 2.34-3.0 คือ มีทักษะดี/การปฏิบัติถูกต้อง ค่าเฉลี่ย 1.67-2.33 คือ มีทักษะพอใช้/ปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.00-1.66 คือ มีทักษะที่ควรปรับปรุง/ปฏิบัติไม่ถูกต้อง

3) ด้านเจตคติ จำนวน 13 ข้อ คำตอบแบบเลือกตอบ เป็นมาตรวัด Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์คือ มากที่สุด = 5 คะแนน, มาก = 4 คะแนน, ปานกลาง = 3 คะแนน, น้อย = 2 คะแนน และ น้อยที่สุด = 1 คะแนน การแปลผลใช้ค่าเฉลี่ยรวมโดย คะแนนในช่วง 4.51-5.00 หมายถึง เจตคติอยู่ในระดับมากที่สุด, 3.51-4.50 อยู่ในระดับมาก, 2.51-3.50 อยู่ในระดับปานกลาง, 1.51-2.50 อยู่ในระดับน้อย และ 1.00-1.50 อยู่ในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสมของข้อคำถาม ความครอบคลุมของเนื้อหา

และการใช้ภาษาให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ พร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขได้ค่า CVI ด้านความรู้เท่ากับ 0.8, ด้านทักษะเท่ากับ 1.0 และ ด้านเจตคติเท่ากับ 1.0 ตามลำดับ แสดงว่าคำถามมีความเหมาะสมและมีความสอดคล้องของเนื้อหา

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสระบุรี ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้น นำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดย แบบวัดความรู้ มีค่าอำนาจการจำแนกเท่ากับ 0.73 ความยากง่าย เท่ากับ 0.56 มีความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 0.82 ส่วน แบบประเมินทักษะ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 และแบบประเมินเจตคติมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยเสนอโครงร่างวิจัย ต่อคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เลขที่รับรอง E021/2568 ออกให้วันที่ 23 เดือน พฤษภาคม 2568 และเสนอคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลสระบุรี หมายเลขรหัสโครงการวิจัย EC 035/2568 ออกให้เมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2568 โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับและการนำผลการวิจัยไปใช้ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงการได้รับการพิทักษ์สิทธิ โดยการบันทึกข้อมูลจะไม่มีการระบุชื่อแต่ใช้วิธีการใส่รหัสแทน ข้อมูลที่ได้รับจะถูกปกปิดเป็นความลับและใช้สำหรับการศึกษาวิจัยเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาของการวิจัยโดยไม่ต้องให้เหตุผล

การรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยถึงผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลสระบุรี และประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย สิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย และให้ลงนามในหนังสือยินยอม เข้าร่วมการวิจัยก่อนดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยการดำเนินการตามโปรแกรมการโค้ชพยาบาลวิชาชีพ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระยะก่อนการทดลอง (Pre-test) ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินสมรรถนะด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้แบบประเมินที่พัฒนาขึ้น ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดใน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนให้ยา ขณะให้ยา และหลังให้ยา ใช้เวลาประมาณ 60 นาทีต่อคน

ขั้นตอนที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง (Intervention) ดำเนินการตามโปรแกรมการโค้ชตามแนวคิด GROW Model รวมระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยจัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละประมาณ 3 ชั่วโมง รวม 4 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 (3 ชั่วโมง): โค้ชภาคทฤษฎี เรื่องความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับยาเคมีบำบัด กลไกการออกฤทธิ์ แนวทางการดูแลก่อนให้ยา โดยใช้การบรรยายแบบมีส่วนร่วมซักถาม สะท้อนความคิดเห็น และกำหนดเป้าหมายการพัฒนาาร่วมกัน

ครั้งที่ 2 (3 ชั่วโมง): โค้ชเรื่องการดูแลขณะให้ยา การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ และการจัดการภาวะ hypersensitivity ใช้วิธีวิเคราะห์กรณีศึกษาจำลองสถานการณ์ (Simulation) และอภิปรายกลุ่ม

ครั้งที่ 3 (3 ชั่วโมง): โค้ชภาคปฏิบัติการบริหารยาเคมีบำบัดอย่างถูกต้อง การประเมินอาการผู้ป่วย และการจัดการภาวะฉุกเฉิน โดยสาธิตขั้นตอนมาตรฐาน และให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติพร้อมรับข้อเสนอแนะรายบุคคล

ครั้งที่ 4 (3 ชั่วโมง): ทบทวนองค์ความรู้ สะท้อนผลการเรียนรู้ เสริมสร้างเจตคติด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย และวางแผนการนำไปใช้จริงในหน่วยงาน

ภายหลังเสร็จสิ้นการโค้ชกลุ่มตัวอย่างได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดจริง ภายใต้การกำกับติดตาม เป็นระยะเวลา 1 เดือน โดยแต่ละคน

รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 3-5 ราย ครอบคลุมทั้งระยะก่อนให้ยา ขณะให้ยา และหลังให้ยา ผู้วิจัยและหัวหน้าหอผู้ป่วยร่วมสังเกต ให้คำแนะนำ และสะท้อนผลการปฏิบัติงานเป็นระยะ

ขั้นตอนที่ 3 ระยะหลังการทดลอง (Post-test)
ภายหลังครบระยะฝึกปฏิบัติ 1 เดือน ผู้วิจัยประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพอีกครั้ง โดยใช้แบบประเมินฉบับเดียวกับก่อนการทดลอง และนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการ ฝึกอบรมพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test เนื่องจากการเปรียบเทียบข้อมูลแบบจับคู่ในกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน และข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่เป็นโค้งปกติ จึงเลือกใช้สถิติแบบไม่อิงพารามิเตอร์

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่มีอายุ 20-30 ปี จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 44.4 ทั้งหมด

จบการศึกษาระดับการศึกษาปริญญาตรีจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย นรีเวช-สูติแทรกซ้อน > 5-10 ปี จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 44.4 มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย นรีเวช-สูติแทรกซ้อน > 10 ปี จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 44.4 และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด > 5-10 ปี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด > 10 ปี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3

2. สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชที่ได้รับเคมีบำบัด โดยสมรรถนะด้านความรู้ ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.20 คะแนน (S.D. = 1.30) อยู่ในระดับต่ำ ค่าคะแนนหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.00 คะแนน (S.D. = 0.87) กลุ่มตัวอย่างมีผลคะแนนความรู้ อยู่ในระดับดีมาก ส่วนสมรรถนะด้านทักษะก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.48 คะแนน (S.D. = 0.18) อยู่ในระดับดี หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ย 2.94 คะแนน (S.D. = 0.72) ซึ่งยังคงอยู่ในระดับดี แม้ว่าระดับการประเมินจะอยู่ในระดับเดียวกัน แต่คะแนนเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นสะท้อนให้เห็นถึง การพัฒนาทักษะการปฏิบัติการพยาบาลที่ดีขึ้นหลังการทดลอง และสมรรถนะด้านเจตคติ ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.91 คะแนน (S.D. = 0.13) จัดอยู่ในระดับดีมาก หลังการทดลองค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.73 คะแนน (S.D. = 0.344) อยู่ในระดับดีมากที่สุด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดรายด้านก่อนและหลังการทดลอง (n = 9)

สมรรถนะการดูแล ผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวช ที่ได้รับยาเคมีบำบัด	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านความรู้	5.20	1.30	ต่ำ	9.00	0.87	ดีมาก
ด้านทักษะ	2.48	0.18	ดี	2.94	0.72	ดี
ด้านเจตคติ	3.91	0.13	ดีมาก	4.73	0.344	ดีมากที่สุด

3. จากผลการเปรียบเทียบสมรรถนะด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติของพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด พบว่า สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะเร่งทางนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลสระบุรี ภายหลัง

การใช้โปรแกรมฯ สูงกว่า ก่อนใช้โปรแกรมฯ ทั้งด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านเจตคติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกด้าน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

สมรรถนะ	ก่อนทดลอง ($\bar{X} \pm S.D.$)	หลังทดลอง ($\bar{X} \pm S.D.$)	ค่าผลต่าง (dif)	Z	p-value
ด้านความรู้	5.20 $\pm$ 1.30	9.00 $\pm$ 0.87	3.80	-2.75	0.006*
ด้านทักษะ	2.48 $\pm$ 0.18	2.94 $\pm$ 0.72	0.46	-2.69	0.007*
ด้านเจตคติ	3.91 $\pm$ 0.13	4.73 $\pm$ 0.34	0.82	-2.67	0.008*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการโค้ชพยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะเร่งทางนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัด ด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการโค้ชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกด้าน ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการออกแบบโปรแกรมตามแนวคิด GROW Model ซึ่งเน้นการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน การวิเคราะห์สถานการณ์จริง และการสะท้อนผลการเรียนรู้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม และสามารถเชื่อมโยงความรู้สู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม ผลการศึกษาค้นครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ บลูม (Bloom, 1956) ที่ระบุว่า การพัฒนาผู้เรียนควรครอบคลุมทั้งด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติ และสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า การใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะที่มีโครงสร้างชัดเจนและเน้นการมีส่วนร่วมสามารถยกระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านจะพบว่า

ด้านความรู้ โปรแกรมมีการทบทวนเนื้อหาเกี่ยวกับยาเคมีบำบัด การเฝ้าระวังและการจัดการภาวะแทรกซ้อน โดยใช้กรณีศึกษาจากสถานการณ์จริงในหน่วยงาน จึงช่วยเสริมสร้างความเข้าใจเชิงลึกมากกว่าการบรรยายเพียงอย่างเดียว ส่งผลให้คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้

ของบลูม (Bloom, 1956) ที่กล่าวว่า เมื่อผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และจำได้เข้าใจ สามารถนำความรู้ไปใช้และสามารถคิดวิเคราะห์ จะทำให้เกิดความรู้ ทักษะ และเจตคติทางบวก ซึ่งจะแสดงออกทางพฤติกรรมเพื่อใช้ในการตัดสินใจ ในสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทร์จิรา กิจแก้ว และวรารัตน์ ศรีสุข (Kitkaew & Srisook, 2022) ได้ศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเรียนรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะเร่งที่ได้รับเคมีบำบัดของ พยาบาลวิชาชีพ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้หลังการเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่า ก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ($p = .001$)

