



สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์
สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี
สำนักงานสาขากาตะวันออกเฉียงเหนือ
The Nurse's Association of Thailand

วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ Journal of Nursing and Therapeutic Care

ปีที่ 43 ฉบับที่ 4 (ตุลาคม - ธันวาคม) 2568
Volume 43 No.4 (October - December) 2025

ISSN 2985-1432 (Online)





วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ

JOURNAL OF NURSING AND THERAPEUTIC CARE

เจ้าของ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ที่ปรึกษา นางสาวกรรณิกา โททกะพานกุล

นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

บรรณาธิการที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล

ข้าราชการเกษียณอายุ

ศาสตราจารย์ ดร.รุจา ภูไพบูลย์

ข้าราชการเกษียณอายุ

รองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ

นายกสภาการพยาบาล

รองศาสตราจารย์ ดร.ดรณี รุจกรกานต์

วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวมาศ คุณล้าน เกื่อนนาดี

นายกกิตติมศักดิ์ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

บรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.จันทร์ทิรา เจียรณัย

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

บรรณาธิการผู้ช่วย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภวดี แถวเพี้ย

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธิดารัตน์ เลิศวิทยากุล

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

อาจารย์ ดร.ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี

อาจารย์ ดร.กชกร เพี้ยชัย

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

อาจารย์ ดร.จิรณัฐ สมโชค ไวก์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.เกษราวัลณ์ นิลวรังกูร

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

ศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริธังศรี

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

รองศาสตราจารย์ ดร.มาริสสา ไกรฤกษ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รองศาสตราจารย์ ดร.อัมพรพรรณ ธีรานูตร

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รองศาสตราจารย์ ดร.เสาวคนธ์ วีระศิริ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ข้าราชการเกษียณอายุ)

รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีัญญา จุฬาริ

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพน โบรมัน

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดลวิวัฒน์ แสนโสม

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฬารัตน์ ตั้งภักดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติรา ไกรนุวัตร

วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต

อาจารย์ ดร.สาดิ์ แอมิลตัน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

อาจารย์ ดร.สืบสาน รักสกุลพิวัฒน์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Mr. Kent Dale Hamilton

Faculty of Liberal Art Ubon Ratchathani University (ผู้ทรงคุณวุฒิด้านภาษาอังกฤษ)

ดร.ศศิมา ทองสาย

สถานส่งเสริมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

(ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสถิติ)

ดร.เอกชัย ภูผาใจ

โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

ฝ่ายจัดการ

อาจารย์ นุชพร คุ้มใหม่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

อาจารย์ศุจิรัตน์ ปัญญาแก้ว

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

อาจารย์ ชนิษฐา พรหมกระโทก

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

พว.นิพนธ์ วาดาดา

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

พว.กนกนาถ กิ่งสันเทียะ

นักวิชาการอิสระ

พว.พัชรี จันทะระ

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

นางสาวภาณุมาศ หาญสุริย์

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ



วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ JOURNAL OF NURSING AND THERAPEUTIC CARE

International Editorial Board Journal of Nursing and Therapeutic Care

Professor Patraporn Bhatarasakoon

Faculty of Nursing, Chiang Mai University, TH

Professor Wilaiporn Rojjanasrira

Graceland University School of Nursing, Independence,
Missouri, USA

Professor Suparp Aree-Ue

¹Department of Epidemiology and Biostatistics

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

Associate Professor Chantira Chiaranai

Institute of Nursing, Suranaree University of Technology, TH

Associate Professor Jom Suwanno

Faculty of Nursing, Walailak University, TH

Associate Professor Wasana Ruaisungnoen

Faculty of Nursing, Khon Kaen University, TH

Associate Professor Samoraphop Banharak

Faculty of Nursing, Khon Kaen University, TH

Associate Professor Buratin Khampirat

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

Associate Professor Inthira Roopsawang

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

Professor Benno von Bormann

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



วัตถุประสงค์

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

ขอเขียนหรือบทความใดๆ ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ ฉบับนี้เป็นความคิดเห็นเฉพาะตัวของผู้เขียน กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยและไม่มีข้อผูกพันประการใด



รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 1. รศ.ดร.ศรัญญา จุฬารีย์ | 23. ผศ.ดร.บุญพิชชา จิตต์ภักดี |
| 2. รศ.ดร.จิณห์จุฬา ชัยเสนา ดาลลาส | 24. ผศ.ดร.จิตภินันท์ ศรีจักรโคตร |
| 3. รศ.ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา | 25. ผศ. ดร.บุษบา สมใจวงศ์ |
| 4. รศ.ดร.หทัยชนก บัวเจริญ | 26. ผศ.ดร.ดวงพร ปิยะคง |
| 5. รศ.ดร.ศรีเมือง พลึงฤทธิ์ | 27. ผศ.ดร.ปัญญาวีชร ปรางภูมิผล |
| 6. รศ.ดร.นุจรี ไชยมงคล | 28. ผศ.ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ |
| 7. รศ.ดร.อัมพรพรรณ ธีรานูตร | 29. ผศ.ดร.น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ |
| 8. รศ.ดร.บัวหลวง สำแดงฤทธิ์ | 30. ผศ.ดร.อินทิรา ปากันทะ |
| 9. รศ.ดร.จอนพะจง เพ็งจาด | 31. ผศ.ดร.ลัดดาวัลย์ พุทธรักษา |
| 10. รศ.ดร.จุฬารณย์ ตั้งภักดี | 32. ผศ.ดร.อรอนงค์ วิชัยคำ |
| 11. รศ.ดร.อินทิรา รูปสว่าง | 33. ผศ.ดร.พิรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย |
| 12. รศ.ดร.วลัยพร นันทศุภวัฒน์ | 34. ผศ.ดร.ธิดารัตน์ เลิศวิทยากุล |
| 13. รศ.ดร.ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์ | 35. ผศ.ดร.กนกจันทร์ เข้ม้นการ |
| 14. รศ.ดร.เสาวคนธ์ วีระศิริ | 36. ผศ.ดร.สุภาพร วรรณสันทัด |
| 15. รศ.ดร.พิษณุประอร ยังเจริญ | 37. ผศ.ดร.จิตาภา ผูกพัน |
| 16. รศ.ดร.สมพร รุ่งเรืองกลกิจ | 38. ผศ.พ.ต.หญิง ดร.ปิยอร วรรณะทินภัทร |
| 17. รศ.ดร.นริสา วงศ์พนารักษ์ | 39. อาจารย์ ดร.ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์ |
| 18. ผศ.ดร.สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์ | 40. อาจารย์ ดร.ลักษณา ไชยนอก |
| 19. ผศ.ดร.วารีย์ กังใจ | 41. อาจารย์ ดร.จินตนา ตาปิน |
| 20. ผศ.ดร.อภิญญา วงศ์พิริโยธา | 42. อาจารย์ ดร.กชกร เพี้ยชัย |
| 21. ผศ.ดร.สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ | 43. อาจารย์ ดร. ทศนีย์ ทิพย์สูงเนิน |
| 22. ผศ.ดร.อาภา หวังสุขไพศาล | 44. ดร.เอกชัย ภูผาใจ |



สารบัญ

บทบรรณาธิการ

- * การพลิกโฉมการศึกษาพยาบาลในยุคดิจิทัล: โอกาส ความท้าทาย และแนวโน้มอนาคต
ธิดารัตน์ เลิศวิทยากุล (1-6)

บทความวิชาการ

- * ภาวะผู้นำในอนาคตของผู้บริหารทางการพยาบาลในยุคเปลี่ยนผ่าน จากยุค VUCA สู่ยุค BANI
จุฑาภรณ์ พระเมือง e280170
ดวงกมล ประสพแสนทวี (1-10)
ดวงพร ชูสวัสดิกุล มลฤดี มณีใหญ่
วาสนี วิเศษฤทธิ์

บทความวิจัย

- * ผลของการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงต่อผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติ
การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
ทัศนีย์ มีเทียน ต้องตา ชันธวิธิ e279560
รุ่งรัตน์ สุขะเดชะ มธุสร ปลาโพธิ์ (1-13)
เพ็ญศรี สำแดงฤทธิ์ มณีนรัตน์ หม้ายพินาย
พรพิมล ประกอบจรรยา
- * ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดต่อ
การลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วท่อนโตแบบสองกล้อง
เครื่องมือศัลยกรรม กตติยา นงเยาว์ มีเทียน e279383
สุพัตรา บัวทิ (1-14)
รัตติรัตน์ โกจะกัง e279475
พยาม การดี (1-13)
- * อิทธิพลของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วยและ
ความยึดมั่นผูกพันในงานต่อผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2
พรรณิกา เก่าตระกูล e279668
จิรรัตน์ หรือตระกูล (1-15)
- * ผลของโปรแกรมการจัดการเครื่องมือผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
ผ่านคิวอาร์โค้ดต่อการรับรู้การจัดเตรียมเครื่องมือของพยาบาล
ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง
นารี ไชยศิริ เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย e279916
กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร (1-15)
- * ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะต่อความรู้และสมรรถนะของ
ผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยาก
ซับซ้อนในชุมชน
ณัชชา ตระการจันทร์ e280040
จิรวัฒน์ ประครองพันธ์ (1-15)
- * การปฏิบัติทางจิตวิญญาณของบุคลากรที่ดูแลเด็กและวัยรุ่น
โรคมะเร็งการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ
วิภาวี พลแก้ว e279914
Katherine Heinze Charlotte Barry (1-22)



สารบัญ

- * ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมถูกลักลั่นแก๊งบนโลกออนไลน์กับการจัดการความเครียดของนักศึกษา: กรณีศึกษาวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
วิกานดา อนุสุเรนทร์ วิจิต หมอสมบุญ e279602
วีรวัฒน์ เวชกามา ศรัณญา สุพร (1-13)
ศศิประภา มั่นสลิลา ศศิพันธ์ แดงวิบูลย์
ภาสินี โทอินทร์
- * ปัจจัยทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลนครพนม
เจริญชัย หมื่นห่อ นทวรรณ หุ่นพยนต์ e279949
เพ็ญระมะสอน หมื่นห่อ (1-14)
จินตพัทธ์ จันทะโคตร
- * ผลของโปรแกรมการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์ต่อการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ
ชนันท์ภัทร์ สุขประเสริฐ e279998
เนตรชนก ศรีทุมมา (1-14)
เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย
- * การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองบูรณาการไร้รอยต่อเครือข่าย รพ.มหาราชนครราชสีมา ในจังหวัดนครราชสีมา
เพ็ญศรี รักษ์วงศ์ สุนันดา คเชนทร์ชัย e281574
มัจฉรินทร์ อัครพัฒน์ (1-16)
- * ผลของโปรแกรมการทำสมาธิต่อการรับรู้ความฉลาดทางอารมณ์ของพยาบาลหัวหน้าเวรในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง
แพรวพลอย วันนา เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย e280174
กรรณการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร (1-14)
- * การรับรู้และทัศนคติเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาเพื่อการรักษาทางการแพทย์ของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลในชุมชนชนบท จังหวัดภาคกลาง
จอนผะจง เพ็งจาด e282170
ปานจันทร์ ฐานกุลศักดิ์ (1-13)
สุชาดา ทวีสิทธิ์
- * การเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพจิตและความสุขของนักศึกษาระดับปริญญาตรีที่มีภาวะซึมเศร้าในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง
สลิลทิพย์ เหลารินทร์ ปิยอร วาณะทินภัทร e283810
ปณยาพร มั่นธรรม วริศรา ไร่พริก (1-14)
ฟ้าประทาน เครื่องหอม สุภารัตน์ แก่นจันทร์
- * อื่น ๆ
 - * คำแนะนำสำหรับผู้เขียน



Editorial Message

การพลิกโฉมการศึกษาพยาบาลในยุคดิจิทัล: โอกาส ความท้าทาย และแนวโน้มอนาคต

ธิดารัตน์ เลิศวิทยากุล ปร.ด.¹

บทคัดย่อ

การเปลี่ยนผ่านสู่ยุคดิจิทัลได้ส่งผลกระทบต่ออย่างลึกซึ้งต่อระบบสุขภาพและการศึกษาพยาบาลในศตวรรษที่ 21 บทความนี้สำรวจการบูรณาการเทคโนโลยีเกิดใหม่ อาทิเช่น ปัญญาประดิษฐ์ (AI) ความจริงเสมือน (VR/AR) และการจำลองสถานการณ์เสมือนจริง (Virtual simulation) เข้ากับการเรียนการสอนพยาบาล เพื่อมุ่งผลิตบัณฑิตที่มีสมรรถนะดิจิทัลและความสามารถในการคิดเชิงคลินิก โดยเน้นการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์สู่การสอนยุคใหม่ (Digital pedagogy) เช่น Flipped classroom, Game-based learning และ Micro learning ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายระดับสากล งานวิจัยในประเทศไทยได้แสดงถึงการพัฒนาและประยุกต์ใช้นวัตกรรมเหล่านี้เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้เชิงรุกและการประเมินผลแบบดิจิทัล (Digital assessment) ที่เน้นการประเมินเพื่อพัฒนา (Assessment for Learning) อย่างไรก็ตามการพลิกโฉมครั้งนี้ยังเผชิญความท้าทายในการลดความเหลื่อมล้ำทางทักษะดิจิทัล การพัฒนาศักยภาพอาจารย์ และการรักษาสมดุลระหว่างเทคโนโลยีกับหัวใจความเป็นมนุษย์และจริยธรรมวิชาชีพ บทสรุปเสนอว่าเทคโนโลยีเป็นเครื่องมือสนับสนุนการออกแบบประสบการณ์การเรียนรู้ที่เน้นมนุษย์เป็นศูนย์กลาง โดยอาจารย์พยาบาลต้องเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้ออกแบบและผู้อำนวยความสะดวกการเรียนรู้ เพื่อสร้างพยาบาลรุ่นใหม่ที่ยืดหยุ่นพร้อมทั้งทักษะดิจิทัล สมรรถนะทางคลินิก และความเมตตาต่อมนุษย์

คำสำคัญ: การศึกษาพยาบาล พลิกโฉม ยุคดิจิทัล โอกาสและความท้าทาย แนวโน้มอนาคต

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: thidaratana@cas.ac.th Tel: 085-2508444



Reimagining Nursing Education in the Digital Era: Opportunities, Challenges, and Future Directions

Thidaratana Lertwittayakul Ph.D.¹

Abstract

The digital transition has profoundly impacted the health system and nursing education in the 21st century. This article explores the integration of emerging technologies, such as Artificial Intelligence (AI), Virtual/Augmented Reality (VR/AR), and Virtual Simulation, into nursing education, aiming to produce graduates with digital competencies and clinical reasoning skills. It emphasizes a paradigm shift towards new teaching methods (Digital Pedagogy), such as Flipped Classroom, Game-based Learning, and Micro learning, which aligns with international policies. Several research studies in Thailand have demonstrated the development and application of these innovations to promote active learning and digital assessment, focusing on "Assessment for Learning." However, this transformation still faces challenges in reducing the digital skills gap, developing faculty potential, and balancing technology with the humanistic core and professional ethics. The key conclusion indicates that technology is a tool to support the design of human-centered learning experiences. Nursing instructors must shift their roles to learning designers and facilitators to create a new generation of nurses equipped with digital skills, clinical competencies, and human compassion.

Keywords: nursing education, transformation, digital era, opportunities and challenges, future trends

¹Assistant Professor, Faculty of Nursing, College of Asian Scholars

¹Corresponding author Email: thidaratana@cas.ac.th Tel: 085-2508444



บทนำ

การเปลี่ยนผ่านสู่ยุคดิจิทัลได้ส่งผลกระทบต่ออย่างลึกซึ้งต่อระบบสุขภาพ การจัดการบริการพยาบาล และรูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลในศตวรรษที่ 21 กับเทคโนโลยีเกิดใหม่ เช่น ปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) ความจริงเสมือน (Virtual Reality: VR) และ ความจริงเสริม (Augmented Reality: AR) การจำลองสถานการณ์เสมือนจริง (Virtual Simulation) ระบบข้อมูลสุขภาพดิจิทัล และนวัตกรรมการเรียนรู้เชิงโต้ตอบ ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ที่หลากหลายและมีประสิทธิภาพมากขึ้น¹⁻³ การศึกษาพยาบาลซึ่งเป็นสาขาวิชาชีพที่ต้องผสมผสาน “ศาสตร์-ศิลป์-หัวใจความเป็นมนุษย์” จำเป็นต้องปรับตัวให้เท่าทันความก้าวหน้าดังกล่าวเพื่อผลิตพยาบาลที่มีสมรรถนะดิจิทัล (Digital Competencies) และความสามารถในการคิดเชิงคลินิกในระบบสุขภาพที่ซับซ้อนยิ่งขึ้น⁴

นโยบายและการปรับตัวของการศึกษาพยาบาล

นโยบายระดับประเทศและระดับโลกต่างให้ความสำคัญกับการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขดิจิทัล โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) แนะนำให้สถาบันการศึกษาผลิตพยาบาลจัดทำหลักสูตรที่ส่งเสริม Digital Health Literacy, Clinical Judgment และ Simulation-based Training เพื่อยกระดับคุณภาพบริการพยาบาลในอนาคต⁵ การขับเคลื่อนนโยบายดังกล่าวสอดคล้องกับทิศทางของหลายสถาบันอุดมศึกษาที่เริ่มนำแพลตฟอร์มการเรียนรู้ออนไลน์ เทคโนโลยีการจำลองเสมือน และเครื่องมือประเมินผลเชิงดิจิทัล มาใช้สนับสนุนการเรียนรู้แบบยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (Learner-centered digital pedagogy)⁶⁻⁸

ในประเทศไทย การขยายบทบาทของ “การสอนพยาบาลในยุคดิจิทัล” ได้รับแรงสนับสนุนจากงานวิจัยและนวัตกรรมหลากหลายรูปแบบ ซึ่งการศึกษาของ อธิรัตน์ เลิศวิทย์กุล สะท้อนบทบาทสำคัญในการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ที่ใช้เทคโนโลยีเป็นฐาน เช่น การจัดการเรียนรู้เชิงรุกออนไลน์เพื่อส่งเสริมการคิดวิเคราะห์ การจัดการเรียนรู้แบบเทคโนโลยีฐานในการฝึกปฏิบัติงานคลินิก⁹ การเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติงานด้วยเครื่องมือดิจิทัล¹⁰ โปรแกรมการเรียนรู้แบบ 7-7 เพื่อพัฒนาทักษะการคิดเชิงวิพากษ์¹¹ การบูรณาการเกมเพื่อการประเมินผลการเรียนรู้¹² ตลอดจนการพัฒนาความเป็นผู้นำดิจิทัลของอาจารย์พยาบาลสรุปเป็นองค์ประกอบของภาวะผู้นำทางดิจิทัลสำหรับครูพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) Digital Citizenship (DC) ประกอบด้วยตัวชี้วัด 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้และการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล การสื่อสารดิจิทัล และ จริยธรรมดิจิทัล 2) Digital Professionalism (DP) ประกอบด้วยตัวชี้วัด 3 ด้าน ได้แก่ ความเชี่ยวชาญด้านทักษะดิจิทัล ทักษะดิจิทัลในการพยาบาล และ ทักษะดิจิทัลด้านสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ และ 3) Digital Vision (DV) ประกอบด้วยตัวชี้วัด 3 ด้าน ได้แก่ การสร้างแรงจูงใจด้านดิจิทัล การสร้างทีมงานดิจิทัล และ ความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรมด้านดิจิทัล¹³ งานวิจัยเหล่านี้สะท้อนว่าการนำดิจิทัลมาใช้ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จำเป็นต้องมีทั้งการออกแบบเชิงระบบ การสนับสนุนด้านนโยบาย และการพัฒนาศักยภาพอาจารย์ในการออกแบบการสอนยุคใหม่

เทคโนโลยีจำลองสถานการณ์ (Simulation / Virtual Simulation)

หนึ่งในความเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่สุดคือ การใช้เทคโนโลยีจำลองสถานการณ์ (Simulation / Virtual Simulation) ซึ่งช่วยให้นักศึกษาฝึกปฏิบัติได้อย่างปลอดภัยก่อนเข้าสู่สถานการณ์จริง งานวิจัยระดับนานาชาติสะท้อนชัดว่า VR ช่วยเพิ่มความมั่นใจ ความแม่นยำในการปฏิบัติทักษะ และลดความกลัวการทำหัตถการ¹⁴ ขณะที่ประเทศไทยเริ่มนำ VR และ Simulation มาใช้ในวิชาพื้นฐาน เช่น การประเมินร่างกาย (Physical Assessment) การช่วยฟื้นคืนชีพ (BLS/ACLS) และการพยาบาลวิกฤต ซึ่งช่วยยกระดับความพร้อมของนักศึกษาอย่างเป็นรูปธรรม



ปัญญาประดิษฐ์ (AI) ในการสอนพยาบาล

ปัญญาประดิษฐ์เป็นอีกมิติที่ถูกพัฒนาอย่างรวดเร็วในการสอนพยาบาล ไม่ว่าจะเป็น AI Tutor, Intelligent Feedback, ระบบวิเคราะห์ข้อสอบอัตโนมัติ หรือแพลตฟอร์มที่ช่วยฝึก Clinical Reasoning ผ่านสถานการณ์จำลอง ซึ่ง AI สามารถช่วยผู้เรียนวิเคราะห์ความเสี่ยงทางคลินิกและตัดสินใจได้แม่นยำขึ้น และจากการศึกษาของ อิศารัตน์ เลิศวิทยากุล เกี่ยวกับการใช้แอป ZipGrade เพื่อวิเคราะห์ผลสอบแบบเรียลไทม์และการประเมินผลแบบ Authentic Assessment¹⁵ สอดคล้องกับแนวโน้มอย่างเด่นชัด

ปัญญาประดิษฐ์ จึงมีบทบาทสำคัญต่อการเรียนการสอนในยุคดิจิทัล ช่วยให้การเรียนรู้มีความเป็นรายบุคคล เสมือนมีติวเตอร์ส่วนตัว วิเคราะห์จุดแข็ง-จุดอ่อนของผู้เรียน และปรับเนื้อหาให้เข้าใจง่ายขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยสืบค้นข้อมูลสำหรับงานวิจัย สนับสนุนการทำงานกลุ่ม ตรวจสอบและพัฒนาทักษะการเขียน รวมถึงช่วยให้ผู้เรียนเรียนรู้ทักษะใหม่แบบเรียลไทม์ การบูรณาการ AI จึงช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ พัฒนาทักษะในศตวรรษที่ 21 และยกระดับคุณภาพผู้เรียนอย่างรอบด้าน¹⁶

แนวทางการสอนในยุคดิจิทัล (Digital Pedagogy)

Digital Pedagogy กำลังกลายเป็นหัวใจในการออกแบบการเรียนรู้สมัยใหม่ แนวทางสำคัญ ได้แก่ Flipped Classroom บนแพลตฟอร์มวิดีโอและระบบ LMS, Microlearning ผ่านมือถือ, Blended Supervision และ Preceptor Model แบบดิจิทัล, ระบบ Dashboard เพื่อติดตามความก้าวหน้าแบบรายบุคคล และการเรียนรู้แบบ Game-based Learning ซึ่งเพิ่มแรงจูงใจและผลลัพธ์การเรียนรู้¹⁷ และจากการศึกษา ของ อิศารัตน์ เลิศวิทยากุลเกี่ยวกับ Game-based Learning เพื่อเตรียมสอบ NCLEX-RN¹⁸ แสดงให้เห็นว่าเกมสามารถกระตุ้นการมีส่วนร่วมของผู้เรียน เพิ่มความสามารถในการคิดวิเคราะห์ และช่วยให้นักศึกษาทบทวนเนื้อหาอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการเรียนรู้ของนักเรียนรุ่นใหม่ที่คุ้นเคยกับสื่อดิจิทัลเป็นอย่างดี

นวัตกรรมการประเมินผล (Digital Assessment)

นวัตกรรมการประเมินผล (Digital Assessment & Authentic Assessment) ถือเป็นรากฐานสำคัญของคุณภาพการศึกษาในยุคดิจิทัล แนวโน้มระดับโลกชี้ไปสู่ Digital OSCE¹⁹, AI-assisted scoring, การประเมินผลจากสถานการณ์จริงผ่าน Mobile App และ Simulation-based Assessment เพื่อวัด Critical Thinking และ Clinical Competencies²⁰