ด้านทักษะ การฝึกปฏิบัติ การสาธิตขั้นตอนมาตรฐาน และการจำลองสถานการณ์ภาวะฉุกเฉิน ทำให้พยาบาลวิชาชีพได้ลงมือปฏิบัติจริง พร้อมได้รับข้อเสนอแนะเฉพาะราย ส่งผลให้เกิดความชำนาญและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา ชัยขวัญ (Chaikhwun, 2020) กล่าวคือ ผู้โค้ชที่มีส่วนร่วมในการโค้ช เป็นการโค้ชแบบชี้แนะคือการตัดสินใจร่วมกัน และผู้รับการโค้ชแสดงความคิดเห็นในการปฏิบัติงาน ร่วมตัดสินใจ เลือกรวบรวมปัญหา ร่วมกัน ตามแนวคิดทฤษฎีการนิเทศแบบโกลว์โมเดล (Whitmore, 2009) เป็นการโค้ชที่ช่วยให้ผู้รับการโค้ชได้รับการส่งเสริมทำให้เกิดทักษะในการปฏิบัติกรดูแล

ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และดียิ่งขึ้น แม้ว่าจากผลการทดลอง จะไม่มีความต่างในระดับอย่างชัดเจน อาจเป็นเพราะระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยเป็นเพียงระยะสั้น ระดับทักษะ จึงไม่เปลี่ยนแปลงอย่างเด่นชัด เพราะทักษะมักเกิดจากการฝึกฝนที่ต้องใช้ระยะเวลา นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร มุลดี และจิตกิตนันท์ ศรีจักร์โครต (Muldee & Srijakkot, 2023) ที่พัฒนาโปรแกรมเพิ่มสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่าทักษะการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ส่วนด้านเจตคติ การโค้ชที่เน้นการให้กำลังใจ การสะท้อนคิด และการเสริมแรงทางบวก ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงความสำคัญของความปลอดภัยของผู้ป่วยและบทบาทวิชาชีพของตนเอง ส่งผลให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัด นอกจากนี้ การที่โปรแกรมใช้แนวคิดโกลว์โมเดล (GROW Model) ที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้เรียนในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการเรียนรู้ร่วมกัน ทำให้พยาบาลวิชาชีพรู้สึกเป็นเจ้าของการเรียนรู้ มีแรงจูงใจในการพัฒนาตนเอง และมีเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งเจตคติที่ดีนี้จะส่งผลต่อพฤติกรรมการทำงานที่มีคุณภาพและความปลอดภัยต่อผู้ป่วย ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของบุญญิตี ผ่านจันทาร และวรรณชนก จันทชุม (Phanchunghan & Jantachum, 2022) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการกำกับดูแลทางพยาบาลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดที่โรงพยาบาลอุดรธานี พบว่า หลังจากการนำรูปแบบการกำกับดูแลมาใช้คะแนนความสามารถของพยาบาลที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนการนำรูปแบบมาใช้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านบริหารการพยาบาล ควรสนับสนุนการนำโปรแกรมการโค้ชพยาบาลวิชาชีพ ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชที่ได้รับเคมีบำบัด ให้เพิ่มมากขึ้น
2. ด้านปฏิบัติการ จากผลการทดลองสามารถนำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ไปใช้สำหรับหอผู้ป่วย

ที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อเป็นแนวทางการดูแลและติดตามการปฏิบัติให้มีการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลถูกต้องตรงตามมาตรฐาน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย เพื่อเป็นการศึกษาเชิงลึกในการพัฒนาสมรรถนะแต่ละด้านให้เห็นถึงความเปลี่ยนแปลงชัดเจนยิ่งขึ้น
2. เนื่องจากการดำเนินการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเดียว มีจำนวนน้อย และไม่มีการเปรียบเทียบ ทำให้ผลการศึกษาไม่สามารถบอกประสิทธิผลของโปรแกรมได้และอาจไม่สามารถนำข้อมูลไปเป็นตัวอย่าง หรืออ้างอิงในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพได้อย่างแท้จริง จึงควรทำการศึกษาวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ และกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนมากขึ้น หรือศึกษาในหลายโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

- Bloom, B. S. (1956). *Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals*. New York: D. McKay.
- Chaikhwun, S. (2018). *The effects of supervision through CLEAR coaching model of first-line nurse managers at secondary level hospitals*. Master Thesis (Nursing), Christian University, Nakhon Pathom. [In Thai].
- Department of Obstetrics and Gynecology, Saraburi Hospital. (2024). *Statistics of gynecological cancer patients receiving chemotherapy at Saraburi Hospital, 2021-2024*. Saraburi: Saraburi Hospital. [In Thai].
- Kitkaew, C., & Srisook, W. (2020). The effectiveness of learning program in caring of patients with cancer receiving chemotherapy of professional nurses. *APHEIT Journal of Nursing and Health*, 2(2), 27-40. [In Thai].

- Marano, G., & Mazza, M. (2024). Impact of gynecological cancers on women's mental health. *World Journal of Psychiatry*, 14(9), 1294-1300.
- Muldee, S., & Srijakkot, J. (2023). Development of a competency enhancement program for professional nurses with less than 5 years of experience who have never attended chemotherapy nursing training in caring for hematological cancer patients receiving chemotherapy at Khon Kaen Hospital, Khon Kaen Province. *Journal of Sakon Nakhon Hospital*, 26(2), 78-90. [In Thai].
- National Comprehensive Cancer Network. (2023). *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Management of immunotherapy-related toxicities* (Version 2.2023). Retrieved from <https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=3&id=1486>.
- Oncology Nursing Society. (2022). *Chemotherapy and immunotherapy guidelines and recommendations for practice*. Retrieved from <https://www.ons.org/store/books/chemotherapy-and-immunotherapy-guidelines-and-recommendations-practice-second-edition-1>.
- Phanjungharn, B., & Juntachum, W. (2022). Nursing supervision model development for cancer patients receiving chemotherapy at Udonthani Cancer Hospital. *Journal of Sakon Nakhon Hospital*. 25(3), 70-84. [In Thai]
- Thai Nursing Council. (2021). *Standards for nursing care of cancer patients receiving chemotherapy*. Nonthaburi: Thai Nursing Council.
- Whitmore, J. (2009). Coaching for performance: *The GROW Model performance consultants*. Retrieved from <http://www.performance-consultants.com/wp-content/uploads/GROW-Model-Guide.pdf>
- Wongpratate, M., & Bumrunghai, S. (2024). Cervical cancer in Thailand: 2023 update. *Obstetrics & Gynecology Science*, 67(3), 261-269.
- World Health Organization. (2024). *Global cancer burden growing, amidst mounting need for services*. Retrieved from <https://www.who.int/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing-amidst-mounting-need-for-services>.

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดด้วยตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด ความกลัวการคลอด และการเผชิญความเจ็บปวดในผู้คลอดครั้งแรก Effects of a Self-Efficacy Promoting for Active Birth on Childbirth a Self-Efficacy, Fear of Childbirth, and Pain Coping Among Primiparous Women

กัลยาณี จันทกานนท์ (Kunlayanee Juntakanon)*

สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ (Supit Siriarunrat)**

ปัญญารัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา (Punyarat Lapvongwatana)***

Received: March 5, 2026

Revised: April 1, 2026

Accepted: May 8, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดด้วยตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด ความกลัวการคลอด และการเผชิญความเจ็บปวดใน

ผู้คลอดครั้งแรก ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลบ้านบึง ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 ถึงมิถุนายน 2568 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 54 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 27 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด ในเวลา 4 สัปดาห์ ได้แก่ การชักจูงให้มีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการคลอดด้วยตนเอง การฝึกร่างกายและการบรรเทาปวดเพื่อคลอดด้วยตนเอง การดูแลจิตใจที่มั่นคงแบบ การติดตามช่วยเหลือและให้กำลังใจ และให้การสนับสนุนระยะคลอด ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด แบบสอบถามความกลัวการคลอดบุตร (ฉบับ A และ B) และแบบวัดการเผชิญความเจ็บปวด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ การทดสอบทีแบบอิสระต่อกัน และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

**Corresponding author: Supit Siriarunrat; E-mail: supits@go.buu.ac.th

*นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการผดุงครรภ์) มหาวิทยาลัยบูรพา (Student, Master of Nursing Science Program in Midwifery, Faculty of Nursing, Burapa University)

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapa University)

***รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapa University)

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดสูงกว่า มีความกลัวการคลอดน้อยกว่า และมีการเผชิญความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วและใกล้เปิดหมดสูงกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และเมื่อทดสอบภายในกลุ่มพบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดเพิ่มขึ้น และมีความกลัวการคลอดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ผลการวิจัยนี้เสนอแนะว่า พยาบาลผดุงครรภ์ควรส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด โดยจัดการสอนสู่ศึกษาการเตรียมตัวคลอด และให้การดูแลการคลอดวิถีธรรมชาติในระยะคลอด เพื่อลดความกลัวการคลอด เผชิญความเจ็บปวด และคลอดได้ด้วยตนเอง

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดด้วยตนเอง, การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด, ความกลัวการคลอด, การเผชิญความเจ็บปวด, ผู้คลอดครรภ์แรก

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of a childbirth self-efficacy enhancement program on childbirth self-efficacy, fear of childbirth, and pain coping among primiparous women receiving antenatal care at Ban Bung Hospital between September 2024 and June 2025. A total of 54 participants who met the inclusion criteria were recruited and assigned to an experimental group ($n = 27$) and a comparison group ($n = 27$).

The experimental group received a 4-week childbirth self-efficacy enhancement program consisting of verbal persuasion through education to foster knowledge and positive attitudes toward self-managed childbirth, physical training and pain relief techniques for natural childbirth, observational modeling videos, follow-up support and encouragement, and intrapartum support. The comparison group received routine nursing care. Data were collected using the Childbirth Self-Efficacy Questionnaire, the Fear of Childbirth Questionnaire (Versions A and B), and a Pain Coping Scale. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square tests, independent t-tests, and repeated measures analysis of variance.

The results showed that, after the intervention, the experimental group had significantly higher childbirth self-efficacy, lower fear of childbirth, and greater pain coping during the active and late phases of cervical dilation than the comparison group ($p < .01$). Within-group analysis also revealed that childbirth self-efficacy significantly increased and fear of childbirth significantly decreased in the experimental group after the intervention ($p < .01$).

These findings suggest that midwives should promote childbirth self-efficacy by providing childbirth preparation classes and supporting natural childbirth during labor to reduce fear of childbirth, enhance pain coping, and facilitate self-managed childbirth.

Keywords: Self-Efficacy Promoting for Active Birth Program, Childbirth a Self-Efficacy, Fear of Childbirth, Pain Coping, Among Primiparous Women

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด (Childbirth self-efficacy) หมายถึง ความเชื่อมั่นของผู้คลอดในการควบคุม จัดการและเผชิญกระบวนการคลอดและความเจ็บปวดจากการคลอด (Lowe, 1991) แนวคิดนี้มีรากฐานจากทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) โดยหญิงตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะมีความรู้สึกควบคุมสถานการณ์ ลดความกลัวและความวิตกกังวล ประเมินสถานการณ์เชิงบวก และสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Dammensek, Kantaraksa, & Chalermasuk, 2020) ส่งผลต่อความก้าวหน้าของการคลอดและประสบการณ์การคลอดที่ดีขึ้น

หญิงครรภ์แรกมีการรับรู้การคลอดเป็นภัยคุกคามและมีความกลัวสูงกว่าผู้ที่เคยคลอดมาก่อน (Siriarunrat, Suppasri, & Ross, 2014; Panthongchai, Yusamran, & Pahuwattanakorn, 2017) ส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ (Ryding, Wijma, Wijma, & Rydhstrom, 1998) การเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในหญิงครรภ์แรกจึงมีความสำคัญ งานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) สามารถเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Proyngern, Sangin, & Supasrimanont, 2015) ลดความกลัวการคลอด (Nooied, Chunuan & Phumdoung, 2023) และเพิ่มความสามารถในการเผชิญการคลอดได้ (Panthongchai et al., 2017; Budsangdee, & Chankhao, 2021)

แนวคิดการคลอดด้วยตนเอง (Active Birth) ของบาลาสกาส (Balaskas, 1992) เน้นความเป็นอิสระ การเคลื่อนไหวและการมีส่วนร่วมของสตรีในกระบวนการคลอด (Kovavisarach, 2016) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนการคลอดตามสรีรวิทยาโดยพยาบาลผดุงครรภ์ช่วยเสริมสร้างประสบการณ์ความสำเร็จ การเรียนรู้จากแบบอย่าง การให้กำลังใจและการควบคุมอารมณ์ ซึ่งเป็นแหล่งสำคัญของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด

การส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการที่จะดูแลส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์สามารถคลอดได้ด้วยตนเอง

อย่างเหมาะสม และลดความกลัวการคลอด ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ถูกนำมาประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดในประเทศไทย ทั้งในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด โดยพบว่าสามารถช่วยลดความเจ็บปวด เพิ่มความสามารถในการเผชิญการคลอด และเพิ่มระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้ (Proyngern et al., 2015; Phanthongchai et al., 2017; Budsangdee, & Chankhao, 2021) อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาผลต่อความกลัวการคลอดโดยตรง นอกจากนี้ งานวิจัยที่ผ่านมาไม่มีการดำเนินโปรแกรมอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ถึงระยะคลอดจึงควรมีการพัฒนาและศึกษารูปแบบที่ครอบคลุมทั้งสองระยะต่อไป และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าแม้งานวิจัยส่วนใหญ่ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูราเป็นกรอบแนวคิด แต่ยังไม่พบการบูรณาการแนวคิดการคลอดด้วยตนเอง (Active Birth) เป็นกิจกรรมหลักของโปรแกรม ทั้งที่แนวคิดดังกล่าวส่งเสริมการมีส่วนร่วม การเคลื่อนไหว การเลือกท่าคลอด และการใช้เทคนิคเผชิญความเจ็บปวด ซึ่งสอดคล้องกับการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนและการลดความกลัวการคลอด

ด้วยเหตุผลข้างต้นดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ก่อนคลอดจนถึงระยะคลอดตั้งแต่ 4-8 สัปดาห์ ก่อนคลอดจนถึงระยะเจ็บครรภ์คลอด โดยประยุกต์ทฤษฎีของ Bandura และแนวคิดการคลอดด้วยตนเอง (Active Birth) ของบาลาสกาส (Balaskas, 1992) เพื่อส่งเสริมให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด ลดความกลัว และส่งเสริมการคลอดทางช่องคลอดด้วยตนเอง ซึ่งคาดว่าจะช่วยสนับสนุนบทบาทอิสระของพยาบาลผดุงครรภ์และลดการผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็นในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดด้วยตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด ความกลัวการคลอดและการเผชิญความเจ็บปวดในผู้คลอดครรภ์แรก

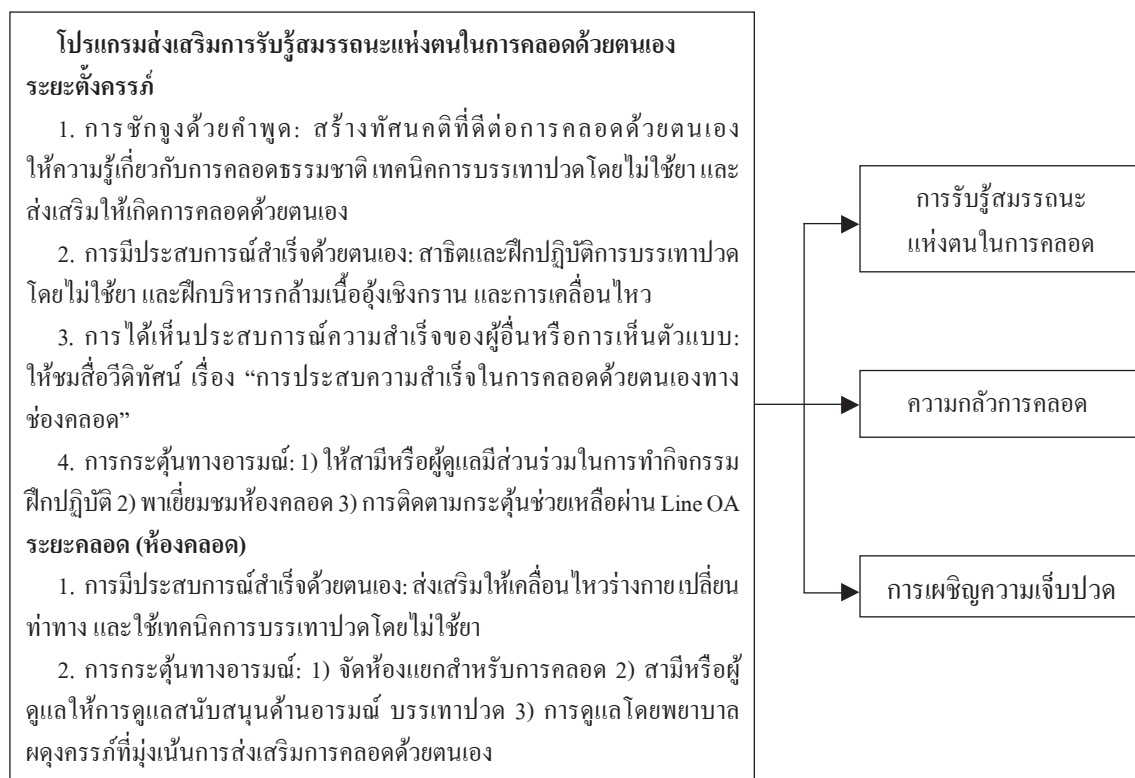
สมมติฐานในการวิจัย

1. ก่อนได้รับ โปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดและความกลัวการคลอด ไม่แตกต่างกัน
2. กลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ระยะ 4 สัปดาห์หลังได้รับโปรแกรม และระยะหลังคลอด
3. หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด ระยะ 4 สัปดาห์และระยะหลังคลอดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
4. ก่อนได้รับ โปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความกลัวการคลอด ไม่แตกต่างกัน
5. กลุ่มทดลองมีความกลัวการคลอดน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ระยะ 4 สัปดาห์หลังได้รับโปรแกรม และระยะหลังคลอด
6. กลุ่มทดลอง มีความกลัวการคลอด น้อยกว่าก่อนก่อนได้รับโปรแกรม ระยะ 4 สัปดาห์หลังได้รับโปรแกรม และระยะหลังคลอด

7. กลุ่มทดลองมีการเผชิญความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเริ่มเปิดเร็ว และปากมดลูกใกล้เปิดหมด สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของแบนดูรา (Bandura, 1997) ในการสร้างโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดด้วยตนเอง โดยแหล่งของการสร้างและการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้จาก 4 แหล่งการเรียนรู้ตามทฤษฎีของบาลาสคาส (Balaskas, 1992) ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้คลอดครรภ์เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดเพิ่มมากขึ้น ลดความกลัวการคลอด และมีการเผชิญความเจ็บปวดได้ดีขึ้น (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pretest-posttest design) ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2567 ถึงมิถุนายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ปกติ ที่ไม่เคยผ่านการคลอดบุตร ที่มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์และคลอด ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลบ้านบึง ในปีงบประมาณ 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์และคลอด ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลบ้านบึง จังหวัดชลบุรี ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 ถึงมิถุนายน 2568 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้าจำนวนทั้งหมด 62 คน แบ่งเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 31 คน ใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากเลือกเข้ากลุ่ม คุณสมบัติเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) อายุครรภ์ระหว่าง 32-34 สัปดาห์ 2) ไม่เคยผ่านการคลอดบุตร และไม่มีภาวะผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมและสูติกรรม 3) มีโทรศัพท์แบบสมาร์ตโฟน และสามารถใช้งานสมาร์ตโฟนได้ 4) เฉพาะกลุ่มทดลอง มีสามีหรือผู้ดูแลที่สามารถเข้าร่วมตลอดระยะเวลาของการดำเนินโปรแกรม และ 5) หญิงตั้งครรภ์และสามีหรือผู้ดูแลสามารถพูด ฟัง อ่านและเขียนด้วยภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดออก ดังนี้ 1) มีภาวะผิดปกติ หรือภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมและสูติกรรม 2) เจ็บครรภ์คลอดและมาคลอดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ หรือ มากกว่า 41 สัปดาห์ และ 3) เมื่อแรกรับในห้องคลอด ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิดตั้งแต่ 4 เซนติเมตร ขึ้นไป