การพัฒนานวัตกรรมการเรียนรู้ ของ อิศารัตน์ เลิศวิทยากุล เช่น ระบบเกมเพื่อประเมินความก้าวหน้าการเรียนรู้¹⁶ โปรแกรมเตรียมความพร้อม 4Rs ก่อนการฝึกปฏิบัติงาน²¹ (ซึ่งพัฒนามาจาก 3R) และการใช้แอป ZipGrade¹⁵ เป็นตัวอย่างที่สะท้อนแนวคิด “ประเมินเพื่อพัฒนา” (Assessment for Learning) มากกว่าเป็นการ “ประเมินเพื่อให้คะแนน” ซึ่งมีคุณค่าอย่างสูงในการศึกษาพยาบาลยุคใหม่

ความท้าทายและบทสรุป

แม้เทคโนโลยีดิจิทัลจะนำมาซึ่งโอกาสมากมาย แต่การศึกษายพยาบาล ยังมีความท้าทายที่ต้องรับมือ ได้แก่ ความเหลื่อมล้ำด้านทักษะดิจิทัลของผู้เรียน ความจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพอาจารย์ การลงทุนโครงสร้างพื้นฐาน และการรักษาสมดุลระหว่างการใช้เทคโนโลยีกับการปลูกฝังค่านิยม ความเห็นอกเห็นใจ และจริยธรรมการพยาบาล ซึ่งเป็นแก่นแท้ของวิชาชีพ

ท้ายที่สุด การพลิกโฉมการศึกษายพยาบาลในยุคดิจิทัลมิใช่เพียงการติดตั้งอุปกรณ์ใหม่หรือใช้ซอฟต์แวร์ล้ำสมัย หากแต่คือ “การออกแบบประสบการณ์การเรียนรู้ใหม่ที่เน้นมนุษย์เป็นศูนย์กลาง” เทคโนโลยีจึงควรเป็นพลังสนับสนุน ไม่ใช่สิ่งทดแทนหัวใจของความเป็นพยาบาล²² ความท้าทายของเราคือการใช้เทคโนโลยีเพื่อสร้างพยาบาลที่มีทั้งทักษะดิจิทัล สมรรถนะทางคลินิก ความคิดเชิงวิพากษ์ และความเมตตาต่อมนุษย์อย่างไม่ลดทอน



บทบาทของอาจารย์พยาบาลจึงต้องเปลี่ยนจากผู้ถ่ายทอดความรู้มาเป็นผู้ออกแบบการเรียนรู้ ผู้อำนวยการเรียนรู้ และผู้สร้างแรงบันดาลใจให้ผู้เรียนก้าวสู่นาคตอย่างมั่นใจ การเดินทางสู่ระบบสุขภาพดิจิทัลกำลังเริ่มต้น และสถาบันการศึกษาพยาบาลมีบทบาทสำคัญยิ่งในการสร้างผู้นำพยาบาลรุ่นใหม่ให้พร้อมรับมือกับโลกที่เปลี่ยนแปลงรวดเร็ว ความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษา มหาวิทยาลัย โรงพยาบาล นักวิจัย และผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีจะช่วยให้การศึกษายาบาลในยุคดิจิทัลเติบโตอย่างยั่งยืนและสร้างคุณค่าที่แท้จริงแก่สังคมไทย

References

1. Liaw SY, Chan SW, Chen FG, Hooi SC, Siau C. Comparison of virtual patient simulation with mannequin-based simulation for improving clinical performances. *Journal of Medical Internet Research*. 2014;16(9):e214. doi:10.2196/jmir.3322
2. Foronda CL, Fernandez-Burgos M, Nadeau C, Kelley CN, Henry MN. Virtual simulation in nursing education: Systematic review 1996–2018. *Simulation in Healthcare*. 2020;15(1):46–54. doi:10.1097/SIH.0000000000000411
3. Padilha JM, Machado PP, Ribeiro AL, Ramos JL. Clinical virtual simulation in nursing education. *Clinical Simulation in Nursing*. 2018;15:13-8. doi:10.1016/j.ecns.2017.09.005
4. Benner P, Sutphen M, Leonard V, Day L. *Educating nurses: A call for radical transformation*. San Francisco (CA): Jossey-Bass; 2009.
5. World Health Organization. *Global strategy on digital health 2020–2025*. Geneva: WHO; 2021.
6. Dowding D, O'Connor S. Digital literacy. In: Burns D, editor. *Foundations of Adult Nursing*. 3rd ed. London: Sage; 2023. p.123–146.
7. Cant RP, Cooper SJ. Simulation-based learning in nurse education: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 2010;66(1):3–15. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05240.x
8. Kononowicz AA, Woodham LA, Edelbring S, Stathakourou N, Davies D, Saxena N, Zary N. Virtual patient simulations in health professions education. *Journal of Medical Internet Research*. 2019;21(7):e14676. doi: 10.2196/14676.
9. Lertwittayakul T. The outcomes of technology-based learning management to enhance digital health competencies of nursing students. *CAS Journal*. 2024;14(4):80–92.
10. Lertwittayakul T. Effectiveness of the 4Rs pre-practicum preparation program to promote confidence among nursing students. *Journal of College of Asian Scholars*. 2023;13(3):117–129. (in Thai)
11. Lertwittayakul T. Effects of the 7–7 instructional model on enhancing critical thinking and problem-solving processes in clinical nursing among nursing students. *Journal of College of Asian Scholars*. 2024;14(1):15–28. (in Thai)
12. Lertwittayakul T. Learning progress assessment based on game-based learning. *Journal of College of Asian Scholars*. 2017;7(Special Issue):104–116. (in Thai)
13. Lertwittayakul T. Synthesis of digital leadership components of nurse teachers. *CAS Journal*. 2023;13(4):77–84.



14. Liaw SY, Wong LF, Chan SWC, Ho JTY, Mordiffi SZ, Ang SBL, Goh PS, Ang ENK. Designing and Evaluating an Interactive Multimedia Web-Based Simulation for Developing Nurses' Competencies in Acute Nursing Care: Randomized Controlled Trial. Designing and Evaluating an Interactive Multimedia Web-Based Simulation for Developing Nurses' Competencies in Acute Nursing Care: Randomized Controlled Trial. J Med Internet Res 2015;17(1):e5 doi: 10.2196/jmir.3853
15. Lertwittayakul T. The ZipGrade app for exam analysis and authentic assessment. In: The 13th CAS National and International Conference 2025 (CASNIC 2025); 8 Nov 2025. Conference presentation.
16. Lertwittayakul T. Artificial intelligence and learner quality in the digital era. In: The 5th National and International Academic Conference (ASCER); 2025 Jun 7; Faculty of Education and Liberal Arts, Asia Graduate College, in collaboration with Krasae Phiwat Institute.
17. Tune JD, Sturek M, Basile DP. The flipped classroom model improves student performance in cardiovascular, respiratory, and renal physiology. Advances in Physiology Education. 2013;37(4): 316-20. doi:10.1152/advan.00091.2013.
18. Lertwittayakul T. Enhancing nursing students' learning outcomes for NCLEX-RN preparation through game-based learning. In: The 15th National and the 11th International PIM Conference 2025; 6 Jun 2025. Conference presentation.
19. Harden RM, Gleeson FA. Assessment of clinical competence using an objective structured clinical examination (OSCE). Medical Education. 1979;13(1):41-54.
20. Hayden JK, Smiley RA, Alexander M, Kardong-Edgren S, Jeffries PR. The NCSBN National Simulation Study: A longitudinal, randomized, controlled study replacing clinical hours with simulation in prelicensure nursing education. Journal of Nursing Regulation. 2014;5(2):S3-S40. doi:10.1016/S2155-8256(15)30062-4
21. Lertwittayakul T, Namkham S, Naowawiboonporn T, Pangprasert K, Suramat W. Development of the 3R pre-clinical practicum preparation program for nursing students during the COVID-19 pandemic in the Nursing Administration Practicum course. In: Proceedings of the 2nd National Research Conference ASCER2022; 4 Apr 2022. (in Thai)
22. Chiaranai C. Bringing Telehealth and Artificial Intelligence into Nursing Practice According to the International Council of Nurses' Vision. Pacific Rim International of Nursing Research. 2025;29(4):689-95. doi:10.60099/prijnr.2025.275177



ภาวะผู้นำในอนาคตของผู้บริหารทางการพยาบาลในยุคเปลี่ยนผ่านจากยุค VUCA สู่ยุค BANI

จุฑาภรณ์ พระเมือง พย.บ.^{1,3}

ดวงกมล ประสพแสนทวี พย.บ.¹

ดวงพร ชูสวัสดิกุล พย.บ.¹

มลฤดี มณีใหญ่ พย.บ.¹

วาสนี วิเศษฤทธิ์ พร.ด.²

(วันรับบทความ : 9 มิถุนายน พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 6 สิงหาคม พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ: 13 สิงหาคม พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางภาวะผู้นำอนาคตของผู้บริหารทางการพยาบาลในยุคโลกที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจากบริบท VUCA สู่ BANI โดยมุ่งวิเคราะห์ปัญหาของระบบสุขภาพและระบบบริการพยาบาลที่มีความซับซ้อนมากขึ้น อันเนื่องมาจากโครงสร้างประชากร เทคโนโลยี และโรคอุบัติใหม่

บทความนี้เสนอแนวทางการปรับใช้ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ ทักษะการคิดเชิงกลยุทธ์และวิสัยทัศน์ การใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมความยืดหยุ่นและการปรับตัวในสภาวะวิกฤต และการจัดการทางการพยาบาลผ่านรูปแบบการจัดการพยาบาลแบบยืดหยุ่นบนฐานข้อมูล (Agile data-driven nursing management) ซึ่งเน้นการใช้ข้อมูลขนาดใหญ่ ปัญญาประดิษฐ์ และการตัดสินใจบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อเสริมสร้างการวางแผนกำลังคน การติดตามภาระงาน และการส่งเสริมผลลัพธ์ด้านสุขภาพอย่างยั่งยืน ผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการประยุกต์แนวคิดนี้ได้แก่ การลดภาวะหมดไฟในพยาบาล การเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ และการยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพโดยรวม

คำสำคัญ: ภาวะผู้นำ ผู้บริหารทางการพยาบาล VUCA world BANI world ปัญญาประดิษฐ์

¹นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

²รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

³ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: 6770014136@student.chula.ac.th Tel: 087-8533583



Future Leadership for Nursing Administrators in the Era of Transition from VUCA to the BANI World

Jutaporn Pramuang B.N.S.^{1,3}

Duangkamon Prasopsantawee B.N.S.¹

Duangporn Choosawatdikul B.N.S.¹

Molrudee Maneeyai B.N.S.¹

Wasinee Wisesrith Ph.D.²

(Received Date: June 9, 2025, Revised Date: August 6, 2025, Accepted Date: August 13, 2025)

Abstract

This academic article aims to propose future nursing leadership for nurse administrators in the rapidly shifting global environment from the VUCA to the BANI context. Future nursing leadership must focus on analyzing challenges in the complex health system and nursing services stemming from population structure, technology, and emerging diseases.

This article presents tips for applying strategic leadership, strategic thinking and visionary skills, adoption of technology and innovation, agility and crisis adaptability, and nursing management especially in an agile, data-driven nursing management environment. Such management emphasizes using big data, artificial intelligence (AI), and evidence-based decision making in order to improve workforce planning, workload monitoring, and promotion of sustainable health outcomes. Expected results from applying this conceptual approach includes reducing burnout among nurses, increasing client service satisfaction, and improving the overall quality of health services.

Keywords: leadership, nursing administrator, VUCA world, BANI world, artificial intelligence

¹Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing Chulalongkorn University

²Associate Professor, Faculty of Nursing Chulalongkorn University

³Corresponding Author Email: 6770014136@student.chula.ac.th Tel: 0878533583



บทนำ

โลกปัจจุบันได้เข้าสู่ระยะของการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว จากโลกที่ไม่แน่นอนที่เรียกว่า VUCA world ซึ่งประกอบด้วย ความผันผวน (Volatility) ความไม่แน่นอน (Uncertainty) ความซับซ้อน (Complexity) และความคลุมเครือ (Ambiguity)¹ เข้าสู่โลกยุคใหม่ที่มีบริบทที่ลึกซึ้งซับซ้อนยิ่งกว่า คือ BANI World ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างพลิกผันไปสู่ความเปราะบางและคาดเดาไม่ได้ของระบบ (Brittle) มีความกดดันและความเครียดสูง ภาวะวิตกกังวล (Anxious) สภาพแวดล้อมที่ไม่ชัดเจน ความไม่เป็นเส้นตรงของเหตุการณ์ (Nonlinear) เกิดความสับสน ไม่มั่นคง คลุมเครือและความเข้าใจยากเนื่องจากข้อมูลท่วมท้น (Incomprehensibility) มากขึ้น² ซึ่งในยุค BANI ได้ขยายระดับของความซับซ้อนให้ลึกซึ้งยิ่งกว่า โดยเน้นย้ำผลกระทบที่มีต่อ โครงสร้างองค์กรและสภาพจิตใจของบุคลากรอย่างเด่นชัดยิ่งขึ้น ซึ่งผลกระทบเหล่านี้ได้เกิดขึ้นในองค์กรสุขภาพของไทยด้วย

การเปลี่ยนแปลงอย่างพลิกผัน (Disruptive world) กับโลกที่ไร้พรมแดน ที่มีทั้งในเรื่องโครงสร้างประชากรที่มีอัตราเกิด ลดลงและวัยสูงอายุมากขึ้น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่อมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร³ ความก้าวหน้าของเทคโนโลยี ยุคดิจิทัล การเข้ามามีบทบาทของปัญญาประดิษฐ์ (Artificial intelligence: AI) การมีข้อมูลขนาดใหญ่ (Big data) การขยายตัวของ ความเป็นเมือง การเปลี่ยนแปลงของภูมิอากาศและสภาพแวดล้อม การมีโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ รวมทั้งการระบาดทั่วของ โลกติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus disease 2019) หรือโควิด 19 (COVID-19) และความไม่แน่นอนทางการเมือง ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพโดยตรง⁴ ผู้นำในระบบสุขภาพ โดยเฉพาะผู้บริหารทางการแพทย์จำเป็นต้องมี ความสามารถในการรับมือกับความไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นทั้งในมิติขององค์กรและการบริหารทรัพยากรมนุษย์ ต้องสามารถจัดการกับ สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว พร้อมทั้งดูแลบุคลากรที่ต้องเผชิญกับความเครียดและความวิตกกังวล ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อ ประสิทธิภาพการทำงานและความมั่นคงขององค์กร⁵ ภาวะผู้นำในอนาคตของผู้บริหารทางการแพทย์ในยุคเปลี่ยนผ่านจาก VUCA สู่ BANI world ต้องมีวิสัยทัศน์ และผลลัพธ์ทางการบริหารที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมให้ผู้ใต้บังคับบัญชาไว้วางใจ เพื่อจะได้ร่วมแรงร่วมใจ กับผู้นำเพื่อบรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้⁶

ภาวะผู้นำแห่งอนาคตต้องเป็นผู้นำที่สามารถพัฒนาและปรับตัวได้อย่างรวดเร็วในโลกที่เปราะบางและเต็มไปด้วยความวิตกกังวล ต้องมีทักษะการคิดเชิงกลยุทธ์ (Strategic thinking) ที่สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผลได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ รวมถึงมี ความสามารถในการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมเพื่อการพัฒนาองค์กร⁷ โดยเฉพาะการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์และ การวิเคราะห์ผลกระทบจากการตัดสินใจภายใต้สภาพแวดล้อมที่ไม่อาจคาดเดาได้ ถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการนำพาองค์กร ผ่านวิกฤตและความท้าทายได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ระบบบริการพยาบาลในประเทศไทยยังเผชิญกับปัญหาเชิงโครงสร้าง ที่สำคัญ ได้แก่ การขาดแคลนพยาบาล (Staff Shortage) ภาระงานที่เกินกำลัง (Overload) และ ภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burnout) ซึ่งเป็นปัจจัยที่กระทบต่อคุณภาพบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยตรง³ การบริหารจัดการที่ขาดประสิทธิภาพ เช่น การจัดเวรไม่สมดุล การขาดระบบติดตามภาระงาน และการไม่มีระบบสนับสนุนด้านจิตวิทยาพยาบาล ล้วนเป็นสาเหตุสำคัญ ที่สะสมภาวะเครียดและความเสี่ยงต่อการลาออกของพยาบาล⁸ ด้วยเหตุนี้การเสริมสร้างภาวะผู้นำที่เหมาะสม จึงเป็นกลไกสำคัญ ที่สามารถเข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการบุคลากรอย่างมีมนุษยธรรม สร้างแรงบันดาลใจ และส่งเสริมการปรับตัวต่อบริบทโลก VUCA และ BANI world ได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁹

แนวคิดการบริหารในยุค VUCA world และ BANI

ในปัจจุบันสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นทั่วโลกสะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนว่าเรากำลังก้าวเข้าสู่ยุคแห่งความผันผวน ความไม่แน่นอน ความซับซ้อนและความ คลุมเครือ หรือที่รู้จักกันในชื่อ VUCA world ซึ่งแนวคิด VUCA ใช้ครั้งแรกในปี 1985 โดย Bennis และ Nanus¹⁰ ซึ่งเป็นนักเศรษฐศาสตร์และศาสตราจารย์มหาวิทยาลัยจากผลงานที่ชื่อว่าภาวะผู้นำกลยุทธ์การนำ องค์กร (Leaders the strategies for taking charge) คำว่า VUCA เพื่อใช้ในการอธิบายสภาพแวดล้อมที่ผู้นำองค์กรต้องเผชิญ ในยุคที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างคาดไม่ถึง โดยมีองค์ประกอบสำคัญ ดังนี้



V – Volatility (ความผันผวน) หมายถึง ความผันผวนสูงและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในสถานการณ์หรือสภาพแวดล้อมที่ไม่สามารถคาดเดาได้ล่วงหน้า มักเกิดขึ้นฉับพลันโดยไม่มีสัญญาณเตือนล่วงหน้า ทำให้องค์กรตั้งตัวไม่ทันจากการศึกษาของ Johnson และคณะ¹¹ พบว่าองค์กรพยาบาลที่ประสบความสำเร็จในสภาวะผันผวนต้องมีการวางแผนเชิงกลยุทธ์ที่ยืดหยุ่น (Strategic planning flexibility) และทักษะการดำเนินการที่รวดเร็ว (Execution skills)

U – Uncertainty (ความไม่แน่นอน) หมายถึง สภาวะที่เต็มไปด้วยความไม่แน่นอน ขาดความชัดเจน และยากต่อการคาดการณ์ แม้จะพยายามหาข้อมูลมายืนยันสถานการณ์ก็ยังไม่สามารถตัดสินใจได้อย่างมั่นใจ เนื่องจากโลกในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและไม่คงที่ส่งผลทำให้ไม่สามารถคาดการณ์หรือวางแผนล่วงหน้าได้อย่างแม่นยำ การบริหารในสภาวะไม่แน่นอนต้องอาศัยการตัดสินใจบนฐานหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based management) เน้นย้ำถึงความสำคัญของการใช้วิธีการแบบ Agile ในการบริหารจัดการด้านสุขภาพ ซึ่งช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นและการตอบสนองต่อความไม่แน่นอน¹²

C – Complexity (ความซับซ้อน) หมายถึง ความซับซ้อนของระบบที่เกิดจากปัจจัยหลากหลายที่มีความเชื่อมโยงและส่งผลกระทบซึ่งกันและกันทำให้การวิเคราะห์และการตัดสินใจยากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในสภาวะแวดล้อมปัจจุบันที่มีความซับซ้อนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งในระดับองค์กรและระดับโลก การบริหารต้องมองภาพรวมของระบบ การคิดเชิงระบบ (Systems thinking) ในการบริหารจัดการ วิเคราะห์ความเชื่อมโยงระหว่างองค์ประกอบต่างๆ และพิจารณาผลกระทบแบบองค์รวม

A – Ambiguity (ความคลุมเครือ) หมายถึง ความคลุมเครือหรือความกำกวมที่เกิดจากข้อมูลซึ่งไม่ชัดเจนทั้งในด้านความหมายและการตีความ ส่งผลให้ไม่สามารถคาดเดาผลลัพธ์ได้อย่างแน่นอน และยากต่อการตัดสินใจ โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่ไม่มีแบบแผนหรือข้อมูลอ้างอิงที่แน่ชัด สร้างระบบข้อมูลย้อนกลับที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดความคลุมเครือในการปฏิบัติงาน ในการบริหารต้องสร้างระบบข้อมูลย้อนกลับที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดความคลุมเครือในการปฏิบัติงาน¹³

เมื่อทั่วโลกได้เผชิญกับการแพร่ระบาดใหญ่จากโควิด 19 โลกต้องเผชิญกับความผันผวนและการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว¹³ สถานการณ์ที่เกิดขึ้นส่งผลต่อบทบาทการบริหารงานตั้งแต่การปรับวิธีคิด การพัฒนาทักษะ การรับมือความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ต่อมา โลกได้พัฒนาเข้าสู่บริบทที่มีความซับซ้อนยิ่งกว่ายุค VUCA ซึ่ง Cascio¹⁴ นักมนุษยวิทยาชาวอเมริกาที่ศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์ได้นำเสนอแนวคิด BANI World เพื่อขยายความเข้าใจให้ลึกซึ้งมากขึ้นในประเด็นด้านอารมณ์ โครงสร้าง และข้อมูล อันสะท้อนถึงความเปราะบางทางระบบและจิตใจที่ผู้บริหารต้องเผชิญ โดย BANI ประกอบด้วย

B- Brittle (โลกที่เปราะบาง) หมายถึง ภาวะที่โครงสร้างหรือระบบต่าง ๆ แม้อ่อนแอแต่สามารถพังทลายได้ทันทีเมื่อเผชิญแรงกระตุ้นหรือความเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้แผนงาน กลยุทธ์ หรือแนวทางเดิมๆ มีความเสี่ยงล้มเหลวสูง หากขาดความยืดหยุ่นและการปรับตัวที่ยืดหยุ่น การบริหารองค์กรแบบใหม่ที่เน้นการกระจายอำนาจเพื่อเพิ่มความคล่องตัว การวางแผนยุทธศาสตร์ที่คำนึงถึงความเปราะบางของระบบและสร้างกลไกรองรับ³

A- Anxious (ความวิตกกังวล) หมายถึง ภาวะที่บุคลากรเผชิญกับความไม่แน่นอนและการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว จนเกิดความเครียด ความกลัว และความรู้สึกไร้พลังในการรับมือกับสถานการณ์ใหม่ๆ ที่ไม่คุ้นเคย ส่งผลให้ยากต่อการตัดสินใจและปรับตัวให้ทันกับความต้องการของโลกภายนอก การสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาวะทางจิตใจ แสดงความเข้าใจและรับฟังบุคลากรช่วยสร้างความผูกพันและลดความวิตกกังวล¹⁵

N- Nonlinear (โลกที่เดายาก) หมายถึง สภาวะที่เหตุผลหรือประสบการณ์แบบเดิมไม่สามารถใช้พยากรณ์สถานการณ์ได้อย่างแม่นยำ ทำให้เกิดความล่าช้า ผิดพลาดในการตัดสินใจ และยากต่อการเข้าใจ เพราะความเชื่อมโยงระหว่างสาเหตุและผลลัพธ์ไม่ชัดเจน สาเหตุเล็ก ๆ อาจนำไปสู่ผลกระทบที่ใหญ่เกินคาด การใช้ Agile methodology ในการบริหารที่เน้นการทดลองแบบค่อยเป็นค่อยไปผ่านโครงการนำร่อง¹² และนำปัญญาประดิษฐ์มาใช้ในการวิเคราะห์รูปแบบที่ซับซ้อน เป็นตัวช่วยสนับสนุนการตัดสินใจ¹⁶

I- Information overload (โลกที่เข้าใจยาก) หมายถึง ภาวะที่มีข้อมูลมากเกินไปจนยากต่อการวิเคราะห์และตัดสินใจ ไม่สามารถคาดเดาได้ ทำให้หลายเหตุการณ์ไม่มีเหตุและผลในการบริหารจึงต้องใช้ข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ ปัญญาประดิษฐ์ในการจัดการข้อมูล¹⁷



การบูรณาการแนวคิด VUCA และ BANI ร่วมกับภาวะผู้นำของผู้บริหารทางการแพทย์ ช่วยให้ผู้บริหารสามารถเข้าใจบริบทของโลกที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและซับซ้อนอย่างรอบด้านมากยิ่งขึ้น ภาวะผู้นำในยุคอนาคตจึงต้องพัฒนาทักษะที่หลากหลาย อาทิ วิสัยทัศน์เชิงกลยุทธ์ ความสามารถในการตัดสินใจภายใต้แรงกดดัน การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เทคโนโลยี และข้อมูลสารสนเทศอย่างชาญฉลาด และการสร้างแรงบันดาลใจให้กับทีมงาน เพื่อให้องค์กรสามารถปรับตัว พัฒนา และเติบโตได้อย่างมั่นคงในโลกที่เปราะบาง ยากต่อการคาดการณ์ และเปลี่ยนแปลงอย่างไม่มีที่สิ้นสุด

ความสำคัญของภาวะผู้นำในอนาคตของผู้บริหารทางการแพทย์

ในยุคแห่งการเปลี่ยนผ่านของโลกที่เต็มไปด้วยความไม่แน่นอนและซับซ้อน ภาวะผู้นำในอนาคตของผู้บริหารทางการแพทย์มีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในบริบทของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งในด้านเทคโนโลยี สังคม ระบบการดูแลสุขภาพ และสภาพจิตใจของบุคลากร การพัฒนาและการปรับตัวของผู้นำในสภาพแวดล้อมดังกล่าวจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จในการบริหารจัดการองค์กรสุขภาพอย่างยั่งยืน¹⁸ ซึ่งสามารถสรุปความสำคัญของภาวะผู้นำในอนาคตประเด็นหลัก ๆ ได้ดังนี้

1. การพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางสุขภาพ ในยุคที่เทคโนโลยีทางการแพทย์และการบริหารจัดการสุขภาพมีความก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะการนำปัญญาประดิษฐ์ (Artificial intelligence: AI) เข้ามาวิเคราะห์ข้อมูลและเสริมประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพ ผู้นำในอนาคตที่มีความสามารถในการคัดเลือก ปรับใช้ และพัฒนาเทคโนโลยีให้สอดคล้องกับบริบทขององค์กร ตลอดจนมีทักษะในการตัดสินใจโดยอิงจากข้อมูลเชิงประจักษ์ จะให้การบริการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ¹⁶

2. ระบบสุขภาพที่ซับซ้อนและการเปลี่ยนแปลงของสังคม การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ การเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบาย และลักษณะของระบบสุขภาพที่มีความซับซ้อนเพิ่มขึ้น ล้วนเป็นปัจจัยที่ท้าทายผู้บริหารทางการแพทย์¹⁹ ผู้นำในอนาคตที่มีวิสัยทัศน์ยาวไกล และสามารถออกแบบกลยุทธ์การจัดการบุคลากรและทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพจะสามารถนำพาองค์กรไปสู่ความยืดหยุ่นและความมั่นคงในสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอย่างไม่หยุดนิ่ง

3. การตัดสินใจจากข้อมูลเชิงประจักษ์ การบริหารที่อิงจากหลักฐานและข้อมูลวิชาการ (Evidence-based management) เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยเพิ่มความแม่นยำในการวางแผนเชิงกลยุทธ์ของผู้นำ ผู้นำในอนาคตที่สามารถใช้ข้อมูลในการวิเคราะห์แนวโน้ม คาดการณ์ความต้องการของผู้ป่วย และกำหนดแนวทางการพัฒนาระบบบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นกุญแจสำคัญของความสำเร็จในยุคข้อมูล โดยเฉพาะในยุคที่การตัดสินใจภายใต้สถานการณ์ไม่เป็นเส้นตรงกลายเป็นความท้าทายสำคัญ²⁰

4. การจัดการความวิตกกังวลของบุคลากร ท่ามกลางภาวะที่บุคลากรในระบบสุขภาพต้องเผชิญกับความเครียด ความไม่มั่นคง และความคาดหวังที่เพิ่มสูงขึ้น หากผู้นำไม่ให้ความสำคัญกับการดูแลและสนับสนุนสุขภาวะทางจิตใจของทีมงาน จะส่งผลให้เกิดการลาออกจำนวนมาก การให้บริการที่ไม่มีคุณภาพ และความเสียหายต่อชื่อเสียงขององค์กร ผู้นำในอนาคตจึงต้องมีความสามารถในการดูแลและสนับสนุนสุขภาวะทางจิตใจของทีมงาน โดยการสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่มั่นคง เอื้อต่อการเรียนรู้ และส่งเสริมการฟื้นฟูอย่างยั่งยืน⁵

ภาวะผู้นำในอนาคตของผู้บริหารทางการแพทย์มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนองค์กรให้สามารถเผชิญกับบริบทโลกที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและซับซ้อน โดยเน้นการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรม การตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ การปรับตัวต่อระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง และการส่งเสริมสุขภาวะของบุคลากร ซึ่งทั้งหมดนี้จะนำไปสู่การเสริมสร้างศักยภาพองค์กรให้สามารถฟื้นตัว ตอบสนอง และเติบโตได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนในโลกยุคใหม่



ภาวะผู้นำในอนาคตของผู้บริหารทางการพยาบาล

ภาวะผู้นำในอนาคตของผู้บริหารทางการพยาบาล หมายถึง ความสามารถเชิงรุกในการขับเคลื่อนองค์กรพยาบาลให้สามารถเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว ซับซ้อน และไม่แน่นอนในโลกยุคศตวรรษที่ 21 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ²¹ โดยเฉพาะในบริบทที่เทคโนโลยีและนวัตกรรมเข้ามามีบทบาทอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ภาวะผู้นำรูปแบบนี้เน้นการบริหารเชิงนวัตกรรม การส่งเสริมศักยภาพบุคลากร และการประยุกต์ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการตัดสินใจ เพื่อเพิ่มประสิทธิผลของระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง¹⁸

การเปลี่ยนผ่านจาก VUCA World ซึ่งเริ่มต้นในช่วงปลายศตวรรษที่ 20 มาสู่ BANI World ในช่วงทศวรรษ 2020–2030 ได้สะท้อนให้เห็นว่าภาวะผู้นำในยุค VUCA ยังคงเป็นรากฐานสำคัญในการรับมือกับความผันผวนและความไม่แน่นอน ขณะเดียวกันก็ต้องได้รับการเสริมสร้างและปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับบริบท BANI ที่เน้นความเปราะบาง วิดกกังวล ความไม่เป็นเส้นตรง และข้อมูลที่ยากต่อการเข้าใจ ผู้นำในอนาคตจึงต้องพัฒนาทักษะที่หลากหลาย ที่สามารถนำไปสู่การพัฒนาและการดำเนินการในองค์กรทางการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

1. การคิดเชิงกลยุทธ์และการมีวิสัยทัศน์ (Strategic and visionary leadership) ผู้บริหารทางการพยาบาลในยุคอนาคตต้องมีวิสัยทัศน์ที่ชัดเจนและสามารถมองภาพรวมของการพัฒนาในระบบสุขภาพ คาดการณ์แนวโน้มที่อาจเกิดขึ้น กำหนดกลยุทธ์ที่ยืดหยุ่น โดยต้องสามารถวางแผน และตัดสินใจ เพื่อเตรียมรับมือกับสถานการณ์ที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า¹¹ การมีวิสัยทัศน์ที่ชัดเจนจะช่วยนำพาองค์กรไปสู่ความสำเร็จในระยะยาวท่ามกลางความผันผวน การคิดเชิงกลยุทธ์จะช่วยให้ผู้บริหารสามารถตัดสินใจในสถานการณ์ที่ซับซ้อนได้ดีขึ้นและมีผลกระทบที่ดีต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพในระยะยาว

2. การใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรม (Technology and innovation adoption) ผู้บริหารทางการพยาบาลในยุคที่เทคโนโลยีมีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว ผู้นำในอนาคตต้องสามารถประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ระบบสารสนเทศสุขภาพ ปัญญาประดิษฐ์ (AI) และการวิเคราะห์ข้อมูลขนาดใหญ่ (Big data analytics) เพื่อปรับปรุงกระบวนการบริการและการจัดสรรทรัพยากรในองค์กรให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด²²

3. ความสามารถในการสร้างและเสริมสร้างแรงบันดาลใจ (Inspirational and motivational leadership) ในยุคที่บุคลากรพยาบาลต้องเผชิญกับความกดดันสูงจากทั้งปริมาณงานและสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ผู้นำต้องสามารถสร้างบรรยากาศการทำงานที่สนับสนุนความผูกพันในทีม เสริมพลังทางใจ และสร้างแรงจูงใจในการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ²³

4. ความยืดหยุ่นและการปรับตัวในสภาวะวิกฤต (Agility and crisis adaptability) ในสภาพแวดล้อมที่เต็มไปด้วยความไม่แน่นอน ผู้นำทางการพยาบาลต้องมีความสามารถในการตัดสินใจอย่างรวดเร็วและแม่นยำในสถานการณ์วิกฤต เช่น การแพร่ระบาดของโรคระบาด การเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบาย หรือวิกฤตเชิงระบบ โดยไม่สูญเสียเป้าหมายหลักของการให้บริการที่มีคุณภาพและปลอดภัย¹⁵

ภาวะผู้นำอนาคตของผู้บริหารทางการพยาบาลเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนองค์กรให้สามารถอยู่รอด เติบโต และพัฒนาได้อย่างยั่งยืนในโลกที่เปลี่ยนแปลงอย่างรุนแรงและรวดเร็ว ผู้นำยุคใหม่ต้องมีทักษะหลากหลาย ตั้งแต่การคิดเชิงกลยุทธ์ การใช้เทคโนโลยี การสร้างแรงบันดาลใจ ไปจนถึงความสามารถในการปรับตัวต่อวิกฤต เพื่อรองรับความท้าทายและนำพาองค์กรพยาบาลผ่านยุคเปลี่ยนผ่านจาก VUCA สู่ BANI ได้อย่างมั่นคง

บทบาทของผู้บริหารทางการพยาบาลในยุค VUCA สู่ BANI world

การเปลี่ยนผ่านจากบริบทโลกแบบ VUCA ไปสู่ BANI ได้ส่งผลกระทบต่อโครงสร้างและพลวัตของระบบสุขภาพทั้งในระดับองค์กรและระดับบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมิติเชิงอารมณ์ ความวิตกกังวล การรับมือกับข้อมูลปริมาณมาก ยากต่อการวิเคราะห์และตัดสินใจไม่สามารถคาดเดาได้ ส่งผลให้บทบาทของผู้บริหารทางการพยาบาลต้องมีการปรับเปลี่ยนเชิงกลยุทธ์และพัฒนาทักษะความเป็นผู้นำอย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างศักยภาพขององค์กรให้สามารถฟื้นตัว ปรับตัว และเติบโตได้ท่ามกลางความไม่แน่นอนและความเปราะบางของบริบทโลกยุคใหม่ ดังนี้



1. การเป็นผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และคิดเชิงกลยุทธ์ ผู้บริหารทางการพยาบาลต้องสามารถมองภาพรวมขององค์กรและระบบสุขภาพได้ในระยะยาว รวมทั้งวางแผนเชิงกลยุทธ์เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในอนาคต การวิเคราะห์สถานการณ์ คาดการณ์ปัญหา และวางแผนรับมือ

2. การเป็นผู้นำที่มีความยืดหยุ่นและปรับตัวได้อย่างรวดเร็ว (Agile leadership) ผู้บริหารทางการพยาบาลต้องมีความพร้อมในการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน มีการติดตามสถานการณ์ตลอดเวลา¹¹ สามารถปรับเปลี่ยนแผนงาน กลยุทธ์ และกระบวนการทำงานได้ทันต่อเหตุการณ์ เพื่อลดผลกระทบต่องค์กร และยังคงไว้ซึ่งมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยและบุคลากร

3. การใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมในการบริหาร ผู้บริหารทางการพยาบาลต้องเป็นผู้นำเทคโนโลยีมาใช้ในการบริหารจัดการทรัพยากร รวมถึงการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ¹⁷ โดยเฉพาะการวิเคราะห์ข้อมูลขนาดใหญ่ (Big data) เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจที่ความถูกต้อง แม่นยำ และทันเวลา

4. การสร้างแรงบันดาลใจและสนับสนุนจิตใจบุคลากร ผู้บริหารทางการพยาบาลต้องสามารถสร้างแรงบันดาลใจให้กับทีมพยาบาล เพื่อให้เกิดขวัญกำลังใจและสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ การสร้างบรรยากาศการทำงานที่ดี และการสนับสนุนด้านจิตใจให้กับบุคลากรจะช่วยให้ผ่านพ้นความท้าทายต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ²³

5. การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการตัดสินใจ (Evidence-based management) ผู้บริหารทางการพยาบาลต้องสามารถนำข้อมูลและหลักฐานจากการวิจัยมาเป็นพื้นฐานในการกำหนดนโยบาย แผนงาน และการบริหารจัดการ เพื่อลดความเสี่ยงในการตัดสินใจผิดพลาด²⁰ ส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นในทีมงาน และยังช่วยให้สามารถกำหนดแนวทางในการบริหารที่ชัดเจน ตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและองค์กร

6. การบริหารจัดการข้อมูลและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ผู้บริหารทางการพยาบาลต้องมีทักษะในการสื่อสารที่ดี สามารถถ่ายทอดข้อมูลที่ซับซ้อนให้เข้าใจง่าย ลดความคลุมเครือของข้อมูล มีระบบการจัดการข้อมูลที่ดี เพื่อให้ข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจ

7. การสนับสนุนการเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ผู้บริหารทางการพยาบาลต้องสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่เน้นการเรียนรู้ ส่งเสริมให้บุคลากรได้พัฒนาทักษะและความรู้ใหม่ๆ ผ่านการฝึกอบรม การอบรมเชิงปฏิบัติการ หรือการเรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อให้สามารถรับมือและปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

8. การสร้างเครือข่ายความร่วมมือและการประสานงานในทุกกระดับ ผู้บริหารทางการพยาบาลต้องเสริมสร้างความร่วมมือทั้งภายในองค์กรและกับหน่วยงานภายนอก เช่น สถานบริการสุขภาพอื่นๆ หน่วยงานรัฐ และชุมชน เพื่อสร้างเครือข่ายในการแลกเปลี่ยนข้อมูล ความรู้ และทรัพยากรที่จะช่วยให้องค์กรมีความเข้มแข็งและพร้อมรับมือกับความเปลี่ยนแปลงในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

9. การจัดการภาระงานและการป้องกันภาวะหมดไฟ (Burnout) ผู้บริหารทางการพยาบาลต้องตระหนักถึงผลกระทบของภาระงานที่มากเกินไปและการจัดเวรที่ไม่เหมาะสมซึ่งนำไปสู่ภาวะหมดไฟ ที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตและอัตราการลาออกของพยาบาล การใช้เครื่องมือวิเคราะห์ข้อมูล เช่น ระบบติดตามภาระงานแบบประมวลผลข้อมูลทันที (Real-time) ระบบแสดงผลการบริหารทรัพยากรบุคคลด้วยปัญญาประดิษฐ์ (Dashboard AI-based staffing) และ การประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟ จะช่วยให้ผู้บริหารสามารถบริหารกำลังคนได้อย่างเหมาะสมและตอบสนองต่อภาวะวิกฤติได้ทันการณ์

ภายใต้บริบทนี้แนวทาง Agile data-driven nursing management จึงกลายเป็นกรอบคิดสำคัญที่เชื่อมโยงความคล่องตัวในการบริหาร (Agility) เข้ากับการใช้ข้อมูลเชิงลึกในการตัดสินใจ (Data-driven decision making) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหาร ลดความเสี่ยงจากความไม่แน่นอนและเสริมสร้างศักยภาพในการฟื้นตัวขององค์กรพยาบาลในบริบทที่ผันผวนและไม่สามารถคาดการณ์ได้¹² การนำ Agile data-driven nursing management มาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ปัญหาพยาบาลลาออกเนื่องจากภาระงานที่เพิ่มขึ้นและความเครียด มีกระบวนการที่สำคัญดังนี้ 1) Real-time Staffing Dashboard ระบบแสดงข้อมูลภาระงานและการกระจายกำลังคนแบบเวลาจริง เช่น จำนวนพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแต่ละหอผู้ป่วย อัตราส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วย



เพื่อช่วยในการตัดสินใจจัดสรรกำลังคนได้เร็ว และลดเวลาในการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนกำลังคนฉุกเฉิน 2) Burnout risk monitoring พัฒนาระบบเฝ้าระวังภาวะหมดไฟโดยวิเคราะห์ข้อมูลจากหลายมิติ เช่น จำนวนชั่วโมงทำงาน ชั่วโมงว่างเวลา วันหยุดที่ใช้ คะแนน Maslach burnout inventory (MBI) ที่ประเมินทุก 2 สัปดาห์และจัดระดับความเสี่ยง ข้อมูลทางสุขภาพ ความถี่ในการขอลา การมาสาย อัตราการมีส่วนร่วมในกิจกรรมองค์กร การดูแลบุคลากรตามระดับความเสี่ยงภาวะหมดไฟเพื่อลดอัตราการลาออก เพิ่มความพึงพอใจในงาน 3) AI-assisted resource allocation พัฒนาระบบปัญญาประดิษฐ์เพื่อช่วยในการวางแผนและจัดสรรทรัพยากร เช่น วิเคราะห์ข้อมูลการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยย้อนหลัง 3 ปี คำนวณความน่าจะเป็นของการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยในแต่ละวันของสัปดาห์ จัดตารางเวรที่เหมาะสมกับความต้องการที่คาดการณ์ไว้ คาดการณ์การจำหน่ายผู้ป่วยตาม Clinical pathway และ 4) Data analytics for decision support สร้างระบบวิเคราะห์ข้อมูลขั้นสูงเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงกลยุทธ์เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจของผู้บริหารทางการแพทย์ เช่น คาดการณ์ความต้องการบุคลากรใน 3-6 เดือนข้างหน้า คำนวณงบประมาณที่ต้องการสำหรับการพัฒนาบุคลากร วิเคราะห์ Key Performance Indicators (KPI) ของแต่ละหอผู้ป่วย วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง Staffing level กับ Clinical outcomes เกิดผลลัพธ์การตัดสินใจเชิงกลยุทธ์มีความแม่นยำสูงขึ้น Agile data-driven nursing management เป็นแนวทางการบริหารที่ตอบสนองต่อความท้าทายในยุค VUCA สู่ BANI world ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้องค์กรพยาบาลสามารถปรับตัวได้อย่างรวดเร็ว ลดความเปราะบางของโครงสร้าง เพิ่มความมั่นคงทางจิตใจให้กับบุคลากร

บทบาทของผู้บริหารทางการแพทย์ในยุค VUCA สู่ BANI world คือการเป็นผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และคิดเชิงกลยุทธ์ พร้อมทั้งสามารถปรับตัวอย่างรวดเร็วต่อสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน มิได้จำกัดเพียงการบริหารจัดการเชิงโครงสร้างเท่านั้น หากแต่ต้องขยายสู่การเป็นผู้นำที่มีความสามารถรอบด้าน ทั้งในด้านกลยุทธ์ เทคโนโลยี การดูแลจิตใจ และการบริหารทรัพยากร เพื่อให้องค์กรพยาบาลสามารถดำรงอยู่และเติบโตได้อย่างมั่นคงในโลกที่เต็มไปด้วยความเปราะบางและซับซ้อนยิ่งขึ้นทั้งภายในและภายนอกองค์กร เพื่อเตรียมความพร้อมในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงในอนาคตอย่างมีประสิทธิภาพ

บทสรุป

ระบบสุขภาพในปัจจุบันกำลังเผชิญกับความท้าทายรอบด้าน ไม่ว่าจะเป็นโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว จากภาวะสูงวัยและอัตราการเกิดที่ลดลง การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และภาระงานที่เพิ่มสูงขึ้นในหมู่บุคลากรทางการแพทย์ อันนำไปสู่ภาวะหมดไฟ (Burnout) และปัญหาการลาออกซ้ำซ้อน ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพและความต่อเนื่องของบริการพยาบาลโดยตรง อีกทั้งการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ยุคดิจิทัล การแพร่ระบาดของโรคใหม่ ๆ และความซับซ้อนของข้อมูลยังเป็นปัจจัยเร่งให้การจัดการระบบสุขภาพต้องปรับตัวอย่างเร่งด่วน

แนวคิด VUCA และ BANI เป็นแนวคิดที่อธิบายบริบทของแต่ละยุคเพื่อการปรับตัวและบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ แนวคิด VUCA ซึ่งประกอบด้วย ความผันผวน (Volatility) ความไม่แน่นอน (Uncertainty) ความซับซ้อน (Complexity) และความคลุมเครือ (Ambiguity) ได้กลายเป็นกรอบความคิดสำคัญในการทำความเข้าใจลักษณะของโลกที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและคาดการณ์ได้ยาก²⁴ ต่อมา BANI ซึ่งประกอบด้วย ความเปราะบาง (Brittle) ความวิตกกังวล (Anxious) ความไม่เป็นเส้นตรง (Nonlinear) และความเข้าใจยากจากข้อมูลล้นเกิน (Incomprehensible) ได้ขยายมิติของความไม่แน่นอนให้ลึกยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในมิติของอารมณ์ การสื่อสาร และการตอบสนองของบุคลากรต่อระบบที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา²⁵ ผู้บริหารทางการแพทย์ต้องพัฒนาความยืดหยุ่นในการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่คาดเดาไม่ได้และซับซ้อน โดยการสร้างสภาพแวดล้อมที่รองรับการทำงานที่มีความเครียดสูง พร้อมทั้งสนับสนุนการเรียนรู้และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บุคลากรสามารถปรับตัวและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การประยุกต์ใช้แนวคิด VUCA และ BANI ในการบริหารงานพยาบาลมีส่วนสำคัญในการสร้างภาวะผู้นำที่สามารถนำพาองค์กรผ่านช่วงเปลี่ยนผ่านที่เปราะบาง โดยผู้นำทางการแพทย์จำเป็นต้องพัฒนาทักษะด้านการคิดเชิงกลยุทธ์ การตัดสินใจบนฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ และการบริหารงานภายใต้ภาวะวิกฤต อีกทั้งต้องสามารถบูรณาการเทคโนโลยีและนวัตกรรม เช่น



ปัญญาประดิษฐ์ (AI) และ Big data analytics เพื่อยกระดับประสิทธิภาพการบริหารทรัพยากร และตอบสนองต่อความต้องการของระบบสุขภาพที่ซับซ้อน ภาวะผู้นำอนาคตของผู้บริหารทางการพยาบาลจึงมีไม่เพียงเครื่องมือในการตอบสนองต่อความเปลี่ยนแปลงระดับมหภาคเท่านั้น หากแต่ยังเป็นกลไกสำคัญในการฟื้นฟูแรงงานสุขภาพ ลดภาระงานที่เกินกำลัง และเสริมสร้างสุขภาวะจิตใจของบุคลากรในระดับปฏิบัติการอย่างยั่งยืน