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณค่าขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยของผลโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดด้วยตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความกลัวการคลอด และการเผชิญความเจ็บปวดในผู้คลอดครรภ์แรก (Proyngern et al., 2015) โดยใช้สูตรของกลาส (Glass, 1976 อ้างใน

Srisatidnarakul, 2004) ได้ค่าขนาดอิทธิพล 1.10 ซึ่งมากกว่าค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ 0.8 จึงปรับใช้ขนาดอิทธิพลเป็น 0.8 ในการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างของด้วยใช้โปรแกรม G*Power เวอร์ชัน 3.1 และกำหนดค่า Alpha = .05, Power = 0.9 ใช้สถิติ t-test และทดสอบแบบทางเดียว (One-tailed test) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 28 ราย เพื่อป้องกันการสูญหาย จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (Little & Rubin, 2002) ดังนั้น ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 62 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 31 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบ 31 ราย

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดด้วยตนเอง ดำเนินการ 2 ระยะ คือ ระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด ประกอบด้วย 1) การใช้คำพูดชักจูง 2) ประสานการที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง 3) การใช้ตัวแบบ และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ ผู้วิจัยเป็นผู้ให้โปรแกรมด้วยตนเอง โดยจัดกิจกรรมจำนวน 3 ครั้ง ทำเป็นรายกลุ่มจำนวน 3-5 คน สื่อการสอนที่ใช้คือ แผนการสอน สื่อวิดีโอทัศน์ เรื่อง “การประสบความสำเร็จในการคลอดด้วยตนเองทางช่องคลอด” และคู่มือเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ เรื่อง “การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดด้วยตนเอง”

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว และความคาดหวังในการคลอดด้วยตนเอง

2) แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และผลลัพธ์ของการคลอดสำหรับผู้วิจัย ประกอบด้วย อายุครรภ์เมื่อมาคลอด ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ การเปิดขยายของปากมดลูกเมื่อแรกรับในห้องคลอด การได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก การได้รับยาบรรเทาปวดในระยะคลอด

ระยะเวลาที่ใช้ในระยะเวลาที่ 1 ของการคลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด APGAR score ทารกแรกเกิดนาทีที่ 1 และ 5 ภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดและหลังคลอด และปริมาณเลือดที่สูญเสียในระหว่างการคลอด

3) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดฉบับภาษาไทย เป็นแบบสอบถามที่ได้รับการแปลย้อนกลับจากแบบวัดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการคลอด (CBSEI) ของโลว์ (Lowe, 1993) แปลเป็นภาษาไทยโดย กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง และคณะ (Tanglakmankhong, K., Perrin, N. A., & Lowe, N. K., 2011) มีจำนวน 16 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale คะแนนจาก 1 ถึง 10 คะแนน 1 คะแนน คือ ไม่มั่นใจว่าตนเองจะคลอดได้ ถึง 10 คะแนน คือ มั่นใจเลยว่าตนเองจะคลอดได้ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 16-160 คะแนน การแปลความหมายคะแนนโดยเทียบตามอันตรภาคชั้นของลักษณะคำตอบเป็น 3 ระดับ ดังนี้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดระดับต่ำ (15-44 คะแนน) ระดับปานกลาง (45-134 คะแนน) และระดับสูง (135-150 คะแนน) แบบสอบถามนี้มีการศึกษาหาความเที่ยงโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .92

4) แบบสอบถามความกลัวการคลอดฉบับภาษาไทย เป็นแบบสอบถามได้รับการแปลย้อนกลับจากแบบสอบถามความกลัวการคลอด (W-DEQ) แปลเป็นภาษาไทยโดย นันทพร แสนศิริพันธ์ (Sansiriphun, 2013) แบบ A ใช้ประเมินในระยะตั้งครรภ์ และรูปแบบ B ใช้ประเมินระยะหลังคลอด มีจำนวน 33 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 6 ระดับ เป็นคำถามด้านบวก จำนวน 19 ข้อ และคำถามด้านลบ 14 ข้อ โดยคำถามด้านบวก ให้คะแนน 0-5 คะแนน จากไม่รู้สึกละเลยเท่ากับ 0 จนถึงระดับมากที่สุดเท่ากับ 5 ส่วนคำถามด้านลบให้คะแนนย้อนกลับ ผลรวมของคะแนนตั้งแต่ 0-165 คะแนน การแปลความหมายคะแนนโดยเทียบตามอันตรภาคชั้นของลักษณะคำตอบเป็น 4 ระดับ ดังนี้ มีความกลัวการคลอดอยู่ในระดับต่ำ (0-37 คะแนน) ระดับปานกลาง (38-65 คะแนน) ระดับสูง (66-84 คะแนน) และมีความกลัวอยู่ในระดับรุนแรง (คะแนนตั้งแต่ 85 คะแนนขึ้นไป) แบบสอบถามนี้มีการนำไปทดสอบได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88

5) แบบวัดการเผชิญความเจ็บปวด เป็นมาตรวัดด้วยสายตา Visual analog scale (VAS) ใช้ประเมินการเผชิญความเจ็บปวดจากการคลอด สเกลมีความยาว 10 เซนติเมตร ตัวเลขบนสเกล ตั้งแต่ 0-10 โดย 0 หมายถึง รู้สึกว่าตนเองไม่สามารถเผชิญความเจ็บปวดได้เลย และ 10 หมายถึง รู้สึกว่าตนเองสามารถเผชิญความเจ็บปวดได้มากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดด้วยตนเองไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน จากนั้นนำมาปรับแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้คลอดครั้งแรกที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง

2. ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือผู้วิจัยโดยนำแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดแบบสอบถามความกลัวการคลอดบุตร ฉบับ A (W-DEQ A) และ ฉบับ B (W-DEQ B) ไปทดลองใช้ (Try out) ในมารดาหลังคลอดที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.97, 0.92 และ 0.70 ตามลำดับ สำหรับ แบบวัดการเผชิญความเจ็บปวดไม่ได้นำไปทดสอบความเที่ยง เนื่องจากแบบวัดนี้เป็นแบบวัด Visual analog scale (VAS) ที่วัดเป็นค่าตัวเลขด้วยคำถามข้อเดียว ซึ่งมีการใช้กันอย่างแพร่หลาย และเป็นเครื่องมือมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสโครงการวิจัย G-HS027/2567 เลขที่ IRB3-070/2567 วันที่ 12 มิถุนายน พ.ศ. 2567 และคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลบ้านบึง อนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูลวิจัย เมื่อได้รับอนุมัติแล้วผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงกับกลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ เมื่อยินดี

เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจแล้วจึงให้ลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมการเข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ หลังได้รับรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพาแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการนำหนังสือขออนุญาตเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านบึง จังหวัดชลบุรี เพื่อขออนุมัติในการเก็บข้อมูลและขออนุญาตประสานกับพยาบาลวิชาชีพ ประจำแผนกฝากครรภ์และห้องคลอด ภายหลังได้รับอนุญาตดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบผู้เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินงาน จากนั้นเตรียมผู้ช่วยวิจัย 4 คน โดยอบรมวิธีเก็บข้อมูลและทดลองใช้แบบสอบถามร่วมกันจำนวน 3 ราย เพื่อให้การเก็บข้อมูลเป็นมาตรฐานเดียวกัน

2. ขั้นตอนการ หลังจากได้กลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนก่อนดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด และแบบวัดความกลัวการคลอดในระยะตั้งครรภ์ ฉบับ A (W-DEQ A) ด้วยตนเอง (Pre-test)

กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดด้วยตนเองตามขั้นตอน ดังนี้

ระยะตั้งครรภ์ (ระยะเวลา 4 สัปดาห์)

ครั้งที่ 1 สัปดาห์แรก พบหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรก ให้ความรู้และสร้างทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการคลอดด้วยตนเอง เทคนิคการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา ฝึกทักษะการบรรเทาปวดแบบไม่ใช้ยา การบริหารร่างกายกลัมนเนื้ออุ้งเชิงกรานและฝึกการเคลื่อนไหวร่างกายระยะคลอด ชมสื่อวีดิทัศน์ต้นแบบผู้ประสบความสำเร็จในการคลอดด้วยตนเอง พาเยี่ยมชมห้องคลอด โดยในการทำกิจกรรมให้สามีหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน พร้อมจัดทำสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (E-book) และช่องทางสื่อสารผ่านแอปพลิเคชัน LINE เพื่อทบทวนความรู้และฝึกปฏิบัติที่บ้าน

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยติดตามผลและส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดให้กับหญิงตั้งครรภ์ผ่านทางแอปพลิเคชัน LINE เพื่อกระตุ้นให้รับชมวิดีโอ

และฝึกทักษะร่วมกับสามีหรือผู้ดูแล พร้อมการถ่ายคลิปวิดีโอ การฝึกทักษะที่ปฏิบัติจริง ส่งให้ผู้วิจัยผ่านทางแอปพลิเคชัน LINE และให้คำแนะนำแก้ไขปัญหาที่พบ พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจ

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 4 จัดกิจกรรมรายกลุ่มอีกครั้ง เพื่อทบทวนและฝึกทักษะการบรรเทาปวด การเคลื่อนไหว และเปลี่ยนท่าในระยะคลอด ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บครรภ์จริงและอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล รวมถึงการปฏิบัติตัวเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด และเยี่ยมชมห้องคลอดซ้ำอีกครั้ง

ระยะคลอด (ห้องคลอด)

ภายหลังรับไว้ในห้องคลอด จัดให้อยู่ในห้องแยกสำหรับการคลอด มีความเป็นส่วนตัว โดยจัดให้สามีหรือผู้ดูแล มีส่วนร่วมในการดูแลในระยะคลอด โดยทำหน้าที่สนับสนุนทางอารมณ์ ช่วยเหลือบรรเทาความเจ็บปวด และดูแลความสุขสบายของร่างกายภายใต้การให้คำแนะนำและการโค้ชของผู้วิจัย โดยผู้วิจัยมีติดตามเยี่ยมเป็นระยะๆ ให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาข้อสงสัย พร้อมสาธิตและเสริมทักษะจนสามารถดูแลผู้คลอดได้อย่างมั่นใจ จนถึงระยะปากมดลูกเปิดหมดหรือเข้าสู่ระยะเบ่งคลอด ผู้วิจัยมุ่งเน้นการดูแลและะคลอดตามแนวทางการคลอดด้วยตนเอง คือ หลีกเลี่ยงการแทรกแซงทางการแพทย์ที่ไม่จำเป็น ได้แก่ การดื่มน้ำและอาหารโดยไม่มีข้อบ่งชี้ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำโดยไม่จำเป็น พร้อมทั้งส่งเสริมให้เคลื่อนไหวร่างกายอย่างอิสระ และไม่คิดเครื่องติดตามอัตราการเต้นของหัวใจทารกต่อเนื่อง โดยผู้วิจัยจะติดตามเยี่ยมทุก 1 ชั่วโมงในระยะ Latent phase และทุก 30 นาทีในระยะ Active phase หรือเมื่อสามีหรือผู้ดูแลมีปัญหาหรือไม่สามารถให้การดูแลได้ ผู้วิจัยจะช่วยเหลือหรือเป็นโค้ชให้สามีหรือผู้ดูแล จนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมด ในระยะเบ่งคลอด ให้ผู้คลอดเบ่งเอง ให้สามีหรือผู้ดูแลอยู่ด้วยและให้กำลังใจ ตลอดระยะเบ่งคลอด ไม่ตัดฝีเย็บโดยไม่จำเป็น ทั้งนี้กลุ่มทดลองจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานโรงพยาบาลควบคู่กับการติดตามประเมินภาวะสุขภาพของมารดาและทารกอย่างต่อเนื่อง เพื่อความปลอดภัยของมารดาและทารก

กลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลในระยะตั้งครรภ์มีการให้ความรู้ผ่าน QR code ในสมุดคู่มือสุขภาพแม่และเด็ก ครอบคลุมการดูแลระหว่างตั้งครรภ์ การนับลูกคืบ สัญญาณอันตรายและอาการใกล้คลอด ทางเลือกการคลอด การเตรียมตัวมาโรงพยาบาลและขั้นตอนการดูแลในห้องคลอดให้การดูแลตามมาตรฐานในระยะคลอด ประกอบด้วย การประเมินแรกรับการตรวจครรภ์ ประเมินสัญญาณชีพ ตรวจภายใน ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ แนะนำสถานที่และอธิบายข้อปฏิบัติขณะอยู่โรงพยาบาล และการดูแลตามระยะของการคลอด ระยะ Latent phase ตรวจการหดตัวของมดลูกและฟังเสียงการเต้นหัวใจทารก ทุก 1 ชั่วโมง ตรวจภายใน ทุก 4 ชั่วโมง Monitor EFM ทุก 8 ชั่วโมง ส่วนระยะ Active phase และระยะ Transition phase ตรวจการหดตัวของมดลูกและฟังเสียงการเต้นหัวใจทารก ทุก 30 นาที ตรวจภายในทุก 2 ชั่วโมงและหรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง ร่วมกับการดูแลในระยะคลอดโดยใช้แนวทางการคลอดด้วยตนเอง (Active Birth) แต่มีข้อจำกัด คือ ไม่อนุญาตให้สามีหรือญาติเข้ามาอยู่เป็นเพื่อน และห้องคลอดรวมไม่แยกเป็นสัดส่วน

การประเมินผลโปรแกรม ในระยะตั้งครรภ์ 4 สัปดาห์ หลังเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ตอบแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด และประเมินความกลัวการคลอด (W-DEQ A) (Post-test ครั้งที่ 1) ส่วนในระยะคลอด ผู้วิจัยให้ทั้งสองกลุ่มตอบประเมินการเผชิญความเจ็บปวด ครั้งที่ 1 เมื่อปากมดลูกเริ่มเปิดเร็ว (เปิดประมาณ 4-5 เซนติเมตร) และ ครั้งที่ 2 เมื่อปากมดลูกใกล้เปิดหมด (ปากมดลูกเปิดประมาณ 8-9 เซนติเมตร) ส่วนในระยะหลังคลอด ภายใน 12-24 ชั่วโมงหลังคลอด ทั้งสองกลุ่ม ตอบการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด และประเมินความกลัวการคลอด (W-DEQ B) (Post-test ครั้งที่ 2)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์ และข้อมูลผลลัพธ์ของการคลอดวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พร้อมเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Fisher's Exact Test สถิติไคส์แควร์ (Chi-square) และสถิติการทดสอบสถิติทีแบบอิสระ (Independent t-test)

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด ความกลัวการคลอด และการเผชิญเจ็บปวดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติทีแบบอิสระ (Independent t-test)

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด และความกลัวการคลอด โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำของค่าเฉลี่ยรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด ภายในกลุ่มของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure ANOVA)

การวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่สูญหายระหว่างการดำเนินการวิจัย โดยในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 4 ราย เนื่องจากเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะรอคลอด ทำให้ไม่สามารถคลอดด้วยตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในการวิจัย ส่งผลให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ เหลือกลุ่มละ 27 ราย รวมทั้งสิ้น 54 ราย จากจำนวนที่คำนวณได้กลุ่มละ 31 ราย

ผลการวิจัย

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีอายุเฉลี่ย 25.11 ± 5.01 ปี และอายุอยู่ในช่วง 20-29 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 74.10 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม ทั้งหมดมีสถานภาพสมรส มีความคาดหวังว่าสามารถคลอดได้ด้วยตนเอง ร้อยละ 74.10 และ 63.00 ทั้งสองกลุ่มมาคลอดเมื่ออายุครรภ์ครบกำหนด โดยมีอายุครรภ์ 37-38 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 74.10 เมื่อแรกรับในห้องคลอด กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอยู่ในระยะปากมดลูกเปิดช้า ไม่ได้รับยาบรรเทาปวด และไม่ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ระยะที่ 1 ของการคลอดมีค่าเฉลี่ย 14.46 ± 6.42 ชั่วโมง และ 10.49 ± 5.30 ชั่วโมง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีภาวะตกเลือดหลังคลอด กลุ่มละ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.70 ปริมาณเลือด

ที่สูญเสียทั้งหมดในระยะคลอดเฉลี่ย 110.74 ± 94.66 และ $3,110.56 \pm 362.80$ กรัม และทุกรายมีคะแนน Apgar มิลลิตรและ 136.67 ± 100.91 มิลลิตร ส่วนทารก นาทที่ 1 และ 5 อยู่ในช่วง 9-10 คะแนน มีน้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ยใกล้เคียงกันคือ $3,003.15 \pm 421.99$ กรัม

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด และความกลัว การคลอด ระยะก่อนได้รับโปรแกรม 4 สัปดาห์หลังได้รับโปรแกรม และระยะหลังคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 54)

ตัวแปร	$\bar{X} \pm S.D.$		Independent t-test	p-value
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ		
	(n = 27)	(n = 27)		
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด				
ก่อนได้รับโปรแกรม	91.37 $\pm$ 22.33	99.85 $\pm$ 22.05	-1.404	.166
4 สัปดาห์ หลังได้รับโปรแกรม	128.67 $\pm$ 14.49	97.19 $\pm$ 23.75	5.878	< .001
ระยะหลังคลอด	141.07 $\pm$ 13.70	86.85 $\pm$ 33.25	7.834	< .001
ความกลัวการคลอด				
ก่อนได้รับโปรแกรม	76.78 $\pm$ 19.41	64.93 $\pm$ 22.28	2.084	.042
ระยะ 4 สัปดาห์ได้รับโปรแกรม	48.93 $\pm$ 17.56	79.11 $\pm$ 21.70	-5.618	< .001
ระยะหลังคลอด	25.59 $\pm$ 9.81	84.56 $\pm$ 26.02	-11.016	< .001

*** p < .001

จากตารางที่ 1 พบว่า ก่อนได้รับ โปรแกรมทั้งสองกลุ่ม มีค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด ไม่แตกต่างกัน ($p = .166$) 4 สัปดาห์หลังได้รับ โปรแกรมและระยะหลังคลอด กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด ของสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนความกลัวการคลอด ก่อนได้รับ โปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความกลัวการคลอดมากกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .042$) แต่ระยะ 4 สัปดาห์หลังได้รับ โปรแกรม และระยะหลังคลอด กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความกลัวการคลอดน้อยกว่า กลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของการเผชิญความเจ็บปวดในผู้คลอดครั้งแรก ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 54)

ตัวแปร	$\bar{X} \pm S.D.$		Independent t-test	p-value
	กลุ่มทดลอง (n = 27)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 27)		
ระยะปากมดลูกเริ่มเปิดเร็ว	5.26 ± 1.059	$3.93 \pm .917$	4.945	< .001
ระยะปากมดลูกใกล้เปิดหมด	2.33 ± 1.000	$1.26 \pm .944$	4.058	< .001

*** p < .001

จากตารางที่ 2 พบว่า การประเมินการเผชิญความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเริ่มเปิดเร็ว (ปากมดลูกเปิด 4-5 เซนติเมตร) และระยะปากมดลูกใกล้เปิดหมด

(ปากมดลูกเปิด 7-8 เซนติเมตร) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการเผชิญความเจ็บปวดสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด และความกลัวการคลอด ระยะเวลาก่อนได้รับโปรแกรม 4 สัปดาห์หลังได้รับโปรแกรม และระยะหลังคลอด ภายในกลุ่มของกลุ่มทดลอง ($n = 27$)