References

1. Mezhevov AV, Nikolaev V, Meleshkin MA. New approaches to managing organizations by the "Vuca - World" philosophy. *Wisdom*. 2022;2(1):115-21. doi:10.24234/wisdom.v2i1.773
2. Cascio J. Facing the age of chaos [Internet]. 2020 [cited 2025 Apr 9], Available from: <https://medium.com/@Cascio/facing-the-age-of-chaos-b00687b1f51d>
3. Thailand Nursing and Midwifery Council. Nursing and midwifery strategic plan 2022-2026. Bangkok: Suetoawan Press; 2022. (in Thai)
4. Topp SM. COVID-19 and global health systems. In: *The Routledge Handbook of Global Development*. Routledge; 2022. p. 455-68.
5. Wisaedonwai J. Goodbye VUCA, hello BANI: inviting school directors to adapt themselves and schools to keep up with change [Internet]. 2022 [cited 2025 Apr 9]. Available from: <https://educathai.com/knowledge/articles/652> (in Thai)
6. Nuankaew Y, Chindarak P. Catholic education leadership in the BANI world era. *Journal of Association of Professional Development of Educational Administration of Thailand*. 2024;6(2):435-50. (in Thai)
7. Chullasutthi N, Kasorn K, Charoenphol S, Jedaman P. Innovative leadership with change management in government organization under VUCA Era. *Journal of Multidisciplinary Humanities and Social Sciences*. 2024;7(1):310-28. (in Thai)
8. Tiase VL, Kawamoto K, Sward KA. Supporting Nursing Efficiency by Understanding Workload: A Critical Need. *Mayo Clinic Proceedings: Digital Health*. 2023;1(4):629-31.
9. Sagar Vishwakarma S, Kumar Pandey S. Agile Transformation: Business Strategies and Best Practices for VUCA and BANI World [Internet]. *Business, Management and Economics*. IntechOpen; 2024. [cited 2025 Apr 9]. Available from: <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.1006870>
10. Bennis W, Nanus B. *The strategies for taking charge*. Leaders, New York: Harper. Row. 1985;41.
11. Johnson SA, Macchiano S, Harding A. Enhance strategic planning and execution skills through leadership investment. *Nursing Management (Springhouse)*. 2025;56(1):44-8. doi:10.1097/nmg.0000000000000210
12. Ahmad S, Wasim S. AGILE Methodology in Healthcare and Medical Practices: A Narrative Review. *Scholars International Journal of Traditional and Complementary Medicine*. 2023;6(8):129-33.
13. Rungjang K. VUCA to BANI: challenges of early childhood education management. *Journal of BSRU-Research and Development Institute*. 2024;9(1):282-91. (in Thai)
14. Cascio J. Human responses to a BANI world [Internet]. 2022 [cited 2025 Apr 9]. Available from: <https://medium.com/@cascio/human-responses-to-a-bani-world-fb3a296e9cac>



15. James AH, Dimond R, Jones A, Watkins D, Kelly D. Leading through the COVID-19 pandemic: Experiences of UK Executive Nurse Directors. *Journal of Advanced Nursing*. 2025;81(3):1463-75. doi:10.1111/jan.16329
16. Risling TL, Low C. Advocating for Safe, Quality and Just Care: What Nursing Leaders Need to Know about Artificial Intelligence in Healthcare Delivery. *Nursing Leadership* (1910-622X). 2019;32(2):31–45. doi.org/10.12927/cjnl.2019.25963
17. Weber P, Peltonen LM, Junger A. The essence and role of nurses in the future of biomedical and health informatics. In: Mantas J, et al., editors. *Achievements, milestones and challenges in biomedical and health informatics*. Amsterdam: IOS Press; 2022. p. 164-76.
18. Yongchaiyoot P, Arannapoom V. Strategies for developing nursing leadership in the 21st century. *Vajira Nursing Journal*. 2024;26(2):136-50. (in Thai)
19. Alkhaqani AL. Future Challenges for Nursing: An Overview. *Al-Ameed Journal for Medical Research and Health Sciences*. 2023;1(1):2. doi:org/10.61631/3005-3188.1001
20. Tenório AKD, Cunha MFM da, Santos ET de S, Ribeiro N da C, Carvalho DO, Amestoy SC. Evidence-based management and the nurse's decision-making process. *Contribuciones a Las Ciencias Sociales*. 2024;17(2):e5277. doi:10.55905/revconv.17n.2-209.
21. Mularz LA. Riding the waves of change: Teaching nurse leaders to surf. *Nursing Management*. 2024 Jun 1;55(6):51-4. doi:10.1097/nmg.000000000000137
22. Vuorivirta-Vuoti E, Kuha S, Kanste O. Nurse leaders' perceptions of future leadership in hospital settings in the post-pandemic era: a qualitative descriptive study. *Leadership in Health Services* (Bradford, England). 2023;ahead-of-print(ahead-of-print). doi:10.1108/lhs-05-2023-0032
23. Azzellino G, Bordoni M. Transformational leadership: The key to reducing Intention to leave in nurses. *NSC Nursing*. 2024;3(4):78-85. doi:10.32549/OPI-NSC-109.
24. Phra Maha Piset S, Phra Somporn N, Suksabai C. The Educational management in the VUCA world Era. *Journal of Political Science, Mahamakut Buddhist University*. 3(5):133-55. (in Thai)
25. Ratanapitakdhada C, Trirat P. Educational Leaders' Competencies to Survive and Thrive in a BANI World. *The Journal of Pacific Institute of Management Science (Humanities and Social Science)*. 2023;9(1):16-28. (in Thai)



ผลของการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงต่อผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

ทัศนีย์ มีเทียน พย.ม.¹ ต้องดา ชันฉวี พย.ม.^{1,2}
รุ่งรัตน์ สุขะเดชะ ประ.ด.¹ มธุรส ปลาโพธิ์ พย.ม.¹
เพ็ญศรี สำแดงฤทธิ์ พย.ม.¹ มณีนรัตน์ หม้ายพิมาย พย.ม.¹
พรพิมล ประกอบจรรยา พย.ม.¹

(วันรับบทความ: 15 พฤษภาคม พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 10 กรกฎาคม พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ: 21 กรกฎาคม พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น และเปรียบเทียบคะแนนผลลัพธ์การเรียนรู้ระดับรายวิชาของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ใช้กรอบแนวคิดการจัดการเรียนรู้ตามสภาพจริงของนิวมานและคณะ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล ที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ประจำปีการศึกษา 2567 จำนวน 125 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1) กระบวนการและกิจกรรมการจัดการเรียนการสอนในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริง ตามแนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริง 2) แบบประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการจัดการศึกษาที่มุ่งเน้นผลลัพธ์การเรียนรู้ ประกอบด้วย 8 ผลลัพธ์การเรียนรู้ค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ เท่ากับ 0.83 หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ส่วนเปรียบเทียบคะแนนผลลัพธ์การเรียนรู้ก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลอง นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมทุกผลลัพธ์การเรียนรู้ระดับรายวิชาอยู่ในระดับมาก หลังการทดลอง นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมทุกผลลัพธ์การเรียนรู้ระดับรายวิชาอยู่ในระดับมากที่สุด เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การเรียนรู้ระดับรายวิชาตามสภาพจริงของนักศึกษาพยาบาลรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น หลังการจัดการเรียนการสอนสูงกว่าก่อนการจัดการเรียนการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กระบวนการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงสามารถนำไปใช้เป็นวิธีการหนึ่ง ในการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาล

คำสำคัญ: การจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริง ผลลัพธ์การเรียนรู้ นักศึกษาพยาบาล

¹อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล จ. นครราชสีมา

²ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: tongta_kha@vu.ac.th Tel: 095-6123816



The Effects of Authentic Learning on Learning Outcomes of Nursing Students in a Pediatric and Adolescent Nursing Practicum at Vongchavalitkul University

Tasaneet Meetian M.N.S¹ Tongta Khanthawithi M.N.S^{1,2}

Rungrat Sukadaecha Ph.D.¹ Mathusorn Plapo M.N.S¹

Pensri Sumdangrith M.N.S¹ Maneerat Maipimai M.N.S¹

Phonphimon Prakopchanya M.N.S¹

(Received Date: May 15, 2025, Revised Date: July 10, 2025, Accepted Date: July 21, 2025)

Abstract

This quasi-experimental study utilized a one-group pretest-posttest design to examine the level of course-level learning outcomes among nursing students before and after implementing authentic learning in the Pediatric and Adolescent Nursing Practicum course. The study also aimed to compare students' learning outcomes (LOs) prior to and following the intervention. The conceptual framework was based on Newman et al.'s Authentic Learning Model. The sample consisted of 125 third-year undergraduate nursing students enrolled in the Pediatric and Adolescent Nursing Practicum course during the 2024 academic year at the Faculty of Nursing of Vongchavalitkul University. The research instruments included the teaching and learning processes and activities for nursing practice training in real-world situations, based on the authentic learning approach and the LO assessment instrument for the Pediatric and Adolescent Nursing Practicum course, which was comprised of eight LOs and was developed according to outcome-based education principles. The Item-Objective Congruence (IOC) index was 0.83. Reliability was assessed using Cronbach's alpha coefficient, yielding a reliability value of 0.91. Descriptive statistics were employed to analyze the overall mean scores of the course-level learning outcomes. Paired t-tests were used to compare pre- and post-intervention scores.

The results revealed that, prior to the implementation of authentic learning, the students' overall mean scores for course-level learning outcomes were at a high level. After the intervention, the overall mean scores increased to a very high level. The comparison between pre- and post-intervention scores showed a statistically significant improvement in students' learning outcomes at the $p < .05$ level. These findings indicate that the authentic learning approach can serve as an effective instructional strategy to enhance course-level learning outcomes in nursing practicum settings, particularly in pediatric and adolescent nursing education.

Keywords: authentic learning, learning outcomes, nursing student

¹Nurse Instructor, Faculty of Nursing, Vongchavalitkul University, Nakhonratchasima Province

²Corresponding Author, Email: tongta_kha@vu.ac.th Tel: 095-6123816



บทนำ

การจัดการศึกษาพยาบาลที่มีคุณภาพ นับว่าสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากการพยาบาลเป็นการปฏิบัติกับชีวิตและสุขภาพของมนุษย์ทุกวัย ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน ในทุกภาวะสุขภาพ¹ ปัจจุบันประเทศไทยโดยกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.) ได้ประกาศใช้รูปแบบการจัดการศึกษาแบบเน้นผลลัพธ์ (Outcome-Based Education: OBE) เพื่อขับเคลื่อนการอุดมศึกษาไทย² หลักคิดสำคัญของ OBE คือการกำหนดภาพที่ชัดเจนของสิ่งที่ผู้เรียนจะต้องเรียนรู้ จะต้องเข้าใจ และจะต้องทำได้ รวมถึงการจัดโครงสร้างการสอนและการประเมินผล เพื่อให้มั่นใจได้ว่าเมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วผู้เรียนจะสามารถบรรลุผลลัพธ์ตามที่หลักสูตรคาดหวัง^{3,4} การสร้างหลักสูตรแบบ OBE ช่วยเพิ่มสมรรถนะให้แก่ นักศึกษาพยาบาลในทุกด้าน เช่น ความรู้ ทักษะคิดวิเคราะห์ ปฏิบัติการพยาบาล และด้านความเข้าใจเพื่อนมนุษย์⁵ ในการออกแบบหลักสูตรที่เน้นผลลัพธ์การเรียนรู้นั้น ควรตั้งต้นจากวิสัยทัศน์และพันธกิจของสถาบันไปสู่การกำหนดวัตถุประสงค์ของหลักสูตร ซึ่งเป็นเป้าหมายระยะไกลหลังสำเร็จการศึกษา ที่อธิบายถึงความสำเร็จของผู้สำเร็จการศึกษาในแง่มุมมองอาชีพการงาน ส่วนผลลัพธ์การเรียนรู้แบ่งเป็น 2 ระดับคือ 1) ผลลัพธ์การเรียนรู้ระดับหลักสูตร (Program Learning Outcome: PLO) อธิบายว่าผู้เรียนสามารถทำอะไรได้บ้างหลังจบหลักสูตรด้วยการเทียบเคียงกับสมรรถนะ ครอบคลุมวัตถุประสงค์การศึกษาของหลักสูตร 2) ผลลัพธ์การเรียนรู้ระดับรายวิชา (Course Learning Outcome: CLO) ซึ่งเป็นสิ่งที่นักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้หรือปฏิบัติได้เมื่อผู้เรียนได้เรียนจบรายวิชานั้น ๆ^{6,7}

รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น เป็นรายวิชาหนึ่งที่อยู่ในโครงสร้างของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตจัดการศึกษาที่มุ่งเน้นผลลัพธ์การเรียนรู้ระดับรายวิชา (CLO) ที่สอดคล้องกับผลลัพธ์การเรียนรู้ระดับหลักสูตร (PLO) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ โดยมีการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 โดยในรายวิชานี้ได้กำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ระดับรายวิชา (CLO) จำนวน 8 CLOs ในปีการศึกษา 2566 ที่ผ่านมา ได้มีการประเมินผลรายวิชาจากการประเมินของนักศึกษาจำนวน 121 คน พบว่า นักศึกษาจำนวน 32 คนคิดเป็นร้อยละ 26.45 ต้องการให้มีการจัดการเรียนการสอนอย่างเป็นระบบและมีขั้นตอนชัดเจน มีการฝึกการคิดวิเคราะห์และการฝึกแก้ไขปัญหาสุขภาพในสถานการณ์จริง ปีการศึกษา 2567 คณะอาจารย์ผู้สอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น จึงได้ร่วมกันออกแบบรายวิชาโดยจัดการเรียนการสอนให้นักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริง (Authentic Situation Practice) เพื่อให้นักศึกษาได้เกิดการเรียนรู้ตามสภาพจริงสามารถบูรณาการความรู้และทักษะการพยาบาลในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลได้

การเรียนรู้ตามสภาพจริง (Authentic learning) ของ Newmann et al.⁸ เป็นกระบวนการเรียนรู้วิธีหนึ่งที่ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลได้ผสมผสานทั้งองค์ความรู้ด้านวิชาการและทักษะในการปฏิบัติเข้าด้วยกัน เพื่อใช้ในการพิจารณาหรือการตัดสินใจเมื่อต้องเผชิญกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยในสถานการณ์จริง ประกอบด้วย 1) ผู้เรียนได้คิดขั้นสูง (Higher-order thinking) 2) ผู้เรียนได้ใช้ความรู้ระดับลึกซึ้ง (Depth of knowledge) 3) ผู้เรียนได้สนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเนื้อหาสาระวิชาการ (Substantive conversation) 4) ผู้เรียนได้รับการสนับสนุนทางสังคม (Social support for student achievement) 5) ผู้เรียนสามารถเชื่อมโยงการเรียนรู้จากการเรียนสู่โลกภายนอก (Connections to the world beyond the classroom) การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรงในสถานการณ์จริงจะช่วยให้นักศึกษาได้พัฒนาทักษะด้านการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจและการแก้ปัญหา รวมถึงทักษะอื่น ๆ ที่จำเป็นต่อการพยาบาล⁹ นอกจากนี้ ยังช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและเพิ่มขีดความสามารถในการปฏิบัติงานพยาบาล ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญสำหรับการเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณภาพ¹⁰ การประเมินตามสภาพจริงเป็นกระบวนการที่มีความจำเป็นต้องทำควบคู่ไปกับกระบวนการเรียนรู้ตามสภาพจริง (Authentic learning) เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกัน ในแต่ละขั้นตอนของการเรียนรู้ตามสภาพจริง (Authentic learning) จึงมีการประเมินตามสภาพจริงให้นักศึกษา เช่น การประเมินการฝึกปฏิบัติงาน การประเมินการวางแผนการพยาบาลในแต่ละวัน รวมถึงการให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้เรียน มีผลการวิจัยที่สนับสนุนว่ากระบวนการเรียนรู้ตามสภาพจริงช่วยพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลและบรรลุตามผลลัพธ์การเรียนรู้ทุกด้าน¹¹ เมื่อมีการนำแนวคิดการประเมินผลการเรียนรู้ในสภาพจริงมาใช้ในการประเมินการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล พบว่านักศึกษามีความพึงพอใจมาก โดยสะท้อนว่า



การประเมินผลตามสภาพจริงมีความยุติธรรม ครอบคลุมทักษะปฏิบัติการพยาบาล ทำให้นักศึกษาพยาบาลมีความมั่นใจในระบบ การวัดประเมินผล และยอมรับการตัดสินคะแนนการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย¹² การจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงร่วมกับการสะท้อนคิดต่อพฤติกรรมบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ยังช่วยให้นักศึกษาพยาบาล มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและปัญหาชีวิตของผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้น เกิดความรู้สึกรักอยากช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ เกิดกระบวนการคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ และสามารถวางแผนการพยาบาล โดยให้ผู้รับบริการเข้ามามีส่วนร่วมได้ตรงตามสภาพชีวิตจริง¹³ จากการทบทวนงานวิจัยที่ใช้แนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริงในระดับรายวิชาสำหรับนักศึกษาพยาบาล พบว่ามีการศึกษาวิจัยจำนวนมาก เช่น รายวิชาสารสนเทศทางการพยาบาล¹⁴ รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ¹⁵ การศึกษารูปแบบการเรียนการสอนตามสภาพจริงเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะด้านการผดุงครรภ์และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน¹⁵ วิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ¹⁶ รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ¹⁷ การฝึกภาคปฏิบัติในทุกรายวิชาของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2¹⁸ ด้านการส่งเสริมจริยธรรม¹⁹ ยังไม่พบว่ามีการศึกษาที่ใช้การเรียนรู้ตามสภาพจริงในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นมาก่อน ทีมวิจัยซึ่งเป็นคณาจารย์ในกลุ่มวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น จึงมีความสนใจศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงต่อผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

จากการทบทวนวรรณกรรมในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2564-2568) เกี่ยวกับผลลัพธ์การเรียนรู้ระดับรายวิชา (CLO) สำหรับนักศึกษาพยาบาล จากผลการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น ชี้ให้เห็นว่างานวิจัยที่ศึกษาผลลัพธ์การเรียนรู้ระดับรายวิชา (CLO) ตามแนวคิดการจัดการศึกษาที่เน้นผลลัพธ์ (OBE) ของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มีจำนวนจำกัด โดยพบว่ามีงานวิจัยในรายวิชาต่าง ๆ ดังนี้ รายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ²⁰ รายวิชาการวิจัยเบื้องต้นทางการพยาบาล²¹ สำหรับการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล พบว่ายังไม่มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับแนวคิดการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงที่มีผลต่อผลลัพธ์การเรียนรู้ของผู้เรียน (CLOs) มาก่อน จึงนับเป็นช่องว่างขององค์ความรู้ คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงต่อผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ผลการวิจัยนี้จะช่วยให้เห็นประสิทธิภาพของการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริง และสามารถนำไปใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาอื่นให้มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับของผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงของรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงของรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น

สมมติฐานการวิจัย

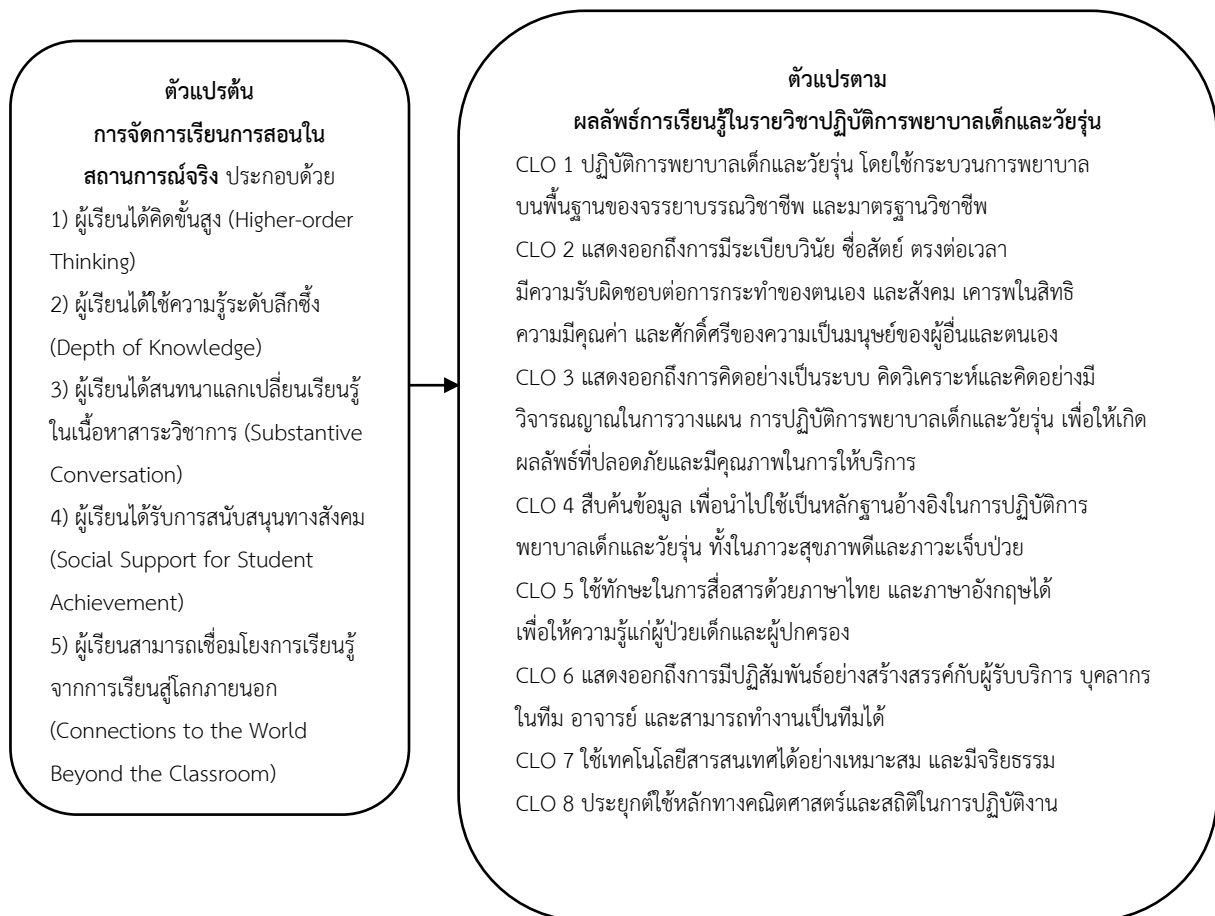
คะแนนผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลหลังการฝึกปฏิบัติตามสภาพจริงสูงกว่าคะแนนผลลัพธ์การเรียนรู้ก่อนการฝึกปฏิบัติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการจัดการเรียนรู้ตามสภาพจริงของ Newmann et al.⁸ ที่อธิบายองค์ประกอบสำคัญในการออกแบบการเรียนการสอนตามสภาพจริง ดังนี้ 1) ผู้เรียนได้คิดขั้นสูง (Higher-order thinking) โดยเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้จัดกระทำข้อมูลและใช้ความคิดในการสังเคราะห์ การสรุปนัยทั่วไป การอธิบาย และการสรุปรวม เพื่อสร้างความเข้าใจและความหมายใหม่ ๆ สำหรับผู้เรียน 2) ผู้เรียนได้ใช้ความรู้ระดับลึกมากกว่าความรู้พื้นฐาน (Depth of knowledge) โดยการทำความเข้าใจถึงแก่นความคิดของเนื้อหาวิชาอย่างลึกซึ้งในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน สามารถเชื่อมโยงความรู้ที่ลึกซึ้งกับปัญหาซับซ้อนได้อย่างมีความเป็นเหตุเป็นผล 3) ใช้การสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเนื้อหาสาระวิชาที่เรียน (Substantive conversation)



เพื่อให้เกิดการกระตุ้นการคิดวิเคราะห์และการวิพากษ์วิจารณ์โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนความรู้และทำความเข้าใจในประเด็นต่าง ๆ มากยิ่งขึ้น 4) ผู้เรียนได้รับการสนับสนุนทางสังคม (Social support for student achievement) โดยมีการสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมการเรียนรู้ การยอมรับนับถือซึ่งกันและกันระหว่างผู้เรียน ผู้สอน ผู้ป่วย และทีมสุขภาพ 5) ผู้เรียนสามารถเชื่อมโยงการเรียนรู้จากการเรียนรู้โลกภายนอก (Connections to the world beyond the classroom) โดยสามารถเชื่อมโยงความรู้ในเนื้อหาวิชาสู่การแก้ปัญหาสาธารณะหรือประสบการณ์ในสถานการณ์ต่าง ๆ ในสังคม เพื่อเพิ่มศักยภาพในการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาที่นอกเหนือจากการเรียนรู้ในรายวิชา และสามารถนำความรู้ที่เรียนรู้ในชั้นเรียนไปอธิบายปัญหาต่าง ๆ นอกชั้นเรียนได้²² การวิจัยนี้ได้ใช้กระบวนการตามแนวคิดการจัดการเรียนรู้ตามสภาพจริง⁸ มาใช้เป็นขั้นตอนในการนิเทศการฝึกปฏิบัติพยาบาลในหอผู้ป่วย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest- posttest design) ศึกษาในประชากรนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล ที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ปีการศึกษา 2567 จำนวน 125 คน