แหล่งความแปรปรวน	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	Fa	Sig
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด					
ภายในกลุ่ม	36138.741	1.542	23433.080	71.276	< .001
ความคลาดเคลื่อน	13182.593	40.097	328.764		
ความกลัวการคลอด					
ภายในกลุ่ม	35460.840	2	17730.420	95.261	< .001
ความคลาดเคลื่อน	9678.494	52	186.125		

F^a = Sphericity Assumed

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด และความกลัวการคลอด ระยะเวลาก่อนได้รับโปรแกรม ระยะ 4 สัปดาห์หลังได้รับโปรแกรม และระยะหลังคลอด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด มีค่าสูงขึ้นตามลำดับ ขณะที่ความกลัวการคลอดมีค่าเฉลี่ยลดลงตามลำดับ (ตารางที่ 1)

การอภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. ก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด ไม่แตกต่างกัน เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 สะท้อนว่าผู้คลอดครั้งแรก ยังไม่มีประสบการณ์การคลอด อาจยังขาดความมั่นใจในการเผชิญกระบวนการคลอด ส่งผลให้ระดับการรับรู้สมรรถนะในการคลอดทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่าง นอกจากนี้ แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีปัจจัยสนับสนุน เช่น อายุที่เหมาะสม สถานภาพสมรส และความคาดหวังว่าสามารถคลอด

ได้ด้วยตนเองสูง แต่ปัจจัยเหล่านี้ อาจยังไม่เพียงพอที่จะสร้างความแตกต่างด้านการรับรู้สมรรถนะได้ หากยังขาดประสบการณ์ตรงหรือการเตรียมความพร้อมก่อนคลอด อย่างเป็นระบบ อย่างไรก็ตามภายหลังได้รับโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด ในระยะ 4 สัปดาห์หลังได้รับโปรแกรม และระยะหลังคลอด สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบทั้งสองระยะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดด้วยตนเองเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดด้วยตนเอง ซึ่งอธิบายได้ว่าการที่ผู้วิจัยจัดกิจกรรมตามแนวคิดการคลอดด้วยตนเองผ่านการเรียนรู้จาก 4 แหล่งของแบนดูรา (Bandura, 1997) ไม่ว่าจะเป็นการสร้างทัศนคติที่ดีและให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดด้วยตนเอง ฝึกการบรรเทาปวด เผชิญความเจ็บปวด โดยไม่ใช้ยา และฝึกทักษะการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน การเคลื่อนไหวร่างกายตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ และเมื่อเข้ารับการดูแลที่ห้องคลอดผู้คลอดได้ปฏิบัติจริง ผู้คลอดเกิดการประสบความสำเร็จด้วยตนเอง ช่วยลดความ

ไม่แน่นอนและความกลัว ส่งเสริมให้ผู้คลอดเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถเผชิญกับการคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของซามาน และคณะ (Zaman et al., 2024) ที่พบว่า การจัดโปรแกรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวดในหญิงตั้งครรภ์สามารถส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงในช่วงเวลาที่ต่างกัน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนได้รับโปรแกรม 4 สัปดาห์หลังได้รับโปรแกรม และระยะหลังคลอด เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 อธิบายได้จากการศึกษาที่ผู้คลอดสามารถนำความรู้และทักษะการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาและการเคลื่อนไหวอย่างอิสระไปใช้จริงจนเกิดประสบการณ์ความสำเร็จในการคลอดด้วยตนเอง ซึ่งเป็นแหล่งสำคัญของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน นอกจากนี้ การกระตุ้นทางอารมณ์ การสนับสนุนทางอารมณ์จากสามีหรือผู้ดูแล และการจัดสภาพแวดล้อมห้องคลอดที่เอื้อต่อความเป็นส่วนตัวช่วยลดความกลัวและความวิตกกังวล ส่งเสริมความมั่นใจและการควบคุมตนเอง ส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดเพิ่มสูงขึ้นในระยะหลังคลอด ทั้งนี้ผลการศึกษาสะท้อนบทบาทสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมและแนวคิดการคลอดด้วยตนเอง ต่อการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้คลอดอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับจันทนา โปรยเงินและคณะ (Proyngern et al., 2015) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของสามีหรือญาติช่วยเสริมการควบคุมตนเอง ความมั่นใจ และทัศนคติที่ดีต่อการคลอด โดยการสนับสนุนทางกายและอารมณ์ดังกล่าวเอื้อต่อการควบคุมอารมณ์และการคลอดตามธรรมชาติ ซึ่งเป็นหัวใจของแนวคิด Active Birth และส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้คลอดอย่างมีประสิทธิภาพ

2. กลัวการคลอด ผลการวิจัยพบว่า ระยะก่อนได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความกลัวการคลอดแตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4 โดยกลุ่มทดลองมีความกลัวการคลอดสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งนี้

เมื่อพิจารณาจากข้อมูลส่วนบุคคล พบข้อน่าสังเกตว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองเป็นผู้ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือมีอาชีพแม่บ้านและมีการศึกษาระดับปริญญาตรีสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ประมาณ 2 เท่า จึงเป็นไปได้ว่า หญิงที่มีการศึกษาสูงกว่ามักให้ความสำคัญต่อสุขภาพของตนเองมากกว่า (Alemu, Wudu, & Lakew, 2024) และการไม่ได้ทำงาน ทำให้มีเวลาสนใจกับสุขภาพของตนเองและทราบมากกว่าหญิงที่มีภาระรับผิดชอบเรื่องงาน (Kifle, Azale, Gelaw, & Melsew, 2017) ทำให้กลุ่มทดลองมีความกลัวการคลอด มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างไรก็ตาม ระยะ 4 สัปดาห์หลังได้รับ โปรแกรม และระยะหลังคลอด กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความกลัวการคลอดต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบทั้งสองระยะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องตามสมมติฐานข้อที่ 5 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดด้วยตนเอง ช่วยลดความกลัวการคลอดลงได้ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมตามปกติ

ผลดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า การที่ผู้วิจัยซักถามด้วยคำพูด ให้ความรู้และสร้างทัศนคติต่อการคลอดด้วยตนเอง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของการคลอดดังกล่าว สามารถช่วยลดความกลัวการคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของซามาน และคณะ (Zaman et al., 2024) ที่พบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอด เมื่อผู้คลอดมีความรู้ว่าการคลอดเป็นกระบวนการตามธรรมชาติ สามารถคลอดเองได้ ทำให้ผู้คลอดเกิดความคาดหวังว่าตนเองสามารถกระทำพฤติกรรมต่างๆ ควบคุมตนเองแลปรับตัวต่อสถานการณ์ได้ สามารถลดความกลัวการคลอดได้ และส่งเสริมประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเองโดยไม่ใช้ยา ฝึกเทคนิคบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาและการบริหารร่างกายเพื่อเตรียมคลอด รวมทั้งส่งเสริมการเคลื่อนไหวอย่างอิสระในระยะคลอด การฝึกและการปฏิบัติดังกล่าวช่วยพัฒนาทักษะที่จำเป็น เสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและลดความกลัวการคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของสตรีบิช และอายเออร์เล (Striebich & Ayerle, 2020) ที่พบว่า การให้ความรู้ควบคู่การฝึกปฏิบัติ เช่น การหายใจและการผ่อนคลาย สามารถลดความกลัวการคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงในช่วงเวลาที่ต่างกัน ผลการวิจัยพบว่าระดับความกลัวการคลอดของกลุ่มทดลองลดลงอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ก่อนได้รับโปรแกรม ระยะ 4 สัปดาห์ หลังได้รับโปรแกรม และระยะหลังคลอด เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 6 สะท้อนบทบาทสำคัญของการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อการลดความกลัวในผู้คลอดครั้งแรก ซึ่งมักเผชิญความกลัวจากสถานที่และประสบการณ์ที่ไม่คุ้นเคย การให้กำลังใจ การอยู่เป็นเพื่อน และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องช่วยเสริมความรู้สึกลดความกลัวความโดดเดี่ยว และส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อการคลอด ดังนั้นการสนับสนุนด้านอารมณ์จึงมีความสำคัญมากในการลดความกลัวการคลอด (Khamchian, Adib-Hajbaghery, Heydari-Khayat, Rezaei, & Sabery, 2020) สอดคล้องกับผลการศึกษานิตยา พรหมกันทา และคณะ (Promkunta, Baosoung, & Sansiriphun, 2020) ที่พบว่า การสนับสนุนทางอารมณ์ โดยการใช้คำพูดเพื่อให้กำลังใจ ส่งผลให้ผู้คลอดมีกำลังใจ เกิดความมั่นใจ และมีทัศนคติที่ดีต่อการคลอด การอยู่เป็นเพื่อนทำให้ผู้คลอดรู้สึกได้รับการดูแลเอาใจใส่ ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ส่งผลต่อสภาวะอารมณ์ของผู้คลอดทางด้านบวก สามารถช่วยลดความกลัวการคลอดได้ นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังพบว่าระยะหลังคลอดกลุ่มทดลองมีความกลัวการคลอดต่ำลงมากที่สุด เนื่องจากการผ่านประสบการณ์คลอดจริงอย่างปลอดภัยและได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ช่วยลดความกลัวจากการคาดการณ์ล่วงหน้า และเสริมความเชื่อมั่นในตนเอง ส่งผลให้ความกลัวการคลอดลดลงตามธรรมชาติในระยะหลังคลอด

3.การเผชิญความเจ็บปวด พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการเผชิญความเจ็บปวดระยะปากมดลูกเริ่มเปิดเร็ว และปากมดลูกใกล้เปิดหมด สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 7 แสดงว่าโปรแกรมส่งเสริมรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดด้วยตนเองช่วยให้ผู้คลอดครั้งแรกสามารถเผชิญความเจ็บปวดระหว่างการคลอด และจัดการกับความเจ็บปวดจากการคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ตัวแปรส่วนบุคคล เช่น ระดับการศึกษา รายได้ และความคาดหวังในการคลอดด้วยตนเองอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับความสามารถ

ในการเผชิญความเจ็บปวด โดยผู้คลอดที่มีระดับการศึกษาและรายได้ที่เหมาะสม มักมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลและการเตรียมความพร้อมที่ดีส่งผลให้สามารถเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขณะที่ความคาดหวังในการคลอดด้วยตนเองสะท้อนถึงการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้คลอดสามารถจัดการกับความเจ็บปวดได้ดียิ่งขึ้น จากการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอดธรรมชาติ เทคนิคการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา ร่วมกับการฝึกทักษะ ทำให้ผู้คลอดมีการประเมินและการแปลความหมายเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์ไปในทางบวก ลดความกลัว อันเป็นปัจจัยส่งเสริมให้สามารถเผชิญความเจ็บปวดได้ดีขึ้น สอดคล้องการศึกษานิวัฒน์ พงษ์บุตรแสงดี และชวลิต จันท์ขาว (Budsangdee & Chankhao, 2021) ที่พบว่า การใช้แอปพลิเคชันเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการเข้าสู่การคลอด การฝึกปฏิบัติทักษะบรรเทาอาการเจ็บปวดจนเกิดประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเอง การเรียนรู้จากตัวแบบ และการได้รับคำชักจูงรวมทั้งการให้ข้อมูลแนวทางการเตรียมตัวคลอดและกำลังใจ ช่วยเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้คลอด ส่งผลให้สามารถเผชิญความเจ็บปวดระหว่างคลอดได้ดีขึ้น

นอกจากนี้การจัดกิจกรรมการกระตุ้นทางอารมณ์ โดยให้สามีหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดระยะคลอด ส่งผลให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น มีความมั่นใจในการเผชิญความเจ็บปวดมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุกัสนาฏมณ และปรียารณ วิบูลย์วงศ์ (Pumek & Vibulwong, 2017) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์อย่างต่อเนื่องช่วยให้ผู้คลอดสามารถเผชิญความเจ็บปวดระหว่างการคลอดได้ดีขึ้นเช่นเดียวกัน ผู้วิจัยยังส่งเสริมให้ผู้คลอดเกิดประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองกระตุ้นใช้เทคนิคบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา การใช้ท่าทางและเคลื่อนไหวร่างกายอย่างเหมาะสม ซึ่งช่วยส่งเสริมให้เกิดความก้าวหน้าของการคลอด ลดความเจ็บปวด และลดเวลาคลอด ส่งผลให้ผู้คลอดมีความมั่นใจในการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดมากยิ่งขึ้น ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดด้วยตนเอง เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการเตรียมความพร้อมทั้งทางกาย

และจิตใจของผู้คลอดครั้งแรก ช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ทำให้เผชิญความเจ็บปวดได้เหมาะสม และนำไปสู่ประสบการณ์การคลอดที่ดี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลผดุงครรภ์สามารถนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดด้วยตนเอง ร่วมกับตามแนวคิดการคลอดด้วยตนเอง มาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ เพื่อเตรียมความพร้อมทางร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ผ่านให้ความรู้และการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ และการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่มีความวิตกกังวลหรือมีความกลัวการคลอดสูง รวมถึงหญิงตั้งครรภ์ที่เคยมีประสบการณ์การคลอดที่ไม่ดีมาก่อน

2. โรงพยาบาลจัดให้มีบริการการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมการคลอดปกติตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ถึงระยะคลอด โดยหน่วยบริการผดุงครรภ์สามารถนำแนวคิดของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลอด ไปบูรณาการกับกิจกรรมการให้ความรู้ก่อนคลอด รวมถึงส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีหรือผู้ดูแล ในการสร้างความเชื่อมั่นการคลอด และลดความกลัวของหญิงตั้งครรภ์ ส่วนในหออคลอดประยุกต์ในการส่งเสริมการคลอดปกติตามแนวคิดการคลอดด้วยตนเอง ให้การสนับสนุนทางด้านร่างกายอารมณ์ให้เกิดความเชื่อมั่นและเผชิญการคลอดได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีศึกษาผลของการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อผลลัพธ์ของการคลอด เช่น เปรียบเทียบอัตราการคลอดทางช่องคลอด ระยะเวลาการคลอด ภาวะสุขภาพของทารกแรกเกิด รวมทั้งขยายการศึกษาไปยังหญิงตั้งครรภ์กลุ่มอื่นๆ เช่น หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน หรือสตรีที่มีประสบการณ์คลอดไม่ดี เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมในบริบทที่หลากหลาย

2. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมในรูปแบบออนไลน์ หรือสื่อดิจิทัล เพื่อเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงความรู้ และฝึกทักษะการจัดการความเจ็บปวดได้สะดวกมากขึ้น และสามารถส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อจำกัดการวิจัย

1. การสุ่มหาของของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการดำเนินการวิจัย โดยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีการสุ่มหาของกลุ่มละ 4 ราย เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนขณะรอคลอด ส่งผลให้ไม่สามารถดำเนินการคลอดตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ได้

2. จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์ลดลงจากที่คำนวณไว้ (จากกลุ่มละ 31 ราย เหลือกลุ่มละ 27 ราย) ซึ่งอาจส่งผลต่ออำนาจการทดสอบทางสถิติ และความแม่นยำในการตรวจจับความแตกต่างระหว่างกลุ่ม

3. ปัจจัยแทรกซ้อนทางสถิติที่เพิ่มขึ้นระหว่างการวิจัย ซึ่งไม่สามารถควบคุมได้ อาจมีผลกระทบต่อผลลัพธ์ของการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

- Alemu, C., Wudu, H., & Lakew, S. (2024). Fear of childbirth and its associated factors among pregnant women in Dejen Woreda, East Gojjam Zone, Northwest Ethiopia: A community-based cross-sectional study. *Scientific Reports*, 14(1), 9319. Retrieved from <https://doi.org/10.1038/s41598-024-58855-5>.
- Balaskas, J. (1992). *Active birth: The new approach to giving birth naturally*. Boston, MA: Harvard Common Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman.
- Budsangdee, B., & Chankhao, C. (2021). Effect of using an application for enhancing childbirth self-efficacy to cope with labor pain and perception of the childbirth experience of nulliparous pregnant adolescents. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 14(1), 241-255. [In Thai].

- Dammensek, P., Kantaraksa, K., & Chalernsuk, N. (2020). Effectiveness of promoting childbirth self-efficacy among pregnant women: A systematic review. *Nursing Journal CMU*, 47(4), 203-215. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/247943>.
- Khamehchian, M., Adib-Hajbaghery, M., Heydari-Khayat, N., Rezaei, M., & Sabery, M. (2020). Primiparous women's experiences of normal vaginal delivery in Iran: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 259. Retrieved from <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02954-4>.
- Kifle, D., Azale, T., Gelaw, Y. A., & Melsew, Y. A. (2017). Maternal health care service seeking behaviors and associated factors among women in rural Haramaya District, Eastern Ethiopia: A triangulated community-based cross-sectional study, *Reproductive Health*, 14(6), 1-11. Retrieved from <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0270-5>
- Kovavisarach, E. (2016). *How to give birth?*. Bangkok: Tatata Publication. [In Thai].
- Little, R. J. A., & Rubin, D. B. (2002). *Statistical analysis with missing data* (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons. Retrieved from <https://doi.org/10.1002/9781119013563>.
- Lowe, N. K. (1991). Maternal confidence in coping with labor: A self-efficacy concept. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 20(6), 457-463. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1991.tb01711.x>.
- Lowe, N. K. (1993). Maternal confidence for labor: Development of the childbirth self-efficacy inventory. *Research in Nursing & Health*, 16(2), 141-149. Retrieved from <https://doi.org/10.1002/nur.4770160209>.
- Nooied, B., Chunuan, S., & Phumdoung, S. (2023). Effectiveness of a nurse-led program to enhance self-efficacy of pregnant adolescents and reduce their fear of childbirth: A randomized controlled trial. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 27(1), 4-18. Retrieved from <https://doi.org/10.60099/pnr.2023.260325>.
- Panthongchai, S., Yusamran, C., & Pahuwattanakorn, W. (2017). Effects of self-efficacy enhancing program during childbirth on pain coping behavior in nulliparous women. *Kuakarun Journal of Nursing*, 24(1), 130-146. [In Thai].
- Pumek, S., & Vibulwong, P. (2017). The role of husbands in caring for their wives during labor. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 33(3), 166-177. [In Thai].
- Promkunta, N., Baosoung, C., & Sansiriphun, N. (2020). Effects of social support on fear of childbirth among primiparous women. *Nursing Journal CMU*, 47(3), 40-49. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/245706>.
- Proyngern, C., Sangin, S., & Supasrimanont, W. (2015). Effects of a self-efficacy enhancement program for childbirth on child birth self-efficacy and self-control during labor among primiparous women. *The Journal of Faculty of Nursing, Burapha University*, 23(1), 1-13. [In Thai].
- Ryding, E. L., Wijma, B., Wijma, K., & Rydhström, H. (1998). Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 77(5), 542-547.
- Sansiriphun, N. (2013). Fear of childbirth. *Nursing Journal*, 40(Suppl), 103-112. [In Thai].

- Siriarunrat, S., Suppasri, P., & Ross, R. (2014). Coping strategies with labor pain among first-time mothers. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 22(3), 56-68. [In Thai].
- Srisatidnarakul, B. (2004). *Effect size, power analysis, and appropriate sample size calculation using the GPower program**. Bangkok: Chulalongkorn University Book Center. [In Thai].
- Striebich, S., & Ayerle, G. M. (2020). Fear of childbirth (FOC): Pregnant women's perceptions of the impending hospital birth and coping resources-a reconstructive study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 41(3), 231-239. Retrieved from <https://doi.org/10.1080/0167482X.2019.1657822>.
- Tanglakmankhong, K., Perrin, N. A., & Lowe, N. K. (2011). Childbirth self-efficacy inventory and childbirth attitudes questionnaire: Psychometric properties of Thai language versions. *Journal of Advanced Nursing*, 67(1), 193-203. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05479.x>.
- Budsaendee, B., & Chankhao, C. (2021). Effect of using an application for enhancing childbirth self-efficacy to cope with labor pain and perception of the childbirth experience of nulliparous pregnant adolescents. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 14(1), 241-255. [In Thai].
- Zaman, A., Fadlalmola, H. A., Ibrahim, S. E., Ismail, F. H., Abdelwahed, H. H., Ali, A. M., ... Saad, A. M. (2025). The role of antenatal education on maternal self-efficacy, fear of childbirth, and birth outcomes: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Midwifery*, 9(3), 1-6. Retrieved from <https://doi.org/10.18332/ejm/200747>.