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ กระบวนการและกิจกรรมการจัดการเรียนการสอนในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริง ตามแนวทางการเรียนรู้ตามสภาพจริง⁸ ดังนี้

- 1) สัปดาห์ที่ 1 ผู้เรียนได้คิดขั้นสูง (Higher-order thinking) อาจารย์นิเทศจัดประสบการณ์ให้นักศึกษาพยาบาลได้ใช้การคิดวิเคราะห์เกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วยเด็กที่ตนได้รับมอบหมาย การคิดแบบครอบคลุมทุกมิติ และการสะท้อนคิดถึงผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้น
- 2) สัปดาห์ที่ 2 ผู้เรียนได้ใช้ความรู้ระดับลึกมากกว่าความรู้พื้นฐาน (Depth of knowledge) อาจารย์นิเทศกำกับ/ติดตามให้นักศึกษาสืบค้นข้อมูลโดยใช้ Technologic skills และ Advanced and technical knowledge ในการวิเคราะห์กรณีศึกษาและการสร้างแผนการพยาบาล ที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยตามความเป็นจริง ครอบคลุมทุกมิติสุขภาพของผู้ป่วย
- 3) สัปดาห์ที่ 3 ผู้เรียนได้มีโอกาสสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเนื้อหาสาระวิชาที่เรียน (Substantive conversation) อาจารย์นิเทศจัดให้มีการสนทนากลุ่ม ทั้งในลักษณะกลุ่มย่อย และกลุ่มใหญ่ เพื่อให้นักศึกษาได้มีโอกาสในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน กระตุ้นให้เกิดบรรยากาศของการแสดงความคิดเห็นโดยอิสระ ภายใต้หลักวิชาการ และความสมเหตุสมผล
- 4) สัปดาห์ที่ 4 ผู้เรียนได้รับการสนับสนุนทางสังคม (Social support for student achievement) อาจารย์นิเทศส่งเสริมให้นักศึกษาได้เรียนรู้จากผู้ที่มีประสบการณ์ตรงในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น เพื่อให้เกิดแรงบันดาลใจและกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์ในการสร้างนวัตกรรมเพื่อใช้ในปฏิบัติการพยาบาล
- 5) สัปดาห์ที่ 4 ผู้เรียนสามารถเชื่อมโยงการเรียนรู้จากการเรียนสู่โลกภายนอก (Connections to the world beyond the classroom) อาจารย์นิเทศจัดกิจกรรมส่งเสริมให้นักศึกษาได้มีโอกาสนำเสนอกรณีศึกษาในที่ประชุมพยาบาลวิชาชีพ การประชุมวิชาการต่างๆ เพื่อเปิดโอกาสให้นักศึกษาพยาบาลได้นำความรู้ในชั้นเรียนและทักษะการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ไปแลกเปลี่ยนในเวทีการประชุมของสหสาขาวิชาชีพ และภายนอกสถาบัน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้ใช้แบบประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ที่พัฒนาขึ้นตามแนวทางการจัดการศึกษาที่มุ่งเน้นผลลัพธ์การเรียนรู้ (OBE) ประกอบด้วย 8 ผลลัพธ์การเรียนรู้ (CLO) ได้แก่ 1) CLO 1 การใช้กระบวนการพยาบาลบนพื้นฐานของจรรยาบรรณวิชาชีพและมาตรฐานวิชาชีพ จำนวน 9 ข้อ 2) CLO 2 การมีระเบียบวินัย ซื่อสัตย์ ตรงต่อเวลา มีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง และสังคม เคารพในสิทธิความมีคุณค่า และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของผู้อื่นและตนเอง จำนวน 5 ข้อ 3) CLO 3 การคิดอย่างเป็นระบบ คิดวิเคราะห์และคิดอย่างมีวิจารณญาณในการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น จำนวน 4 ข้อ 4) CLO 4 การสืบค้นข้อมูล เพื่อนำไปใช้เป็นหลักฐานอ้างอิงในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น จำนวน 8 ข้อ 5) CLO 5 ใช้ทักษะในการสื่อสารด้วยภาษาไทย และภาษาอังกฤษได้เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครอง จำนวน 3 ข้อ 6) CLO 6 แสดงออกถึงการมีปฏิสัมพันธ์อย่างสร้างสรรค์กับผู้รับบริการ บุคลากรในทีม อาจารย์ และสามารถทำงานเป็นทีมได้ จำนวน 3 ข้อ 7) CLO 7 ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศได้อย่างเหมาะสม และมีจริยธรรม จำนวน 1 ข้อ และ 8) CLO 8 ประยุกต์ใช้หลักทางคณิตศาสตร์และสถิติ ในการปฏิบัติงาน จำนวน 1 ข้อ รวมทั้งหมด 34 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ คะแนน 5 หมายถึง มีผลลัพธ์การเรียนรู้อยู่ในระดับมากที่สุด คะแนน 4 หมายถึง มีผลลัพธ์การเรียนรู้ในระดับมาก คะแนน 3 หมายถึง มีผลลัพธ์การเรียนรู้ในระดับปานกลาง คะแนน 2 หมายถึง มีผลลัพธ์การเรียนรู้ในระดับน้อย คะแนน 1 หมายถึง มีผลลัพธ์การเรียนรู้ในระดับน้อยที่สุด



เกณฑ์การแปลผล²³ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง มีผลลัพธ์การเรียนรู้ในระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง มีผลลัพธ์การเรียนรู้ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง มีผลลัพธ์การเรียนรู้ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง มีผลลัพธ์การเรียนรู้ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง มีผลลัพธ์การเรียนรู้ในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามนำไปตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม ด้วยค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence: IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ค่าที่ได้เท่ากับ 0.83 เป็นค่าที่เชื่อถือได้²³ จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน คำนวณค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 เป็นค่าที่เชื่อถือได้²³

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อคณะผู้วิจัยได้รับอนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล แล้วจึงประสานงานกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ประชุมอาจารย์นิเทศเกี่ยวกับแนวทางการสอนภาคปฏิบัติและการประเมินผลให้เข้าใจและปฏิบัติเหมือนกัน

3. ในวันนัดหมายคณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง และขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

4. ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้รายวิชาปฏิบัติการเด็กและวัยรุ่นก่อนการจัดการเรียนการสอนในสถานการณ์จริง (Pre-test)

5. แบ่งนักศึกษาออกเป็น 16 กลุ่ม ๆ ละ 7-8 คน ใช้ระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติกลุ่มละ 4 สัปดาห์ โดยมีงานที่นักศึกษาได้รับมอบหมายดังนี้ 1) รายงานกรณีศึกษาคนละ 1 ราย 2) การวางแผนการพยาบาลประจำวัน 3) การสืบค้นข้อมูลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่นักศึกษาได้รับมอบหมายให้ดูแล 1 เรื่อง 4) การประเมินพัฒนาการและการจัดกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการในผู้ป่วยที่นักศึกษาได้รับมอบหมายให้ดูแล 1 ฉบับ 5) การประชุมปรึกษารายกรณี (นักศึกษา 2-3 คน/กรณีศึกษา 1 ราย) โดยนักศึกษาแต่ละกลุ่มจะได้รับการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงจากอาจารย์นิเทศเหมือนกัน โดยใช้กระบวนการของ Newmann et al.⁸

6. ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้รายวิชาปฏิบัติการเด็กและวัยรุ่นหลังสิ้นสุดการจัดการเรียนการสอนในสถานการณ์จริงตามแผน (Post-test) จากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและระดับของผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษา โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนผลลัพธ์การเรียนรู้ก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอนในสถานการณ์จริงในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ตรวจสอบการแจกแจงของคะแนนผลลัพธ์การเรียนรู้ พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ²⁴ จึงใช้สถิติ Paired t-test



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล เลขที่ 119/2567 ลงวันที่ 2 สิงหาคม พ.ศ. 2567 กลุ่มตัวอย่างได้รับคำชี้แจงและชั่งถามรายละเอียดของการวิจัย โดยชี้แจงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ต้องการเข้าร่วมในการวิจัยจนครบเวลา สามารถไม่เข้าร่วมได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยนี้ถือว่าเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมไม่มีการเปิดเผยชื่อหรือนามสกุลที่แท้จริง ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างได้ถูกเก็บเป็นความลับ และมีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอข้อมูล และการพิมพ์เผยแพร่ ได้นำเสนอในภาพรวมไม่สามารถระบุถึงบุคคลที่ให้ข้อมูลได้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยได้ลงนามในใบยินยอมเพื่อเป็นหลักฐานการเข้าร่วมงานวิจัยโดยสมัครใจ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป การศึกษาครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มประชากรของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล ที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ประจำปีการศึกษา 2567 จำนวน 125 คน โดยลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิงร้อยละ 95.20 และเพศชายร้อยละ 4.80 มีอายุระหว่าง 20-28 ปี อายุเฉลี่ย 20.82 ปี (S.D. = 1.00) มีเกรดเฉลี่ยสะสมระหว่าง 2.56-3.79 เกรดเฉลี่ยสะสมเฉลี่ย 3.16 (S.D. = 0.28)

2. ระดับผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษา ก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอน ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลองนักศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การเรียนรู้ก่อนการจัดการเรียนการสอนโดยรวมทุก CLO เท่ากับ 3.80 (S.D.=0.75) อยู่ในระดับมาก โดย CLO 2 มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 4.30 (S.D.=0.77) และ CLO 8 มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 3.48 (S.D.=0.98) หลังการทดลอง นักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การเรียนรู้โดยรวมทุก CLO เท่ากับ 4.56 (S.D.=0.40) อยู่ในระดับมากที่สุด โดย CLO 2 มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 4.77 (S.D.=0.40) และ CLO 5 มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 4.38 (S.D.=0.53) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น

ผลลัพธ์การเรียนรู้	ก่อนการจัดการเรียนการสอน (n=125)			หลังการจัดการเรียนการสอน (n=125)		
	mean	S.D.	การแปลผล	mean	S.D.	การแปลผล
CLO 1 ปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น โดยใช้กระบวนการพยาบาลบนพื้นฐานของจรรยาบรรณวิชาชีพและมาตรฐานวิชาชีพ	3.63	0.83	มาก	4.54	0.40	มากที่สุด
CLO 2 แสดงออกถึงการมีระเบียบวินัย ซื่อสัตย์ ตรงต่อเวลา มีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเองและสังคม เคารพในสิทธิความมีคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของผู้อื่นและตนเอง	4.30	0.77	มาก	4.77	0.40	มากที่สุด
CLO 3 แสดงออกถึงการคิดอย่างเป็นระบบคิดวิเคราะห์และคิดอย่างมีวิจารณญาณในการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ปลอดภัยและมีคุณภาพในการให้บริการ	3.67	0.92	มาก	4.49	0.50	มาก
CLO 4 สืบค้นข้อมูลเพื่อนำไปใช้เป็นหลักฐานอ้างอิงในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ทั้งในภาวะสุขภาพดีและภาวะเจ็บป่วย	3.75	0.84	มาก	4.53	0.49	มากที่สุด
CLO 5 ใช้ทักษะในการสื่อสารด้วยภาษาไทยและภาษาอังกฤษได้ เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครอง	3.61	0.90	มาก	4.38	0.53	มาก
CLO 6 แสดงออกถึงการมีปฏิสัมพันธ์อย่างสร้างสรรค์กับผู้รับบริการ บุคลากรในทีม อาจารย์ และสามารถทำงานเป็นทีมได้	4.10	0.79	มาก	4.66	0.48	มากที่สุด
CLO 7 ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศได้อย่างเหมาะสมและมีจริยธรรม	3.91	0.87	มาก	4.58	0.54	มากที่สุด
CLO 8 ประยุกต์ใช้หลักทางคณิตศาสตร์และสถิติในการปฏิบัติงาน	3.48	0.98	ปานกลาง	4.47	0.59	มาก
คะแนนเฉลี่ยโดยรวมทุก CLO	3.80	0.75	มาก	4.56	0.40	มากที่สุด



3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอนเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลตามสภาพจริงในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ก่อนการจัดการเรียนการสอนสูงกว่าหลังการจัดการเรียนการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -14.79, p = .000$) แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ($n=125$)

ประเด็นการเปรียบเทียบ	mean	S.D.	t	p-value
คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การเรียนรู้ก่อนการจัดการเรียนการสอน ^a	3.80	0.75	-14.79	.00*
คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การเรียนรู้หลังการจัดการเรียนการสอน ^a	4.56	0.40		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผล

1. ระดับผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลอง นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การเรียนรู้โดยรวมทุก CLO เท่ากับ 3.80 (S.D.= 0.75) อยู่ในระดับมาก หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การเรียนรู้โดยรวมทุก CLO เท่ากับ 4.56 (S.D.= 0.40) อยู่ในระดับมากที่สุด ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กระบวนการตามแนวคิดการสอนตามสภาพจริง มีกระบวนการชัดเจน ร่วมกับกิจกรรมที่ส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลได้มีการใช้ความรู้เชิงลึกในการวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย สามารถนำความรู้ที่เรียนในชั้นเรียนไปถ่ายทอดและขยายความให้แก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล ทีมสุขภาพ ได้เข้าใจปัญหาและร่วมกันแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสมตามสภาพจริงของผู้ป่วย ทำให้นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การเรียนรู้หลังการทดลองอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่าการจัดการเรียนการสอนที่มีการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ย่อมเป็นปัจจัยให้เกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ดีขึ้น⁵ นักศึกษาพยาบาลที่มีคุณลักษณะตามผลลัพธ์การเรียนรู้ระดับรายวิชาและระดับหลักสูตรกำหนดย่อมเป็นที่ต้องการของระบบสุขภาพในทุกมิติ⁴

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กระบวนการจัดการเรียนรู้ตามสภาพจริงในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยของผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล หลังการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กระบวนการจัดการเรียนรู้ตามสภาพจริงสูงกว่าก่อนการจัดการเรียนการสอน^a อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -14.79, p = .00$) อธิบายได้ว่า อาจมาจากผู้สอนเน้นให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ภายใต้ประสบการณ์ที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงมากที่สุด โดยใช้กระบวนการจัดการเรียนรู้ตามสภาพจริง⁸ ที่มีกระบวนการส่งเสริมการเรียนรู้และการคิดวิเคราะห์อย่างชัดเจน ช่วยให้นักศึกษาได้พัฒนาทักษะการเลือกใช้ข้อมูลจากแหล่งต่างๆอย่างมีวิจารณญาณ สามารถประยุกต์ข้อมูลความรู้ประสบการณ์ที่ได้ไปใช้ในสถานการณ์จริง หรือโลกแห่งความเป็นจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้ผู้เรียนได้มีโอกาสสร้างความรู้ด้วยตนเอง ใช้กระบวนการสืบสอบทางวิชาการ และผู้เรียนได้มีโอกาสเชื่อมโยงกิจกรรมการเรียนการสอนไปสู่ชีวิตจริงของผู้เรียน⁹ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนตามสภาพจริงและเมื่อทดลองใช้รูปแบบการเรียนการสอน^a แล้วพบว่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะด้านการผดุงครรภ์หลังการเรียนของนักศึกษาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และนักศึกษาทุกคนมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนผ่านเกณฑ์¹⁵ นอกจากนี้ยังพบงานวิจัยที่ศึกษาผลของการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงร่วมกับการสะท้อนคิดต่อพฤติกรรมบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งผลการวิจัยพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์โดยรวมและรายด้านของกลุ่มตัวอย่างหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความคิดเห็นต่อการเรียนการสอนพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจปัญหาโรคและปัญหาชีวิต



ของผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้น เกิดความรู้สึกอยากช่วยเหลือด้วยความเต็มใจ เกิดกระบวนการคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ และสามารถวางแผนการพยาบาลได้ตรงตามสภาพชีวิตจริงโดยผู้รับบริการเข้ามามีส่วนร่วม¹³ สำหรับการศึกษาวิจัยในต่างประเทศพบงานวิจัยที่ศึกษาผลของการเตรียมความพร้อมนักศึกษา ก่อนการเรียนรู้ในสถานการณ์จริง พบว่าการให้ความรู้พื้นฐานและการฝึกทักษะเบื้องต้นในห้องปฏิบัติการช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ในสถานการณ์จริง²⁵ ส่วนการเปรียบเทียบผลลัพธ์การเรียนรู้ระหว่างการสอนแบบดั้งเดิมกับการสอนในสถานการณ์จริงสำหรับการพยาบาลวัยรุ่น ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่เรียนในสถานการณ์จริงมีคะแนนการประเมินทักษะปฏิบัติสูงกว่า²⁶ โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อผลลัพธ์การเรียนรู้ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ได้แก่ ประสบการณ์ในคลินิก การสะท้อนคิด และการให้ข้อมูลย้อนกลับมีผลต่อการพัฒนาทักษะของนักศึกษา⁴ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อการเรียนรู้ในสถานการณ์จริง ได้แก่ ความพร้อมของอุปกรณ์ ความร่วมมือของบุคลากรในแหล่งฝึก และความหลากหลายของกรณีศึกษา²⁷ ส่วนการวิเคราะห์ผลลัพธ์การเรียนรู้ระยะยาวของนักศึกษาพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น พบว่าการเรียนรู้ในสถานการณ์จริงช่วยเพิ่มความสามารถในการปรับตัวและการแก้ปัญหาในการทำงานจริง^{28,29}

ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงหรือในสถานการณ์จริง ช่วยให้เกิดผลลัพธ์การเรียนรู้แก่นักศึกษาพยาบาลมากกว่าที่ไม่ได้จัดการเรียนการสอนตามสภาพจริง

ข้อจำกัดการวิจัย

1. การศึกษานี้เป็นการศึกษาถึงทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง และเป็นการทดลองใช้เป็นครั้งแรก อาจทำให้มีข้อจำกัดในการอ้างอิงประสิทธิผลของการใช้กระบวนการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริง
2. กระบวนการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริง ใช้การตรวจสอบด้วยผู้เชี่ยวชาญบางส่วน หากได้พัฒนาตามรูปแบบ และกระบวนการของการสร้างแนวปฏิบัติตามมาตรฐาน อาจทำให้ขยายการนำไปใช้ในรายวิชาต่าง ๆ ได้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยพบว่าการใช้กระบวนการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริง สามารถเพิ่มผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลได้ สถาบันการศึกษาพยาบาลควรนำวิธีการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริง ไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอื่น ๆ
2. อาจารย์พยาบาลควรได้รับการเสริมความรู้ความเข้าใจ และเสริมทักษะการใช้กระบวนการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริง เพื่อให้สามารถนำไปใช้ในรายวิชาที่รับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยถึงผลของการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงต่อผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลในรายวิชาอื่นๆ และควรศึกษาวิจัยในระยะยาว (Longitudinal study) ถึงประสิทธิผลของการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงว่ามีผลต่อผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลตลอดปีการศึกษา หรือตลอดระยะเวลาของการศึกษาในหลักสูตรหรือไม่ อย่างไร เพื่อให้เกิดทางเลือกวิธีการจัดการเรียนการสอนที่เป็นประโยชน์กับนักศึกษาพยาบาลต่อไป
2. ควรทำการวิจัยการทดลองแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อแสดงประสิทธิผลของการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงได้อย่างชัดเจน
3. ควรทำการศึกษาวิจัยในรายวิชาภาคปฏิบัติอื่นๆ และรายวิชาภาคทฤษฎี

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณนักศึกษาที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลและขอขอบคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ทำให้การวิจัยนี้สำเร็จด้วยดี



References

1. Thailand Nursing and Midwifery Council. Bachelor's degree qualification standards in nursing science 2020. Nonthaburi: Nursing Council; 2020. (in Thai)
2. Ministry of Higher Education, Science, Research and Innovation (MHESI). Ministerial regulation on higher education curriculum standards. Bangkok: MHESI; 2022.
3. Pinit P, Anmanatarkul A, Ruayruay E. Assessment literacy: Assessment, learning progress, and accurate and fair grading according to outcome-based education. *Journal of Learning Innovation and Technology*. 2023;3(2):6-20. (in Thai)
4. Vattanaamorn S, Phaitrakoon J, Jirattananawanna N, Jintrawet U, Kwalamthan W, Lertwongpaopu W. Factors influencing the achievement of learning outcomes among nursing students: The mixed-method study. *Eurasian Journal of Educational Research*. 2022;98:131-46. doi: 10.14689/ejer.2022.98.09
5. Tan K, Chong MC, Subramaniam P, Wong LP. The effectiveness of outcome based education on the competencies of nursing students: A systematic review. *Nurse Education Today*. 2018;64:180-9. doi:10.1016/j.nedt.2017.12.030
6. Moreno-Lacalle R. Integrative review of outcomes-based education in nursing. *Philippine Journal of Nursing Education*. 2016;26:51-62. [internet]. 2016 [cited 2024 Jun 21] Available from: https://www.researchgate.net/profile/Rainier-Moreno-Lacalle/publication/336411421_Integrative_Review_of_Outcomes-Based_Education_in_Nursing/links/5d9fff0392851c6b4bcb6fab/Integrative-Review-of-Outcomes-Based-Education-in-Nursing.pdf
7. Yanawongsa T, Intasingh S, Nguenyuang S, Intanet N. Outcome-based curriculum: New approach for higher education curriculum. *Humanities and Social Sciences Journal of Pibulsongkram Rajabhat University*. 2021;15(2):279-91. (in Thai)
8. Newmann FM, Secada WG, Wehlage G. A guide to authentic instruction and assessment: Vision, standards and scoring. Madison: Wisconsin Center for Educational Research; 1995.
9. Lee J, Campbell S, Choi M, Bae J. Authentic learning in healthcare education: A systematic review. *Nurse Education Today*. 2022;119:105596. doi: 10.1016/j.nedt.2022.105596
10. Benner P, Sutphen M, Leonard V, Day L. Educating nurses: A call for radical transformation. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2010.
11. Thaicharoen C, Thaicharoen N. Authentic Learning: Experiences from teaching nursing students. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*. 2020;14(34):259-70. (in Thai)
12. Lertwittayakul T. Authentic assessment for nursing student in clinic practicum. *College of Asian Scholars Journal*. 2020;10(4):51-7. (in Thai)
13. Srimahunt K, Intana J, Sansomros W. The effects of authentic learning with reflective practice on humanized-care behavior of nursing students. *Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong*. 2020;4(2):72-100. (in Thai)
14. Jaijoy K, Kamdaeng P. Learning outcome and satisfaction of nursing students on the student-centered teaching in nursing informatics class of McCormick Faculty of Nursing, Payap University. *Journal of Nurses Association of Thailand Northern Office*. 2019;25(2):26-39. (in Thai)



15. Thaewpia S, Panmaung S, Khamsawarde N, Baothong K, Thuntum K, Phusee S, et al. Authentic learning instructional model to enhance the midwifery competency and learning achievement of nursing students. *Nursing Science Journal of Thailand*. 2015;33(1):27–36. (in Thai)
16. Waisurasing L, Noparoojjinda S. The development of instructional model using authentic learning approach to enhance achievement and critical thinking ability of nursing students, Boromarajajonani College of Nursing Suphanburi. *Journal of Nursing and Education*. 2011; 4(3):63-77. (in Thai)
17. Rattana-umpa N, Sawekngam W. The development of an instructional process based on the transferring of learning approach and the elaboration likelihood model of persuasion to promote nursing practice skills and attitude towards gerontological nursing for nursing students. *Journal of Education Studies*. 2021;49(4): 1-11. (in Thai)
18. Keadthong W, Sueamak W, Thanaroj S. Outcomes of cultivating ethical behaviors using an instructional model grounded in authentic learning in nursing Students at Boromarajonani College of Nursing, Surat Thani, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute. *Journal of Nursing and Health Science Research*. 2024;16(1):e268720. (in Thai)
19. Rukbangaem C, Krungkeaw W, Songloed D, Tantanokit J, Sehaphun N. Development of ethical behaviors in nursing practicum of nursing students towards authentic learning approach. *Journal of MCU Nakhondhat*. 2023;10(8):188-201. (in Thai)
20. Sakulkoo P, Ouichareon S, Khoyun S. Learning outcomes of the integration between the academic services and teaching and learning in gerontological nursing course of 2nd year nursing student, Class 27, Borommarajonani College of Nursing, Udon Thani. *Journal of Sakon Nakhon Hospital*. 2022;25(1):71-82. (in Thai)
21. Khamchan P, Thailek T, Thasaneesuwan S. Learning outcome according to Thai Qualifications Framework for higher education as perceived by nursing students regarding the hybrid learning approach in an elementary nursing research subject. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2022;42(3):63-73. (in Thai)
22. Killen R. Outcomes-based education: Principles and possibilities [unpublished manuscript]. Newcastle: University of Newcastle, Faculty of Education; 2000.
23. Polit DF, Beck CT. Polit & Beck's nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. 12th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2024.
24. Hair JF, Hult GTM, Ringle CM, Sarstedt M. A primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM). 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2022.
25. Chen Y, Liu X. Preparing nursing students for authentic learning experiences: A mixed-methods study. *Nurse Education Today*. 2021;98:104768. doi:10.1016/j.nedt.2021.104768
26. Johnson R, Brown K. Comparing traditional and authentic learning approaches in pediatric nursing education: A randomized controlled trial. *Nurse Education in Practice*. 2019;39:120-6. doi:10.1016/j.nepr.2019.08.002