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ เพื่อลงวารสารการพยาบาลและสุขภาพ

กองบรรณาธิการวารสารการพยาบาลและสุขภาพ เป็นวารสารของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ยินดีรับต้นฉบับจากทุกท่านที่เป็นสมาชิกวารสารการพยาบาลและสุขภาพ ทั้งบทความวิชาการ รายงานการวิจัย บทความงานสร้างสรรค์ บทความปริทัศน์ บทความพิเศษ ที่กองบรรณาธิการพิจารณาว่ามีความเหมาะสมในการตีพิมพ์โดยบทความดังกล่าวจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน หรือไม่อยู่ในระหว่างการส่งไปหรือขอรับการตีพิมพ์ในวารสารอื่น

กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับให้เหมาะสมตามเกณฑ์ โดยกองบรรณาธิการจะตรวจสอบคุณภาพงานโดยมีผู้ทรงคุณวุฒิอ่าน (Peer review) อย่างน้อย 2 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านเนื้อหาที่ส่ง และด้านระเบียบวิธีวิจัย ก่อนการพิจารณาตีพิมพ์ ข้อความต่าง ๆ ของผู้เขียนบทความเป็นความเห็นส่วนตัว โดยกองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป

กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบถึงความคืบหน้าในการส่งบทความของท่าน และการประเมินผลงานของผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นระบบไม่เปิดเผยชื่อผู้แต่ง (Double blind-peer review) หลังการประเมินเอกสารจะถูกส่งไปยังผู้รับผิดชอบหลัก และต้องแก้ไขให้ถูกต้องครบถ้วน ตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วส่งคืนเพื่อให้กองบรรณาธิการตรวจทานก่อนส่งโรงพิมพ์

การเตรียมต้นฉบับ

1. พิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word ใช้กระดาษพิมพ์ ขนาด A4 ใช้ขนาดอักษร ตามที่กำหนดไว้ด้านล่าง โดย หัวข้อเป็นตัวหนา และมีจำนวนหน้าไม่เกิน 12 หน้า (รวมเอกสารอ้างอิง) โดยตั้งขอบกระดาษทุกด้าน 2.50 เซนติเมตร บทความภาษาไทย ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ ตัวอักษร Angsana UPC บทความภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร Times New Roman โดยมีขนาดตัวอักษรในส่วนต่างๆ ดังนี้

ชื่อเรื่อง

บทความภาษาไทย ขนาด 16 ตัวหนา

บทความภาษาอังกฤษ ขนาด 12 ตัวหนา

ชื่อผู้เขียนประกอบด้วย ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ

บทความภาษาไทย ขนาด 16

บทความภาษาอังกฤษ ขนาด 12

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

บทความภาษาไทย ขนาด 14

บทความภาษาอังกฤษ ขนาด 12

บทคัดย่อ

บทคัดย่อกำหนดให้ความยาวไม่เกิน 300 คำและให้พิมพ์หัวข้อเป็นตัวหนา

บทความภาษาไทย ขนาด 14

บทความภาษาอังกฤษ ขนาด 10

คำสำคัญ ไม่เกิน 5 คำ ให้หัวข้อเป็นตัวเอียงและตัวหนา

บทความภาษาไทย ขนาด 14

บทความภาษาอังกฤษ ขนาด 10

2. ชื่อเรื่อง พิมพ์ไว้หน้าแรกตรงกลาง ชื่อ นามสกุล ผู้เขียน ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ อยู่ด้านขวามือ ส่วนตำแหน่งทางวิชาการ/วิชาชีพ และสถานที่ทำงานผู้เขียน พิมพ์ไว้ในเชิงบรรทัดแรก ผู้รับผิดชอบหลัก (Corresponding author) ให้ใส่ e-mail address ต่อท้าย ตัวอย่างเช่น *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, e-mail: worawant@nu.ac.th

3. ทั้งบทความวิชาการและรายงานการวิจัยต้องมีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พร้อมทั้งคำสำคัญ (Keywords)

บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษของรายงานการวิจัยประกอบด้วย 6 ส่วน คือ (1) ความสำคัญของปัญหา (2) วัตถุประสงค์การวิจัย (3) ระเบียบวิธีวิจัย ได้แก่ ชนิดของการวิจัย สถานที่ศึกษา ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ สรุปลักษณะการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล (4) ผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์ (5) สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะที่สอดคล้องกับผลการวิจัย (6) คำสำคัญ ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (ตัวอย่างการเขียนคำสำคัญ ภาษาไทยคำสำคัญ: ผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้า ชุมชนชนบท ตัวอย่าง ภาษาอังกฤษ Keywords; Elderly, Depression, Urban area)

4. เนื้อหารายงานการวิจัยให้เรียงลำดับหัวข้อดังนี้

4.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

4.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย/สมมติฐานในการวิจัย (ถ้ามี)

4.3 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

4.4 วิธีการดำเนินการวิจัย (ประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำนวนและวิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรง (Validity) และความเที่ยง (Reliability) วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมและสถิติอะไร)

4.5 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง/อาสาสมัคร ระบุรหัสการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

4.6 ผลการวิจัย(รวมตารางและแผนภูมิประกอบไม่เกิน 4 ตาราง/ภาพ)

4.7 การอภิปรายผล

4.8 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ที่สอดคล้องกับข้อค้นพบที่สำคัญ และข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

4.9 กิตติกรรมประกาศ

4.10 กรณีที่ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัย ให้ระบุผู้ให้ทุนวิจัย

4.11 การมีส่วนได้เสียในโครงการวิจัย (Conflict of interest) ให้ระบุว่านักวิจัยมีส่วนได้เสียหรือไม่ ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบตัวเงิน หรือได้รับค่าตอบแทนซึ่งสามารถตีค่าเป็นจำนวนเงินได้ เช่น การได้รับเงินสนับสนุนให้ร่วมประชุมวิชาการหรือสัมมนาหรือการเกี่ยวข้องทางสายเลือดหรือการสมรส

5. การเขียนอ้างอิงในเนื้อหา

ใช้ระบบนามปี (Name Year System) ชื่อผู้แต่งภาษาไทยและผู้แต่งภาษาอังกฤษให้เขียนเฉพาะชื่อสกุล กันแต่ละสกุลด้วย, แล้วตามด้วยปี ค.ศ.

ตัวอย่าง ผู้แต่ง 1 คน

ข้อความ.....(Schermerhorn, 2010)

ตัวอย่าง ผู้แต่ง 2 คน

ข้อความ.....(Tipwareerom & Weglicki, 2017)

ถ้ามีผู้แต่ง 3-6 คน ให้เขียนชื่อสกุลทั้งหมดในการอ้างอิงครั้งแรก ครั้งต่อไปให้อ้างคนแรก และตามด้วยคณะ หรือ et al.

ตัวอย่าง ผู้แต่ง 3-6 คน

ข้อความ.....(Tipwareerom, Powwattana, Lapvongwatana, & Crosby, 2011)

ครั้งต่อไป ข้อความ.....(Tipwareerom et al., 2011)

ถ้ามีผู้แต่ง มากกว่า 6 คน ให้อ้างเฉพาะคนแรกและตามด้วย คณะ หรือ et al.

ตัวอย่าง ผู้แต่งมากกว่า 6 คน

ข้อความ.....(Ruan et al., 2011)

6. เอกสารอ้างอิงท้ายบทความ เป็นภาษาอังกฤษ ในระบบ APA 6th ed

การเตรียมเอกสารอ้างอิง

ให้ใช้ระบบ APA (American Psychological Association) 6th ed รายละเอียดการเขียนอ้างอิงสามารถดูได้จาก www.apa.org ทั้งนี้ ผู้เขียนต้องตรวจสอบให้ครบถ้วนและถูกต้องก่อนส่งบทความตีพิมพ์

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

(1) Journal article

1 author

Shrestha, S. (2002). Socio-cultural factors influencing adolescent pregnancy in rural Nepal. *International of Adolescent Medicine and Health*, 14(2), 101-109.

2 authors

Chanpichit, J., & Tipwareerom, W. (2018). Effect of health belief program on AIDS prevention behaviors among male adolescents of non-formal and informal education, Sawankhalok, Sukhothai. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 12(1), 35-47. [In Thai].

3-6 authors

Tipwareerom, W., Powwattana, A., Lapvongwatana, P., & Crosby, R. (2011). Effective of a model of risky sexual behavior prevention among adolescent boys in Thailand, Southeast-Asian *Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 42(3), 726-736.

More than 6 authors

Kirkman, M.S., Briscoe, V.J., Clark, N., Florez, H., Haas, L.B., Halter, J.B., ...Swift, C.S.(2012). Diabetes in older adults: A consensus report. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60, 2342-2356.

(2) Book

Penjan, S. (2009). *Nursing medicine 1*. Bangkok: N.P. Press. [In Thai]. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

(3) Organization

PraneetPanjanetal. (2008). Project to study attitude and risk behaviors of high school students in public health districts 4 and 5. *School-Aged and Youth Work*, Health Center 4, Ratchaburi, Department of Health, Ministry of Public Health. [In Thai].

(4) Chapter in the Book

Barker, E. (2008). Neuroanatomy and physiology of the nervous system. In E. Barker, (Ed.), *Neuroscience nursing: A spectrum of care* (3rd Ed.) (pp. 3-12). St. Louis: Mosby Elsevier.

(5) Agency publication

Thai Hypertension Society. (2009). *Guideline of hypertension in general practice*. Bangkok: HauiNum Printing. [In Thai].

(6) Thesis

Doncommul P. (2012). Effectiveness of implementing empowerment program on adherence to treatment regimen among persons with intensive phase of pulmonary tuberculosis, Lampang Hospital. Master Thesis (Nursing), Chiang Mai University, Chiang Mai. [In Thai].

(7) Website

United Nations. (2015). *World Population Ageing 2015*. retrieved 15 March 2016 from http://www.un.org/en/development2desa/population2WPA2015_Report.pdf.