27. Roberts D, Williams A, Davis J. Factors influencing effective authentic learning experiences in clinical settings: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 2020;104:103513. doi:10.1016/j.ijnurstu.2019.103513.
28. Thompson R. Long-term outcomes of authentic learning experiences in pediatric and adolescent nursing education: A longitudinal study. *Journal of Professional Nursing*. 2021;37(2):235-42. doi:10.1016/j.profnurs.2020.11.002
29. Maneesakorn von Bormann S, Opasawatchai S, Santwanpas N. Effects of authentic learning style on data analysis skills and satisfaction of 3rd year Nursing Students. *Journal of Nurses Association of Thailand Northern Office*. 2016;25(3):93-107. (in Thai)



ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดต่อการลดความวิตกกังวล ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วท่อนไตแบบส่องกล้อง

เครือมาศ กตะศิลา พย.บ.¹

นงเยาว์ มีเทียน ปร.ด.^{2,3}

สุพัตรา บัวที ปร.ด.²

(วันรับบทความ: 9 พฤษภาคม พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 4 กรกฎาคม พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ: 16 กรกฎาคม พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดต่อการลดความวิตกกังวล ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วท่อนไตแบบส่องกล้อง โรงพยาบาลโสธร ระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วท่อนไตแบบส่องกล้อง จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย โดยใช้ทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-regulation theory) ซึ่งกลุ่มทดลองจะได้ 1. รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด ประกอบด้วย 1) วิธีการหรือรายละเอียดของ ขั้นตอนการรักษา 2) ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึก 3) ให้คำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ และ 4) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเผชิญปัญหา และ 2. ประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญปัญหา โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญปัญหาของ Spielberger ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) 0.88 ใช้ระยะเวลา 1 วัน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test, Fisher's exact test, Independent t-test และ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนการทดลองเท่ากับ 62.95 (S.D.= 4.80) อยู่ในระดับสูง และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลเท่ากับ 64 (S.D.= 4.76) อยู่ในระดับสูง และกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ก่อนการทดลองเท่ากับ 62.10 (S.D.= 4.72) อยู่ในระดับสูง และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลเท่ากับ 39.10 (S.D.= 2.74) อยู่ในระดับต่ำ ผลการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลน้อยกว่า กลุ่มควบคุม ($t = 20.78, p < .05$) และมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($t = 0.56, p < .05$) ผลการศึกษารังนี้แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วท่อนไตแบบส่องกล้อง ที่สามารถลดความวิตกกังวลได้

คำสำคัญ: การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม การผ่าตัดนิ่วท่อนไตแบบส่องกล้อง ความวิตกกังวล

¹นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

²อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: nongyaow.m@msu.ac.th Tel: 085-6187720



Effects of a Preparatory Information Program on Reducing Anxiety among Patients Undergoing Uretero – Renoscopic Litholapaxy

Kruamard Katasila B.N.S.¹

Nongyaow Meethien Ph.D.^{2,3}

Supatra Buatee Ph.D.²

(Received Date: May 9, 2025, Revised Date: July 4, 2025, Accepted Date: July 16, 2025)

Abstract

This Quasi-experimental research aimed to examine the effects of a preoperative information program on anxiety reduction in patients undergoing Uretero-Renoscopic Litholapaxy at Yasothon Hospita between August and October 2024. The sample consisted of 40 patients undergoing Uretero-Renoscopic Litholapaxy who were divided into a control group and an experimental group with 20 participants in each group. The participants were selected by simple random sampling using the self-regulation theory. The experimental group received 1. A pre-operative information program consisting of 1) procedural information, 2) sensory information, 3) behavioral information, and 4) information on coping with problems; and 2. assessment for their anxiety using the State-Trait Anxiety Inventory of Spielberger, which had a Cronbach alpha coefficient of 0.88. The duration of the program was one day. The control group received routine care. Data were analyzed using frequencies, percentages, means, standard deviations, Chi-square tests, Fisher's exact tests, independent t-tests, and Paired t-tests.

The results of the study found that the control group had a mean anxiety score of 62.95 (S.D.= 4.80) before the experiment, which was at a high level, and that their mean anxiety score was 64 (S.D.= 4.76) after the experiment, remaining in the high level. The experimental group had a mean anxiety score of 62.10 (S.D.= 4.72) before the experiment, which was at a high level, but after the experiment, their mean anxiety score fell to 39.10 (S.D.= 2.74), dropping to a low level. The t-test analysis confirmed that the experimental group had a significantly lower mean anxiety score after the experiment than before the experimental ($t = 0.56, p < .05$) and a significantly lower mean anxiety score than the control group after the experiment ($t = 20.78, p < .05$). The results of this study demonstrate the usefulness of the preoperative preparation information program for reducing anxiety in patients undergoing Uretero-Renoscopic Litholapaxy.

Keywords: preoperative information, uretero-renaloscope litholapaxy, anxiety

¹Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

²Lecture at Department of Adult Nursing, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

³Corresponding Author, Email: nongyaow.m@msu.ac.th Tel: 085-6187720



บทนำ

โรคนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ (Urolithiasis) เป็นกลุ่มโรคที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีแนวโน้มสูงขึ้นในทุกภูมิภาคทั่วโลก¹ สำหรับประเทศไทย ในช่วงระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคนิ่วไตและท่อไตเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน จัดเป็นปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชากรไทยเป็นอย่างมาก จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข พบอัตราการเกิดโรคนิ่วในไตและทางเดินปัสสาวะของผู้ป่วยในเพิ่มขึ้น ปี พ.ศ. 2564 พบอัตราการเกิดนิ่วในท่อไต 129.56 ต่อแสนประชากร ปี พ.ศ. 2565 พบอัตราการเกิด 116.68 และปี พ.ศ. 2566 พบอัตราการเกิด 162.62 ต่อแสนประชากร ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี² โดยเฉพาะอย่างยิ่ง นิ่วในท่อไตพบอุบัติการณ์สูงมากถึงร้อยละ 28 เมื่อเทียบกับนิ่วที่ตำแหน่งอื่นของระบบทางเดินปัสสาวะ³ ผู้ป่วยมักมาด้วยอาการปวดเอวด้านหลังอย่างรุนแรงและเฉียบพลัน ปัสสาวะเป็นเลือด และทำให้เกิดการอักเสบติดเชื้อขึ้นได้ ในรายที่นิ่วมีขนาดใหญ่และอุดตันท่อไตเป็นเวลานานอาจทำให้การทำงานของไตด้านนั้นเสียไปด้วย อาจส่งผลให้เกิดภาวะไตวายเรื้อรัง ไตวายระยะสุดท้ายต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา และอาจทำให้ถึงแก่ความตายได้^{2,3}

การรักษานิ่วท่อไตมีหลายวิธีและวิธีที่นิยมมากที่สุด คือ วิธีการผ่าตัดนิ่วในท่อไตโดยวิธีส่องกล้อง (Uteroscopy with lithotripsy) เนื่องจากเป็นวิธีที่สามารถนำนิ่วออกมาได้มากกว่า มีนิ่วเหลือในท่อไตน้อยกว่า และไม่ต้องนัดผู้ป่วยมาทำหัตถการบ่อยครั้งซึ่งได้ผลดีกว่าการสลายนิ่วด้วยเครื่องสลายนิ่วคลื่นความถี่สูง (Extracorporeal shock wave lithotripsy)⁴ จากสถิติการผ่าตัดผู้ป่วยนิ่วในท่อไตโดยวิธีส่องกล้อง ของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลโสธรจากปี พ.ศ. 2563 -2566 พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดในแต่ละปีมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี จำนวน 137, 152, 183 และ 206 ราย ตามลำดับ⁵ การผ่าตัดนิ่วในท่อไตโดยวิธีส่องกล้อง (Ureteroscopy with lithotripsy) เป็นการผ่าตัดที่มีความซับซ้อนและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนในการทำผ่าตัด ได้แก่ การบาดเจ็บบริเวณท่อไตหรือเกิดท่อไตรั่วทะลุในระหว่างการทำหัตถการ การติดเชื้อ ภาวะเสียเลือดมากจนเกิดภาวะช็อก นอกจากนี้ยังอาจส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัวอีกด้วย⁶ ซึ่งจากสถิติห้องผ่าตัดโรงพยาบาลโสธร ในปี พ.ศ. 2566 พบว่า ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นขณะผ่าตัดท่อไตทะลุ ทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนหัตถการเป็น Open Ureter lithotomy 2 ราย⁵

การผ่าตัดเป็นสถานการณ์ที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลในระหว่างรอผ่าตัดมากถึงร้อยละ 11- 80⁷ ความวิตกกังวลเป็นสภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วยที่มีความรู้สึกหวาดหวั่น หวาดกลัว อึดอัด ไม่สบายใจ รู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมตอบสนองและมีการแสดงออกที่แตกต่างกันไป บางคนมองซ้ายขวา จับผ้าแน่น ผุดลุกผุดนั่ง มีตั้งแต่ทำให้ตื่นตัวอยากที่จะรับรู้ มีการแสวงหาข้อมูลไปจนถึงมีการรับรู้ที่แคบลงและไม่สามารถแก้ปัญหาด้วยตนเองได้อาจถึงขั้นทำให้มีพฤติกรรมตอบสนองที่ผิดปกติและไม่เหมาะสม⁸ ความวิตกกังวลยังมีผลกระทบทางด้านร่างกาย เช่น มีอัตราการเต้นของหัวใจที่เพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูง อาจเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ กระสับกระส่าย คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น¹ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยต้องเข้ามาในห้องผ่าตัดและเตรียมจะไ้ยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยมักจะมีอาการกังวลใจ อาจไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำหรือไม่ให้ความร่วมมือ ความวิตกกังวลที่สูงมาก ๆ อาจเป็นอุปสรรคต่อการสอน การให้ข้อมูล คำแนะนำ หรือการปฏิบัติตัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับตั้งแต่ในระลอกก่อนผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวล⁹

ดังนั้น พยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย มีบทบาทสำคัญในการดูแล ช่วยลดความวิตกกังวลให้ผู้ป่วยตั้งแต่มก่อนผ่าตัดและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับการผ่าตัดนิ่วท่อไตโดยวิธีส่องกล้องได้อย่างเหมาะสม หากพยาบาลมีรูปแบบการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่ถูกต้องเหมาะสม พบว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดมีความวิตกกังวลในระดับสูงและการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดสามารถช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยลงได้^{2,3} การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดพัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีการปรับตนเอง (Self-regulatory theory) ของ Leventhal และ Johnson¹⁰ สารสำคัญของทฤษฎีคือถ้าบุคคลเคยรับรู้หรือได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะต้องเผชิญมาก่อน จะทำให้บุคคลมีภาพรวมของความคิด(Mental image) เกี่ยวกับเหตุการณ์ และมีการจัดเก็บเป็นแบบแผนความรู้ ความเข้าใจ (Schema)



เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์จริง บุคคลจะสามารถแปลความหมายของเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญได้อย่างถูกต้อง ชัดเจนและเกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมเหตุการณ์ความรู้สึกที่ผ่านเข้ามาได้ ทำให้ปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจ เช่น ความวิตกกังวลลดลง¹⁰ ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยต้องเข้ามาในห้องผ่าตัดและเตรียมจะไ้ยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยมักจะมีอาการกังวลใจ อาจไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำหรือไม่ให้ความร่วมมือ ความวิตกกังวลที่สูงมาก ๆ อาจเป็นอุปสรรคต่อการสอน การให้ข้อมูล คำแนะนำ หรือการปฏิบัติตัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวล⁹ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การลดความวิตกกังวลก่อนทำผ่าตัดได้โดยใช้รูปแบบและวิธีการให้ข้อมูลที่มีความหลากหลาย การให้ข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์เพียงอย่างเดียวสามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้^{9,15,19-21} การให้ข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการให้คู่มือการเตรียมความพร้อมในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย^{12,14} และการใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการโทรติดตามเยี่ยมเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน²¹ ก็สามารถลดความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยได้ แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาผู้วิจัยไม่พบโปรแกรมการให้ข้อมูลเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในท่อนโตแบบส่องกล้องในรูปแบบของสื่อวีดิทัศน์ และผู้ป่วยแต่ละคนแต่ละโรคมีความวิตกกังวลที่แตกต่างกันไป ผู้วิจัยจึงได้เลือกรูปแบบการให้ข้อมูลการเตรียมความพร้อมด้วยสื่อวีดิทัศน์ที่จัดเก็บในรูปแบบของ QR-code และเล่มคู่มือเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในท่อนโตแบบส่องกล้อง ทฤษฎีดังกล่าวมีความเหมาะสมในการนำมาพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดเพื่อช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในท่อนโตแบบส่องกล้อง¹⁰⁻¹⁵

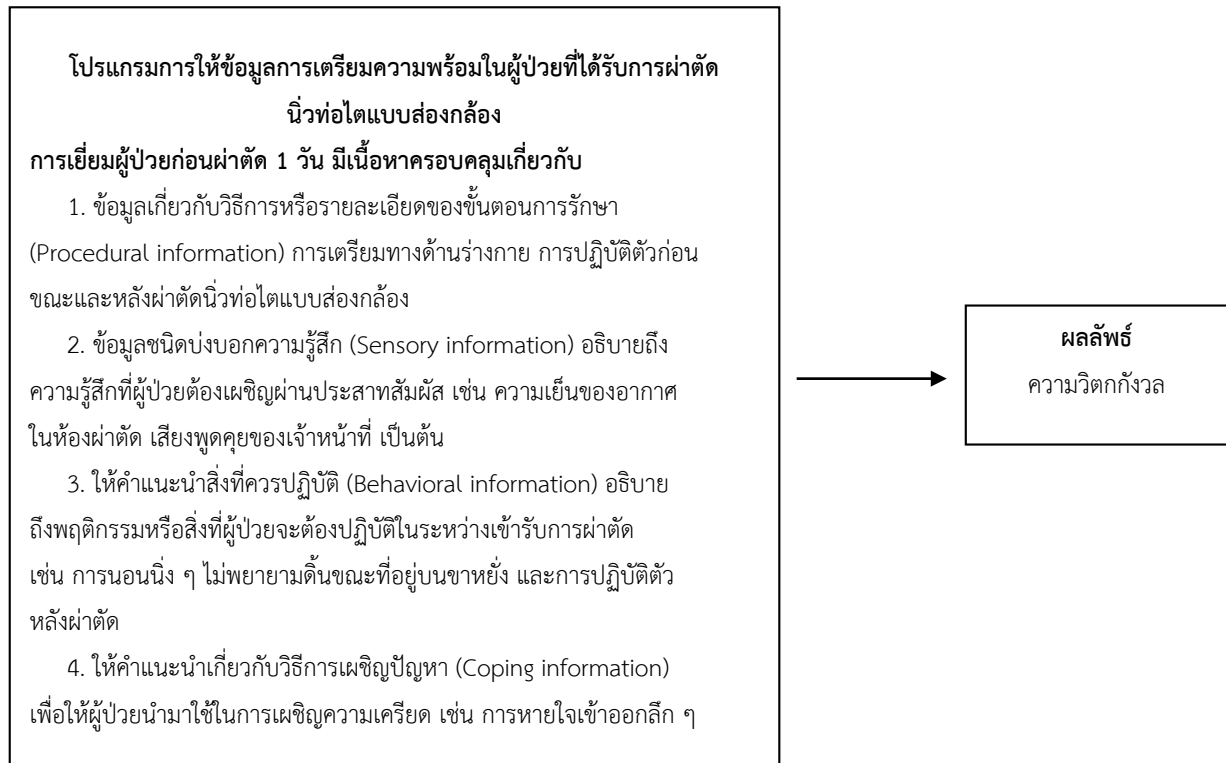
การศึกษานี้ผู้วิจัยจึงประยุกต์การให้ข้อมูลผู้ป่วยภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-regulation theory) ของ Leventhal & Johnson¹⁰ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในท่อนโตแบบส่องกล้อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในท่อนโตแบบส่องกล้อง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในท่อนโตแบบส่องกล้อง ในระยะก่อนได้รับโปรแกรมและหลังการได้รับโปรแกรมมา ในกลุ่มทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-regulation theory) ของ Leventhal & Johnson¹⁰ มาประยุกต์ในการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมผู้ป่วยรายบุคคลที่ตรงกับความเป็นจริงและจำเป็นสำหรับผู้ป่วย ได้แก่ 1) ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการหรือรายละเอียดของขั้นตอนการรักษา (Procedural information) ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการการเตรียมทางด้านร่างกาย การปฏิบัติตัวก่อนขณะและหลังผ่าตัด 2) ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึก (Sensory information) เช่น อาการปวด อาการชา ความเย็นของอากาศในห้องผ่าตัด เสียงพูดคุยของเจ้าหน้าที่ เป็นต้น 3) ให้คำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ (Behavioral information) ซึ่งอธิบายถึงพฤติกรรมหรือสิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติในระหว่างเข้ารับการผ่าตัด เช่น การนอนนิ่ง ๆ ไม่พยายามดิ้นขณะที่อยู่บนขาหยั่ง และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และ 4) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเผชิญปัญหา (Coping information) เพื่อให้ผู้ป่วยนำมาใช้ในการเผชิญความเครียด เช่น การหายใจเข้าออกลึกๆ โดยมีแนวคิดคือผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีความสามารถในการแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง โดยพยาบาลมีบทบาทสนับสนุนและมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาด้วยวิธีการให้ข้อมูลผู้ป่วยตามโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนที่ต้องตามจริงและจำเป็นสำหรับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ที่คุกคามหรือเหตุการณ์ใหม่ที่ไม่คุ้นเคย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest – posttest quasi experimental research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคนิ้วท่อนี้ที่แพทย์นัดมาผ่าตัดทั้งเพศชายและหญิง และเข้านอนรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลโสธร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคนิ้วท่อนี้ที่แพทย์นัดมาผ่าตัดทั้งเพศชายและหญิง และเข้านอนรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลโสธร ระหว่างเดือนสิงหาคมถึงเดือนตุลาคม พ.ศ.2567 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

- 1) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป
- 2) ผู้ป่วยโรคนิ้วท่อนี้ที่ได้รับการวินิจฉัยและเข้ารับการผ่าตัดนิ้วท่อนี้แบบสองกลองครั้งแรก
- 3) รู้สึกตัวดี การรับรู้ปกติ ไม่มีปัญหาทางการได้ยินและการมองเห็น สามารถสื่อสารด้วยวิธีการอ่าน เขียน และฟังภาษาไทยได้
- 4) ผู้ป่วยให้ความยินยอม และสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง หรือมีอาการเปลี่ยนแปลงเฉียบพลันในขณะที่เข้าร่วมวิจัย เช่น ความดันโลหิตสูง นิ้วอุดตันรุนแรง จนต้องเลื่อนผ่าตัดออกไป



การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงกับงานวิจัยที่ศึกษา เรื่องผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจต่อความวิตกกังวลและความร่วมมือในการตรวจของ จำเนียร พัฒนจักร และ วาสนา รวยสูงเนิน¹³ ซึ่งคำนวณหาขนาดอิทธิพลของตัวแปร (Effect size) โดยนำค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมาแทนค่าในสูตรของ Cohen¹⁶ ได้ค่า Effect size เท่ากับ 4.87 สูงกว่าค่า Effect size ในตารางของ Cohen จึงใช้ค่า Effect size ที่สูงสุด คือ 1.40 ซึ่งเป็นการทดสอบทางเดียว โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นเท่ากับร้อยละ 95 ระดับอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.95 แล้วนำมาเปิดตารางกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Cohen (0.20) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละอย่างน้อย 12 คน รวมขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องศึกษาทั้งหมดอย่างน้อย 24 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างทดลอง (Attrition rate) ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดอีกอย่างน้อยร้อยละ 20 ของกลุ่มตัวอย่าง Polit & Beck¹⁷ และผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยทำการจับสลากสุ่มตัวอย่างจากบัญชีรายชื่อผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัดหัวใจในต่อตามวันที่ในตารางนัดหมายตรงกับช่วงระยะเวลาที่เก็บข้อมูล โดยกำหนดให้รายชื่อผู้ป่วยที่นัดผ่าตัดล่วงหน้าวันใดให้เป็นกลุ่มควบคุม และรายชื่อที่นัดผ่าตัดล่วงหน้าวันศุกร์ให้เป็นกลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจท่อนอโตแบบสองกล้อง โดยผู้วิจัยจะให้คู่มือสำหรับผู้ป่วย ที่มีองค์ประกอบดังนี้ ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการหรือรายละเอียดของขั้นตอนการรักษา (Procedural information) การเตรียมทางด้านร่างกาย การปฏิบัติตัวก่อนขณะและหลังผ่าตัดหัวใจท่อนอโตแบบสองกล้อง ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึก (Sensory information) อธิบายถึง ความรู้สึกที่ผู้ป่วยต้องเผชิญผ่านประสาทสัมผัส เช่น ความเย็นของอากาศในห้องผ่าตัด เสียงพูดคุยของเจ้าหน้าที่ เป็นต้น ให้คำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ (Behavioral information) อธิบาย ถึงพฤติกรรมหรือสิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติในระหว่างได้รับการผ่าตัด เช่น การนอนนิ่ง ๆ ไม่พยายามดิ้น ขณะที่ยืนขาเหยียด และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเผชิญปัญหา (Coping information) เช่น การหายใจเข้าออกลึก ๆ ระบายก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด (ติดแถบ QR code) หลังจากนั้นใช้ สื่อวีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจท่อนอโตแบบสองกล้อง ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจท่อนอโตแบบสองกล้อง ระบายก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด (จัดเก็บในรูปแบบ QR-code) เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจมากขึ้น และมอบคู่มือการทดลองแก่กลุ่มทดลอง ส่วนกลุ่มควบคุม ให้ความรู้ตามปกติ โดยพยาบาลประจำห้องผ่าตัดเป็นคนให้ความรู้ และมอบคู่มือหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สิทธิในการรักษา และประสบการณ์การผ่าตัดที่เคยได้รับ

2) แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ ของ Spielberger et al.¹ ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย Kotchabhakdi et al.² มี 20 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตรวัด 4 ระดับ คะแนน 1-4 โดยค่าคะแนนที่เป็นไปได้ต่ำสุด 20 คะแนน และสูงสุด 80 คะแนน (20-80 คะแนน) คะแนนต่ำแสดงว่าผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลน้อย คะแนนสูงแสดงว่าผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลมาก โดยแปลผลคะแนนรวมจากแบบวัด ซึ่งมีเกณฑ์การประเมินผลแบ่งได้ 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (20-40 คะแนน) ระดับปานกลาง (41-60 คะแนน) และระดับสูง (61-80 คะแนน) ทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.88



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วท่อนโตแบบสองกล้อง ได้ผ่านการพิจารณาการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความเหมาะสมของภาษา ได้ทำการแก้ไขและปรับปรุงตามคำแนะนำ โดยผ่านความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบทางเดินปัสสาวะ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคทางเดินปัสสาวะ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญทฤษฎีการควบคุมตนเอง 1 ท่าน พยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดระบบทางเดินปัสสาวะ 1 ท่านและพยาบาลผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดระบบทางเดินปัสสาวะ 1 ท่าน แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดนิ้วท่อนโตแบบสองกล้องที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.88

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยยึดตามประกาศเฮลซิงกิ (Helsinki Declaration) เมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 เลขที่ 449-356/2567 และนำเอกสารยื่นขออนุญาตเพื่อเก็บข้อมูลของโรงพยาบาลโสธร ผู้วิจัยมีเอกสารชี้แจงและขอความยินยอมจากอาสาสมัคร มีการให้ข้อมูลก่อนการลงชื่อเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ สามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า การเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงใด ๆ เกิดขึ้น อาสาสมัครไม่จำเป็นต้องตอบคำถามในข้อที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อหรือข้อมูลส่วนตัวใด ๆ ที่สามารถระบุตัวบุคคลได้ แบบสอบถามทั้งหมดจะถูกทำลายหลังจาก การวิจัยนี้สิ้นสุดลง ข้อมูลที่บันทึกไว้ในคอมพิวเตอร์จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นเวลา 5 ปี โดยมีรหัสลับในการเข้าถึงข้อมูลไม่มีผู้ใดสามารถเข้าถึงข้อมูลได้นอกจากคณะผู้วิจัยและนักสถิติ การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมไม่มีผลต่อสิทธิประโยชน์อื่นใดทั้งนี้ การปฏิบัติงานและการรักษาพยาบาล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากที่ได้รับหนังสือขออนุญาตวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม และได้รับอนุญาตเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลโสธร ผู้วิจัยได้เข้าเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้

กลุ่มควบคุม

ครั้งที่ 1 (Pre-test) ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ วันที่ผู้ป่วยเข้าพักในโรงพยาบาลก่อนผ่าตัด 1 วัน (ใช้เวลา 30-45 นาที) ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยโดยเลือกเวลาเข้าพบในเวลา 14.00-16.00 น. ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนการทดลอง และผู้ป่วยจะได้รับการให้ข้อมูลการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดตามมาตรฐานของการพยาบาล หากผู้ป่วยมีข้อสงสัยสามารถสอบถามกับผู้วิจัยได้

ครั้งที่ 2 (Post-test) ที่ห้องรอผ่าตัดในเช้าวันผ่าตัด (ใช้เวลา 20-30 นาที) ผู้วิจัยเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในเช้าวันผ่าตัด ผู้ป่วยตอบแบบประเมินความวิตกกังวลครั้งที่ 2 (post-test) เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ซักถามเพิ่มเติมและระบายความรู้สึกพร้อมทั้งกล่าวขอบคุณ

กลุ่มทดลอง

ครั้งที่ 1 (Pre-test) ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ วันที่ผู้ป่วยเข้าพักในโรงพยาบาลก่อนผ่าตัด 1 วัน (ใช้เวลา 30-45 นาที) ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยโดยเลือกเวลาเข้าพบในเวลา 14.00-16.00 น.

1. ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (Pre-test) ก่อนการทดลอง หลังจากนั้นให้ชมวิดีโอในการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดนิ้วท่อนโตแบบสองกล้องในห้องที่เป็นสัดส่วนไม่มีเสียงรบกวนผ่านคอมพิวเตอร์พกพาที่มีเนื้อหาประมาณ 20 นาที พร้อมทั้งได้รับการอธิบายควบคู่กับการดูเป็นระยะ ๆ ดังนี้



1.1 ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ (Procedural information) เป็นขั้นตอนที่อธิบายเรื่องโรคนี้ว่าทำอะไร อาการและอาการแสดง การรักษา วิธีการผ่าตัดด้วยวิธีการผ่าตัดแบบส่องกล้อง ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด ท่าที่ใช้ในการผ่าตัด สภาพบรรยากาศโดยทั่วไปในห้องผ่าตัด และขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด

1.2 ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึก (Sensory information) เป็นข้อมูลที่อธิบายถึงความรู้สึกที่ผู้ป่วยต้องเผชิญผ่านประสาทสัมผัส เช่น ความรู้สึกถึงอากาศที่หนาวเย็นภายในห้องผ่าตัด การมองเห็นเครื่องมืออุปกรณ์ที่หลากหลาย ได้ยินเสียงพูดคุยของเจ้าหน้าที่ และความรู้สึกอึดอัดหลังได้รับการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลังและต้องขึ้นขาหยั่ง เป็นต้น

1.3 ข้อมูลคำแนะนำที่ต้องปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติ (Behavioral information) อธิบายถึงพฤติกรรมหรือสิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติในระหว่างเข้ารับการผ่าตัด เช่นการนอนนิ่ง ๆ ไม่พยายามดิ้นขณะที่อยู่บนขาหยั่ง และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เช่น ความจำเป็น/ความสำคัญในการมาพบแพทย์เพื่อนำสายถ่างขยายท่อไตออกตามนัด

1.4 ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียด (Coping skill information) เป็นข้อมูลที่อธิบายถึงวิธีการหรือแนวทางที่ผู้ป่วยสามารถนำมาใช้ในการลดความเครียดในระหว่างการผ่าตัด เช่น การหายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ เป็นต้น

2. หลังจากชมสื่อวีดิทัศน์แล้วให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินหรือแบบวัดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด โดยกลุ่มตัวอย่างต้องมีการรับรู้และความเข้าใจข้อมูลในทุกข้อและทุกด้านจนครบ ถ้าหากมีข้อไหนที่กลุ่มตัวอย่างไม่รู้ผู้วิจัยอธิบายข้อมูลในส่วนนั้นใหม่

3. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัย ทบทวนความเข้าใจ ระบายความรู้สึกและแสดงความคิดเห็น ใช้เวลาประมาณ 10 นาที หลังจากเสร็จแล้วนำแผ่น QR-code หรือคู่มือสำหรับผู้ป่วย เรื่อง การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วท่อไตแบบส่องกล้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้กลับไปทบทวนด้วยตนเองขณะที่อยู่โรงพยาบาลในช่วงรอผ่าตัด

ครั้งที่ 2 (Post-test) ที่ห้องรอผ่าตัดในเช้าวันผ่าตัด (ใช้เวลา 20-30 นาที) ผู้วิจัยเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในเช้าวันผ่าตัด ผู้ป่วยตอบแบบประเมินความวิตกกังวลครั้งที่ 2 (Post-test) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามเพิ่มเติมและระบายความรู้สึกพร้อมทั้งกล่าวขอบคุณ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ การหาค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Stand deviation) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

2. วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic)

2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และใช้สถิติ Independent t-test เปรียบเทียบข้อมูลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติจึงใช้สถิติทดสอบ Shapiro-Wilk

2.2 เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วท่อไตแบบส่องกล้อง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะก่อนผ่าตัด 1 วันและระยะรอผ่าตัด ด้วยสถิติ Independent t-test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

2.3 เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วท่อไตแบบส่องกล้อง ในระยะก่อนได้รับโปรแกรมฯ และหลังการได้รับโปรแกรมฯ ภายในกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 55 มีอายุเฉลี่ย 51.45 ปี (S.D.= 11.61) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส ร้อยละ 95 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 60 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 60 สิทธิการรักษาใช้สิทธิบัตรทอง ร้อยละ 50 และไม่มีประวัติการผ่าตัด ร้อยละ 75 สำหรับกลุ่มทดลอง ประกอบไปด้วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60 มีอายุเฉลี่ย 49.75 ปี (S.D.= 10.92) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส ร้อยละ 85 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 65 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 55 สิทธิการรักษาใช้สิทธิบัตรทอง ร้อยละ 55 และไม่มีประวัติการผ่าตัด ร้อยละ 70 และเมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 พบว่าข้อมูลส่วนบุคคลของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=40)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	11	55	12	60	0.749 ^a
หญิง	9	45	8	40	
อายุเฉลี่ย(S.D.)	51.45(11.61) ปี		49.75(10.92) ปี		0.636 ^b
ศาสนา					
พุทธ	20	100	20	100	
สถานภาพ					
โสด	1	5	1	5	1.487 ^a
คู่	19	95	17	85	
หม้าย	0	0	2	10	
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	12	60	13	65	0.722 ^a
มัธยมศึกษา	3	15	4	20	
ปวช.	3	15	2	10	
ปริญญาตรี	2	10	1	5	
อาชีพ					
เกษตรกรรวม	12	60	11	55	1.242 ^a
ค้าขาย	2	10	2	10	
รับจ้าง	3	15	4	20	
รับราชการ	2	10	1	5	
ผู้สูงอายุ	1	5	2	10	
สิทธิการรักษา					
บัตรทอง	15	75	14	70	2.045 ^a
ประกันสังคม	3	15	5	25	
จ่ายตรงท้องถิ่น	1	5	1	5	
จ่ายตรงกรมบัญชีกลาง	1	5	0	0	
ประวัติการผ่าตัด					
เคย	5	25	6	30	0.723 ^a
ไม่เคย	15	75	14	70	

*a: Chi-square test, b: Independent t-test

2) วิเคราะห์คะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วท่อนโตแบบส่องกล้อง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะรอผ่าตัด (หลังทดลอง) พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการทดลองเท่ากับ 39.10 คะแนน (S.D.= 2.47) ความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ และกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการทดลองเท่ากับ 64 คะแนน (S.D.= 4.76) ความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วท่อนโตแบบส่องกล้องระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมมีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วท่อนโตแบบส่องกล้อง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยสถิติ Independent t-test

ระยะเวลา	กลุ่มตัวอย่าง				t	Mean difference	p-value
	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง				
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
ก่อนทดลอง	62.95	4.80	62.10	4.72	0.56*	0.85	0.576
หลังทดลอง	64.00	4.76	39.10	2.47	20.78*	24.9	<0.001

*Independent t-test

3) วิเคราะห์คะแนนความวิตกกังวลภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการทดลองเท่ากับ 39.10 คะแนน (S.D.= 2.47) ความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ และก่อนการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล เท่ากับ 62.10 คะแนน (S.D.= 4.72) ซึ่งความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วท่อนโตแบบส่องกล้องก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วท่อนโตแบบส่องกล้องมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความวิตกกังวลภายในกลุ่มทดลอง

ระยะเวลา	Mean	S.D.	t	Mean difference	p-value
ก่อนทดลอง	62.10	4.72	17.92*	23.00	<.001
หลังทดลอง	39.10	2.47			

*Paired t-test

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วท่อนโตแบบส่องกล้อง โดยผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย คือ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนการทดลองเท่ากับ 62.95 (S.D.= 4.80) อยู่ในระดับสูง และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลเท่ากับ 64 (S.D.= 4.76) อยู่ในระดับสูง และกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนการทดลองเท่ากับ 62.10 (S.D.= 4.72) อยู่ในระดับสูง และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลเท่ากับ 39.10 (S.D.= 2.74) อยู่ในระดับต่ำ ผลการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($t = 20.78$, $p < .05$) ดังตารางที่ 2 และมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.56$, $p < .05$)

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมและน้อยกว่าก่อนการทดลอง ภายหลังจากได้รับโปรแกรม สามารถอภิปรายได้ดังนี้ ในการพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วท่อนโตแบบส่องกล้องตามทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-regulation theory) ของ Leventhal และ Johnson¹⁰ ที่กล่าวไว้ว่า ถ้าบุคคลเคยรับรู้หรือได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะต้องเผชิญมาก่อน จะทำให้บุคคลมีภาพรวมของความคิด (Mental image) เกี่ยวกับเหตุการณ์ และมีการจัดเก็บเป็นแบบแผนความรู้ ความเข้าใจ (Schema) เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์จริง บุคคลจะสามารถแปลความหมายของเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญได้อย่างถูกต้อง ชัดเจนและเกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมเหตุการณ์คุกคามที่ผ่านเข้ามาได้ และในโปรแกรมประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการหรือรายละเอียดของขั้นตอนการรักษา



การเตรียมทางด้านร่างกาย การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดนิวทอโตแบบส่องกล้อง ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึก การให้คำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเผชิญปัญหา (Coping information) เช่น การหายใจเข้าออกลึก ๆ ระบายก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด การที่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลลดลงหลังการทดลอง สามารถอภิปรายได้ดังนี้ เมื่อได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อม พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม ก่อนการผ่าตัดนิวทอโตแบบส่องกล้องที่สร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเองของ Leventhal และ Johnson¹⁰ มีความสอดคล้องกับบริบทหรือสภาพปัญหาของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งทฤษฎีนี้กล่าวว่า ผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ปัญหาที่กำลังจะคุกคามจนเกิดความวิตกกังวลขึ้น หากได้รับข้อมูลที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง ปราศจากความคลุมเครือ และเป็นข้อมูลที่ประกอบด้วยรายละเอียดของสิ่งที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับตนเองแล้วจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับภาวะคุกคามที่เกิดขึ้นและสามารถควบคุมตนเองได้

นอกจากนั้นในการศึกษาครั้งนี้ โปรแกรมฯ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ยังมีขั้นตอนและกลวิธีที่เหมาะสม ดังนี้

1) มีการให้ข้อมูลอย่างเป็นขั้นเป็นตอนและมีแบบแผน ครบถ้วนและครอบคลุมในแต่ละช่วงเวลา ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลโดยภาพรวมทั้งหมดเพื่อให้เห็นภาพทั้งหมดของเหตุการณ์ที่จะต้องเผชิญในอนาคต และวันที่ผู้ป่วยมานอนโรงพยาบาล 1 วันก่อนเข้ารับการผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการพบทวนลำดับขั้นตอน ความรู้สึกและการปฏิบัติตัวก่อนเข้ารับการผ่าตัดขณะอยู่โรงพยาบาล ขณะเข้ารับการผ่าตัด และ 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด มีงานวิจัยที่สนับสนุนการวิจัยครั้งนี้กับการศึกษาของ จิราภรณ์ พลแก้ว และ จินต์จุฬา รอดพาล¹⁸ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดข้อเข้าเทียมต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ ข้อเข้าเสื่อม ได้ให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมโดยให้ผู้ป่วยดูสื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดการปฏิบัติตัวขณะนอนโรงพยาบาลและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน พร้อมให้คู่มือการดูแลตนเองกลับไปอ่าน ขณะรอผ่าตัดที่บ้านและเปิดโอกาสให้ซักถามและระบายความรู้สึก และ 2) ก่อนนอน โรงพยาบาล 1 วัน โทรศัพท์กระตุ้นเตือน 1 ครั้ง ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

2) มีคู่มือที่มีข้อความบรรยายร่วมกับรูปภาพชัดเจน ประกอบการสอนร่วมด้วยจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นภาพชัดเจนมากยิ่งขึ้นและจดจำได้ง่าย อีกทั้งในเล่มคู่มือยังมีคิวอาร์โค้ดที่ผู้ป่วยสามารถแสกนดูสื่อวีดิทัศน์เพื่อเป็นการทบทวนระหว่างรอรับการผ่าตัดขณะที่อยู่โรงพยาบาล ซึ่งมีงานวิจัยที่สนับสนุนงานวิจัยครั้งนี้ การศึกษาของ วรณวิศา ปะเสทะกัง และ ณิชากัตร์ พุฒิกามิน¹¹ ยุพิน สังฆะมณี และ วาสนา รวยสูงเนิน¹⁹ ศึกษาโปรแกรมการให้ข้อมูลการเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดเนื้องอกสมอง ให้ข้อมูล 1 ครั้งโดยผ่านสื่อวีดิทัศน์ และแจกคู่มือเตรียมความพร้อม ในการผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวล ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

3) มีการให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจริงของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น การให้คำแนะนำในเรื่องที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญในขณะผ่าตัด เช่น การนอนนิ่ง ๆ ไม่พยายามดิ้นขณะที่อยู่บนขาหยั่ง และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เช่น ความจำเป็น/ความสำคัญในการมาพบแพทย์เพื่อนำสายถ่างขยายท่อไตออกตามนัด รวมถึงการฝึกการหายใจเข้าออกลึก ๆ เพื่อลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ซึ่งมีงานวิจัยที่สนับสนุนงานวิจัยครั้งนี้ การศึกษาของ ศุภธิดา จันทรบุรี และคณะ²⁰ ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับตนเองต่อความวิตกกังวล ความปวดและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกหน้าท้องที่ได้ให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมร่วมกับสาธิต และสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับการฝึกการหายใจ การไออย่างถูกวิธี พบว่า การปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม

4) การดูแล/ช่วยเหลือทางด้านจิตใจ เช่น การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก และซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ การให้กำลังใจ และช่วยแก้ปัญหา/ประสานงานในกรณีที่พบปัญหาในการผ่าตัด เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อารีย์ ธวัชวัฒนันท์ และ วารินทร์ บินโฮเซ็น²¹ ศึกษาผลของการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อความวิตกกังวลในผู้ที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกแบบไม่ค้ำคั้น โดยให้ข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์ และโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนทดลอง ซึ่งทั้ง 4 วิธีดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและสามารถเผชิญปัญหา/แก้ปัญหา/จัดการปัญหาและควบคุมตนเอง และสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง จึงส่งผลให้มีความวิตกกังวลลดลง



สรุปผลการวิจัย ผลการศึกษาในครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยทั้ง 2 ข้อ คือ 1) คะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม 2) คะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ที่พบว่า การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดนิ่วท่อไตแบบส่องกล้องด้วยสื่อบันทึก ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง มีขั้นตอนการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนชัดเจน เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อน ขณะและหลังผ่าตัด วิธีการเผชิญกับสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น ความวิตกกังวลขึ้น ซึ่งเป็นการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในปัจจุบันให้เข้ากับบริบทของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และช่วยเพิ่มคุณภาพการให้การพยาบาลผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นได้ อันจะช่วยลดความวิตกกังวลที่อาจเกิดขึ้น และลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในขณะทำผ่าตัด และหลังผ่าตัดได้

ข้อจำกัดการวิจัย

1. การคัดเข้า ไม่มีการประเมินระดับความวิตกกังวลก่อน เนื่องจากหากกลุ่มตัวอย่างมีระดับความวิตกกังวลต่ำอยู่แล้ว หรือหากความวิตกกังวลสูงอยู่แล้ว อาจทำให้เกิดความลำเอียงของผลการวิจัยได้
2. กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การผ่าตัดมาก่อน อาจมีความรู้ในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด และมีผลต่อระดับของความวิตกกังวล

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วท่อไตแบบส่องกล้องควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการลดความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดนิ่วท่อไตแบบส่องกล้อง
2. สามารถนำไปศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างเดิม เช่น ผู้ป่วยผ่าตัดเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหารและเปรียบเทียบกับแปรตามอื่น ๆ เช่น ความรู้ ความพึงพอใจ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่มอบโอกาสในการศึกษา สิ่งอำนวยความสะดวกและพัฒนานิสิตให้มีศักยภาพที่สูงขึ้น ผู้บริหารที่สนับสนุนการทำวิจัย หัวหน้าหน่วยมะเร็งที่ให้คำปรึกษาเรื่องสถิติและอาสาสมัครในคลินิกความดันโลหิตสูงวิฤตทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยในครั้งนี้

References

1. Maruekhatat M, Apiwattanakarun A, Paripatananont C. Study on the recurrence of kidney stones in patients treated with extracorporeal shock wave lithotripsy. The Thai Journal of Surgery. 2002;23 (3):105-11. (in Thai)
2. Kotchabhakdi N, Vorakitphokatorn S, Nissaisuk M. The State-Trait Anxiety Inventory Form X-1. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 1983. (in Thai)
3. Dhondup T, Kittanamongkolchai W, Vaughan LE, Mehta RA, Chhina JK, Enders FT, et al. Risk of ESRD and mortality in kidney and bladder stone formers. American Journal of Kidney Diseases. 2018;72(6):790-7. doi:10.1053/j.ajkd.2018.05.017.
4. Ladawan S. Comparison of ureteroscopy versus extracorporeal shockwave lithotripsy in the treatment of distal ureteral stones. Region 4 Medical Journal. 2018;37(2):103-12. (in Thai)
5. Operating room. Surgical service statistics data. Yasothorn Hospital; 2023.



6. Manit S. Effects of herbal tea on stone excretion in patients with kidney stones. *Journal of Thai Traditional and Alternative Medicine*. 2021;17(2):85-92. (in Thai)
7. Ossai EN, Uwakwe KA, Anyanwagu UC, Ezeala-Adikaibe BA, Iloghalu EI, Ndu AC, et al. Prevalence and clinical patterns of urolithiasis in sub-Saharan Africa: A systematic review and meta-analysis. *BMC Nephrology*. 2023;24(1):44. doi:10.1186/s12882-023-03101-9
8. Spielberger CD. State-Trait Anger Expression Inventory-2 (STAXI-2) Professional Manual. 2nd ed. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources; 1999.
9. Sanguanwongwan S, Unratana K. Effect of providing information via video media, operating room tour series on anxiety levels prior to administration of anesthesia in elective surgical patients at pre-anesthetic evaluation clinic, Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani Province, Thailand. *Journal of Health Science*. 2022;31(1):80–8. (in Thai)
10. Leventhal H, Johnson JE. Laboratory and field experimentation: Development of a theory of self-regulation. In: Wooldridge PJ, Schmitt MH, Skipper JK, Leonard RC, editors. *Behavioral Science and Nursing Theory*. St. Louis: Mosby; 1983. p. 189-262.
11. Phasatanung W, Puthikhamin N, Juntapim S. Anxiety in patients undergoing brain tumor: Nursing management. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 2020;7(2):330–42. (in Thai)
12. Seetan R, Nateetanasombat K, Punthasee P. Effects of concrete-objective information program based on self-regulation theory on anxiety and duration of colonoscopy. *Journal of The Police Nurses*. 2017;9(2):142–53. (in Thai)
13. Phatthanajak C, Ruaysungnern W. Preparatory information on anxiety and procedural adherence among patients undergoing coronary angiogram. *Nursing Administration and Health Management Journal*. 2018;22(2):47–59. (in Thai)
14. Thuchart S, Asdornwised U, Pinyopasakul W, Trakarnsanga A. The effects of concrete-objective information program on pre-operative anxiety in abdominal surgery patients. *Nursing Science Journal of Thailand*. 2019;37(2):78–91. (in Thai)
15. Dumkoengtham S, Honsamsijad Y, Thungjaroenkul P. Effect of using video media to prepare the patient before undergone anesthesia on knowledge and anxiety in orthopedic surgery patients, Phrae Hospital. *JPPH J Public Health*. 2021;14(1):68–81. (in Thai)
16. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
17. Polit DF, Beck CT. The content validity index: Are you sure you know what is being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing & Health*. 2006;29(5):489–97. doi:10.1002/nur.20147.
18. Polkaew J, Rodpal J. Result of preparation program of knee replacement surgery to an anxiety of the elderly patients with knee osteoarthritis. *Journal of the Police Nurses and Health Science*. 2018;29(1):50–64. (in Thai)



19. Sanckamane Y, Ruisungnoen W. Effects of preparatory information intervention on knowledge, anxiety, and self-care practice among patients underwent coronary artery bypass graft surgery. *Journal of Nursing Science*. 2012;30(1):15-21. (in Thai)
20. Chanburee S, Pakanta I, Wannapornsiri C, Toolyodpun S. Effects of self-regulation program on anxiety, pain, and postoperative practice among patients with abdominal hysterectomy. *Nursing Journal*. 2019;46(2):65-75. (in Thai)
21. Tawatwattananun A, Binhosen V. The outcome of use video for pre-operation on anxiety in non-admission patient cataract surgery. *Maejo Nursing and Health Science Journal*. 2020;8(2):28-36. (in Thai)



ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการตี้มแอลกอฮอล์ต่อพฤติกรรม การตี้มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยซึมเศร้า โรงพยาบาลดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา

รัตติรัตน์ โกจะกัง พย.ม.¹

พยาม การดี ปร.ด.²

(วันรับบทความ: 13 พฤษภาคม พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 1 กรกฎาคม พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ: 13 กรกฎาคม พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมตี้มแอลกอฮอล์ นำไปสู่พฤติกรรมทำร้ายตัวเอง และมีความเสี่ยงสูงที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง 1 กลุ่ม วัดผลก่อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการตี้มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยซึมเศร้า โรงพยาบาลดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยซึมเศร้า จำนวน 30 คน เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการตี้มแอลกอฮอล์ ก่อนได้รับโปรแกรม หลังครบโปรแกรมทันที ติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน โดยใช้โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการตี้มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยซึมเศร้า และ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินพฤติกรรมการตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนแต่ละช่วงเวลา ด้วยสถิติ Friedman test และวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนรายคู่ ด้วยสถิติ Wilcoxon-signed ranks test

ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการตี้ม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การตี้มแอลกอฮอล์ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อทดสอบรายคู่ พบว่าทุกระยะของการศึกษามี คะแนนพฤติกรรมลดการตี้มสุราที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นการเปรียบเทียบระหว่างหลังครบโปรแกรม 1 เดือน กับระยะ 3 เดือน ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธ การตี้มสามารถลดได้ในระยะ 1 เดือน หลังสิ้นสุดโปรแกรม และเสนอให้พัฒนาโปรแกรมให้มี Booster dose ในระยะหลัง 1 เดือน

คำสำคัญ: สมรรถนะแห่งตน ซึมเศร้า พฤติกรรมการตี้มแอลกอฮอล์

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: raddarat9873@gmail.com Tel: 093-2219873



Effects of the Self-efficacy Enhancement Program for Drinking Refusal on Alcohol Drinking Behaviors among Major Depressive Disorders, Dokkhamtai Hospital, Phayao Province.

Raddarat Gojagang M.N.S.¹

Phayam Kandee Ph.D.²

(Received Date: May 13, 2025, Revised Date: July 1, 2025, Accepted Date: July 13, 2025)

Abstract

For persons with major depressive disorders drinking alcohol often leads to self-harming behaviors and puts them at a significantly higher risk of completed suicide. This study employed a quasi-experimental, one-group, pre-posttest design to study the effect of a self-efficacy enhancement for drinking refusal program on alcohol drinking behaviors among patients with major depressive disorders who drink alcohol at Dokkhamtai Hospital, Phayao province. The sample consisted of 30 persons with major depressive disorders with alcohol drinking behaviors. Data were collected at four time points: before the intervention, immediately after the intervention, at a 1-month follow-up, and at a 3-month follow-up. The self-efficacy enhancement for drinking refusal program was used as the research's interventional program. Data collection instruments included: 1) a general information questionnaire and 2) an alcohol drinking behavior screening tool. Data were analyzed using descriptive statistics for general information, the Friedman test to compare differences over time, and Wilcoxon signed-rank tests for pairwise comparisons.

The results revealed that the mean scores of alcohol drinking behavior at all three post-intervention time points were significantly lower than the pre-intervention scores. Actually, when paired for each two time points as shown on the abstract, the findings were statistically significant different except the pair of a 1-month F/U and a 3-month F/U. Therefore, the self-efficacy enhancement program for alcohol refusal demonstrated a reduction in effectiveness within one month after program completion. It is recommended that the program be further developed to include a booster dose beyond the one-month period.

Keywords: self-efficacy, depression, drinking behavior

¹Registered Nurse, Professional Level, Dokkhamtai Hospital, Dokkhamtai District, Phayao province

²Assistant Professor, School of Nursing, University of Phayao, Mueang District, Phayao province

¹Corresponding author, Email: raddarat9873@gmail.com Tel: 093-2219873



บทนำ

ปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นสารเสพติดที่คนจำนวนมากใช้ด้วยเหตุผลที่ต่างกัน การใช้แอลกอฮอล์ไม่เพียงส่งผลกระทบต่อผู้ใช้นั้น แต่ยังส่งผลเสียต่อครอบครัวและสังคมโดยรวมด้วย ข้อมูลทางานสถิติพบว่า 1 ใน 3 ของประชากรโลกเป็นผู้ดื่มแอลกอฮอล์ หรือผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 2,348 พันล้านคน (ร้อยละ 43 ของประชากร)¹ สอดคล้องกับสถานการณ์ที่ผ่านมาของประเทศไทย พ.ศ. 2563 ที่มีผู้เข้ารับบริการ อายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองปัญหาจากการดื่มร้อยละ 33.45 พบเป็นผู้ดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 11.63 แบ่งเป็นผู้ดื่มแอลกอฮอล์ความเสี่ยงต่ำร้อยละ 89.10 ผู้ดื่มแอลกอฮอล์ความเสี่ยงปานกลางร้อยละ 9.29 ผู้ดื่มแอลกอฮอล์ความเสี่ยงสูงร้อยละ 1.61² สัดส่วนของผู้ดื่มแอลกอฮอล์ปัจจุบันสูงที่สุดอยู่ในภาคเหนือ ร้อยละ 35.40 จังหวัดพะเยา มีดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ในระดับสูง ติดอันดับ 1 ใน 5 ของประเทศ มีผู้ดื่มสุราเข้าสู่ระบบการบำบัด 5,887 คน จากกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 25,934 คน คิดเป็นร้อยละ 22.70 ในปี พ.ศ.2567 อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา มีการคัดกรองผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป จำนวน 10,015 คน พบว่ามีผู้ดื่มจำนวน 1,152 คน คิดเป็นร้อยละ 11.50^{3,4} สอดคล้องกับข้อมูลทางสถิติของโรงพยาบาลดอกคำใต้ในช่วง ปี พ.ศ.2565-2567 พบว่ามีผู้ป่วยมารับบริการเกี่ยวกับปัญหาแอลกอฮอล์ จำนวน 126, 150 และ 164 คน ตามลำดับ⁵ จากข้อมูลจะเห็นได้ว่ามีจำนวนผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มมากขึ้นทุกปี และเป็นที่น่าสนใจว่าความชุกของพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{5,6}

โรคซึมเศร้ามีลักษณะอาการทางคลินิกที่สำคัญ คือ มีความรู้สึกเศร้า รู้สึกว่างเปล่า รู้สึกไร้คุณค่าในตนเอง โดยมองตนเองมองโลก และอนาคตในทางลบ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการนอนหลับ ทำให้สมาธิ การคิด การตัดสินใจบกพร่อง ระดับแรงจูงใจในการทำกิจกรรมลดลงเป็นอย่างมาก และมีความคิดฆ่าตัวตาย^{7,8} สอดคล้องกับข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลดอกคำใต้ ปี พ.ศ. 2565-2567 พบว่า ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามีการฆ่าตัวตายสำเร็จ ร้อยละ 21.73, 22.22 และ 25 ตามลำดับ⁵ อาการดังกล่าวส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง และยังส่งผลกระทบต่อจิตใจของคนในครอบครัวที่โทษตัวเองและรู้สึกผิดที่ไม่สามารถช่วยผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีสมรรถภาพการทำงานลดลง ทั้งประสิทธิภาพของงานและการขาดงาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัวและเศรษฐกิจของประเทศตามมา^{9,10} ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอาจมีโอกาสดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้นเนื่องจากเมื่อเกิดปัญหาในชีวิตประจำวันและไม่สามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยเกิดการมองปัญหาในทางลบว่าตนเองไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ จึงเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสม ด้วยการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อให้ตนเองรู้สึกดีขึ้น ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์¹¹ ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ จำแนกเป็น 4 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) ด้านร่างกาย ได้แก่ การบาดเจ็บเกิดบาดแผล การถูกทำร้าย 2) ด้านสังคม ทั้งต่อผู้ได้รับผลกระทบเอง รวมทั้งครอบครัวและชุมชน 3) ด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ สูญเสียทรัพย์สินเงินทอง สิ้นเปลืองค่ารักษาพยาบาล และสูญเสียค่าใช้จ่ายจากอุบัติเหตุ/ความรุนแรง และ 4) ด้านจิตใจอารมณ์ ได้แก่ ความเครียด ความกังวล ความรู้สึกท้อแท้ กลัว เบื่อหน่าย เศร้า หวาดระแวง คิดทำร้ายตนเองและผู้อื่น⁸ นอกจากนี้ความผิดปกติจากดื่มแอลกอฮอล์นำไปสู่การเกิดโรคซึมเศร้า¹² ดังนั้นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้เกิดความรุนแรงของโรคมายิ่งขึ้น โดยเฉพาะการเกิดพฤติกรรมการทำร้ายตนเองและการพยายามฆ่าตัวตาย โดยพบว่า ผู้พยายามทำร้ายตนเองร่วมกับมีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ มีโอกาสจะฆ่าตัวตายสำเร็จสูงเป็น 2.48 เท่า¹³ สอดคล้องกับข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลดอกคำใต้ ปี พ.ศ. 2565-2567 พบว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมีพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 34.78, 50 และ 44.44 ตามลำดับ⁵ จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่าอัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จะยิ่งเพิ่มสูงมากขึ้นหากผู้ป่วยซึมเศร้ามีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีโปรแกรมที่สร้างขึ้นมาเพื่อปรับแก้พฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ เช่น โปรแกรมการเสริมสร้างพลังใจ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality) 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจญาณ (Critical reflection) 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม (Taking charge) และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on)¹⁴ โปรแกรมการสนับสนุนให้พัฒนาตนเองตาม หลัก 12 ขั้นตอน เป็นการส่งเสริมและสนับสนุนให้



ผู้ติดสุรายอมรับปัญหาจากการดื่มสุรา ยอมรับว่า ตนเองไม่มีพลังอำนาจในการควบคุมการดื่มสุราเปิดใจยอมรับพลังอำนาจเหนือตนเองค้นหาและสำรวจ พฤติกรรมของตนเอง รวมถึงปรับปรุงแก้ไขวิถีชีวิตแบบใหม่ที่มีความสมดุล ลดความเสี่ยงต่อการกลับไปดื่มสุราซ้ำ¹⁵ ซึ่งถือเป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพในการลดการดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ส่วนใหญ่จะใช้ใน กลุ่มผู้ป่วยโรคติดสุราเป็นหลัก ยังไม่พบการศึกษาที่นำโปรแกรมมาลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในขณะที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ถือเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ จึงควรได้รับการดูแลช่วยเหลือเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่ม¹⁶ เป็นหนึ่งโปรแกรมที่มีกิจกรรมเพื่อเพิ่มความมั่นใจของผู้ป่วยต่อการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ พัฒนาจากกรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura¹⁷ ซึ่งเชื่อว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลที่สามารถเสริมสร้างได้จากข้อมูล 4 แหล่ง ได้แก่ 1) การส่งเสริมสภาวะร่างกายและอารมณ์ให้พร้อมปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ 2) การใช้คำพูดโน้มน้าวให้เชื่อว่าตนเองสามารถปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ได้ 3) การเรียนรู้ประสบการณ์ความสำเร็จในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ด้วยตนเอง และ 4) การได้เห็นบุคคลต้นแบบหรือประสบการณ์ปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์จากบุคคลอื่น¹⁷

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลดอกคำใต้ มีอัตราผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ทั้งพยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จค่อนข้างสูง ประกอบกับยังไม่มีโปรแกรมที่สามารถลดการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้ผล ผู้วิจัยจึงได้นำ โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยซึมเศร้าที่ดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมที่สำคัญ 7 กิจกรรม คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การการปรับความคิดทางบวก 3) การฝึกเทคนิคคลายเครียด 4) กรณีศึกษา เรียนรู้จากข่าว 5) คนเลิกเหล้าเปลี่ยนชุมชน 6) การเรียนรู้ประสบการณ์จากการปฏิเสธ และ 7) สรุปและประเมินผลกิจกรรม มาทดลองใช้เพื่อลดปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยซึมเศร้า และป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่ม หลังได้รับโปรแกรมทันทีระยะ 1 เดือน และ ระยะ 3 เดือน

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองชนิด 1 กลุ่ม แบบวัดซ้ำ ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ดื่มแอลกอฮอล์และมารับบริการโรงพยาบาลดอกคำใต้ ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 8 เดือน ระหว่างเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2568 โดยมีตัวแปรต้น คือ โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความผิดปกติทางอารมณ์ มีความรู้สึกโศกเศร้า ไม่มีความสุข เบื่อชีวิต รู้สึกหมดหวังไร้ค่า มีความคิดฆ่าตัวตาย และจะมีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยดื่มแอลกอฮอล์ เพราะอาจส่งผลทำให้เกิดความหุนหันพลันแล่น และมีความกล้าที่จะทำร้ายตัวเองมากขึ้น โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์¹⁶ แบบรายกลุ่ม ประยุกต์จากแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura¹⁷ สามารถส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้จากข้อมูล 4 แหล่ง ดังนี้ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น 3) การใช้คำพูดชักจูง 4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ ผลจากการดำเนินกิจกรรมดังกล่าว จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ดื่มแอลกอฮอล์ สามารถลดพฤติกรรมการดื่มได้ โดยเขียนเป็นกรอบแนวคิดได้ ดังภาพที่ 1



โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

1. การสร้างสัมพันธภาพ: กิจกรรมรู้จักกัน รู้จักฉัน รู้จักเธอ
2. การปรับความคิดทางบวก: ฝึกเปลี่ยนประโยคด้านลบให้เป็นบวก
3. การฝึกเทคนิคคลายเครียด: ฝึกเทคนิคคลายเครียดและการจัดการอารมณ์
4. กรณีศึกษา เรียนรู้จากข่าว: แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข่าวที่มีผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์
5. การเรียนรู้ประสบการณ์จากการปฏิเสธ: เล่าประสบการณ์ในการปฏิเสธการดื่มของตนเองทั้งที่ประสบความสำเร็จและล้มเหลว
6. คนเล็กเหล้าเปลี่ยนชุมชน: ให้เห็นตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง (life-modeling) ที่ประสบความสำเร็จในการหยุดดื่ม ส่งผลดีต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน
7. สรุปและประเมินผลกิจกรรม: สรุปวิธีการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ได้รับจากเข้าร่วมกิจกรรม

พฤติกรรม
การดื่ม
แอลกอฮอล์

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองชนิด 1 กลุ่ม แบบวัดซ้ำ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และมารับบริการที่โรงพยาบาลดอกคำใต้ จำนวน 30 คน

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคซึมเศร้า และมีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ ที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคซึมเศร้าและมีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลดอกคำใต้ ตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออกจากการวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 30 คน

เกณฑ์การคัดเข้าการวิจัย (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยซึมเศร้าที่ได้คะแนนแบบคัดกรองซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป หรือได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ด้วยรหัส ICD-10 F32, F33, F34.1, F38 และ F39 เมื่อวัดด้วยแบบคัดกรองพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้มารับบริการสุขภาพ (Assist 7 คำถาม) ได้คะแนนตั้งแต่ 1 – 26 คะแนน และมารับบริการที่คลินิกกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลดอกคำใต้
2. อยู่ในวัยทำงาน (อายุ 20-59 ปี)
3. มารับบริการที่โรงพยาบาลดอกคำใต้ ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ.2567 – เดือนมีนาคม พ.ศ.2568 และอาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอดอกคำใต้มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี
4. สามารถสื่อสารภาษาไทยทั้งการพูดและการเขียน

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

ผู้ที่มีอาการทางจิตหรือโรคทางกายที่อาจส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติตามขั้นตอนของการวิจัย

เกณฑ์การถอดออกจากการวิจัย (Withdrawal criteria)

1. ย้ายออกนอกพื้นที่ไปรับบริการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น
2. เข้าร่วมโครงการไม่ครบทั้ง 7 กิจกรรม
3. ผู้เข้าร่วมโครงการปฏิเสธระหว่างการวิจัย



ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power และ กำหนดค่า Effect size ที่ 0.25 (medium)¹⁸ power ที่ 0.80 และ ค่า p -value ที่ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 24 คน เพื่อป้องกันกลุ่มเป้าหมายออกจากการวิจัยก่อนเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัยหรือยุติการเข้าร่วมวิจัย (Dropout) ทีมผู้วิจัยจึงคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 20¹⁹ จากการคำนวณผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 6 คน ดังนั้น ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่ม ทีมผู้วิจัยพัฒนามาจาก พิมพ์พรรณ แก้วมา และคณะ¹⁶ ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม โดย Bandura¹⁷ ผู้วิจัยได้มีการพัฒนาและปรับเปลี่ยนกิจกรรมในโปรแกรมให้มีความสอดคล้องกับกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมติดแอลกอฮอล์ โดยปรับกิจกรรมการเรียนรู้ประสบการณ์จากการปฏิเสธจากเดิมมี 2 ครั้ง เหลือเพียง 1 ครั้ง และเปลี่ยนเป็นกิจกรรมการปรับความคิดทางบวก 1 ครั้ง จากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และนักจิตวิทยา 1 ท่าน จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะตรวจสอบความตรงของเนื้อหาได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ 0.85 และนำไปทดลองใช้จริงกับกลุ่มที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย เพื่อประเมิน ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินโปรแกรมที่ได้พัฒนาขึ้น ซึ่งมีการปรับคำพูด ลำดับขั้นตอนในกิจกรรมให้ชัดเจน โดยไม่ได้กระทบตัวกิจกรรมและเนื้อหาหลักให้สมบูรณ์ก่อนนำมาใช้จริงกลุ่มตัวอย่างจะเข้าร่วมโปรแกรมแบบกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที แต่แต่ละครั้งประกอบด้วย 2-3 กิจกรรม จำนวน 3 ครั้ง ใช้เวลาทั้งหมด 3 สัปดาห์

2. แบบประเมินพฤติกรรมติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้มารับบริการสุขภาพ (Assist 7 คำถาม) พัฒนาโดย World Health Organization (WHO) แปลเป็นภาษาไทยโดย สาวิตรี อัสณางค์กรชัย และคณะ²⁰ โดยทดสอบกลุ่มตัวอย่าง 1,047 คน อายุ 18-45 ปี มีความไว 0.93 และความจำเพาะ 0.71 จุดตัด 5.50 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มากกว่า 0.80²⁰ งานวิจัยที่ผ่านมาพบมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค 0.80²¹ ผู้วิจัยไม่ได้ดัดแปลงเนื้อหาของ การประเมิน ดังนั้นจึงไม่ได้นำไปหาความตรงของเนื้อหาซ้ำ ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยทดลองใช้กับผู้ป่วยซึมเศร้าที่ดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 10 ราย ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้¹⁹ แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเกต (Likert scale) มีค่าของคะแนน 0-39 คะแนน การแปลความหมายจะพิจารณาตามเกณฑ์ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คะแนน 0 - 10 คะแนน หมายถึง การดื่มแบบความเสี่ยงต่ำ (Lower risk) คะแนน 11 - 26 คะแนน หมายถึง การดื่มแบบเสี่ยง (Moderate risk) คะแนนมากกว่า 26 คะแนน หมายถึง การดื่มแบบเสี่ยงสูง (High risk)²⁰

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง หลังกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและได้รับการเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินพฤติกรรมติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

2. กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่ม แบบกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที แต่แต่ละครั้งประกอบด้วย 2-3 กิจกรรม จำนวน 3 ครั้ง ใช้เวลาทั้งหมด 3 สัปดาห์ ดำเนินการโดยผู้วิจัย

3. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมครบทันที หลังครบโปรแกรมไปแล้ว 1 เดือน และ 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างได้ตอบแบบประเมินพฤติกรรมติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์



การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ทดสอบการกระจายของคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่าเป็นการกระจายข้อมูลแบบไม่ปกติ จึงใช้ สถิติ Nonparametric ทดสอบความแตกต่าง ในแต่ละช่วงเวลา (ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที ติดตามผล 1 เดือน และติดตามผล 3 เดือน) ในกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Friedman test ซึ่งเป็นการใช้วิเคราะห์กรณีที่ทดลองหรือตัวแปรต้นมี 1 ตัวแปร และวัดกลุ่มตัวอย่างซ้ำหลายครั้ง (มากกว่า 3 ครั้ง) จากนั้นวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่าง เป็นรายคู่ ก่อนและหลังครบโปรแกรมทันที ก่อนและหลังครบโปรแกรม 1 เดือน ก่อนและหลังครบโปรแกรม 3 เดือน หลังครบโปรแกรมทันทีและหลังครบโปรแกรม 1 เดือน และหลังครบโปรแกรม 1 เดือน และ 3 เดือน ใช้สถิติ Wilcoxon-signed ranks test¹⁹

จริยธรรมการทํารวบรวมข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา เลขโครงการวิจัย 048/2567 วันที่รับรอง 27 สิงหาคม พ.ศ. 2567 ถึง 26 สิงหาคม พ.ศ. 2568 ก่อนการวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดของงานวิจัย วัตถุประสงค์ การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ และไม่มีผลกระทบใดๆทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และจะนำเสนอผลการศึกษาในลักษณะภาพรวม

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลจำแนกตามเพศ อายุ การหยุดดื่มแอลกอฮอล์ช่วงเข้าพรรษาของปีนี้ ประวัติพยายามฆ่าตัวตาย ในช่วงชีวิตที่ผ่านมา (n = 30)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	18	60
หญิง	12	40
อายุ		
21-30 ปี	3	10
31-40 ปี	9	30
41-50 ปี	10	33.33
51-60 ปี	8	26.67
(range = 21-59 ปี, Mean = 42.10 ปี, S.D. = 9.82)		
หยุดดื่มแอลกอฮอล์ช่วงเข้าพรรษาของปีนี้		
หยุดดื่ม	5	16.67
ไม่หยุดดื่ม	25	83.33
เคยพยายามฆ่าตัวตายในช่วงชีวิตที่ผ่านมา		
เคย	6	20
ไม่เคย	24	80



จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งเป็นเพศชาย จำนวน 18 คน (ร้อยละ 60) มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี มากที่สุด จำนวน 10 คน (ร้อยละ 33.33) หยุดดื่มแอลกอฮอล์ช่วงเข้าพรรษาของปีนี้ เพียง 5 คน (ร้อยละ 16.67) และดื่มตามปกติ จำนวน 25 คน (ร้อยละ 83.33)

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่ม และหลังครบโปรแกรมทันที หลังครบโปรแกรม 1 เดือน และ 3 เดือน

จากผลการทดสอบด้วยสถิติ Friedman พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยซึมเศร้า ระหว่างช่วงเวลาทั้ง 4 ช่วง ($\chi^2 = 68.91$, $df = 3$, $p < .001$) โดยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ หลังครบโปรแกรมทันที หลังครบโปรแกรม 1 เดือน และ 3 เดือน มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่ม และหลังครบโปรแกรมทันที หลังครบโปรแกรม 1 เดือน และ 3 เดือน ($n=30$)

ช่วงเวลา	Mean	S.D.	Mean Rank	Median	IQR
ก่อนได้รับโปรแกรม	24.13	7.82	3.98	27	13.75
หลังครบโปรแกรมทันที	7.60	4.87	2.57	6	4.25
หลังครบโปรแกรม 1 เดือน	3.57	6.50	1.70	0	5.25
หลังครบโปรแกรม 3 เดือน	4.03	7.54	1.75	0	5.25

$\chi^2 = 68.91$, $df = 3$, $p < .001$

ตารางที่ 3 ค่าคะแนนต่ำสุด สูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับความเสี่ยงของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังครบโปรแกรมทันที หลังครบโปรแกรม 1 เดือน และหลังครบโปรแกรม 3 เดือน ($n=30$)

คะแนนพฤติกรรมการดื่ม (Score of alcohol drinking behavior)	Min-Max	Mean	S.D.	แปลผล ระดับความเสี่ยง
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	11-37	24.13	7.82	ผู้ดื่มแบบติด
หลังครบโปรแกรมทันที	0-21	7.60	4.87	ผู้ดื่มแบบเสี่ยง
หลังครบโปรแกรม 1 เดือน	0-30	3.57	6.50	ผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ
หลังครบโปรแกรม 3 เดือน	0-30	4.03	7.54	ผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ

จากการผลวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่าง หลังครบโปรแกรมทันที หลังได้รับโปรแกรม 1 เดือน และ 3 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และหลังได้รับโปรแกรมทุกช่วงมีระดับความเสี่ยงของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ลดลงตามลำดับเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรม รายละเอียดดัง ตารางที่ 3

จากนั้น ทำการทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์รายคู่หลังการวิเคราะห์ (Post-hoc) ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) ระหว่างช่วงก่อนการได้รับโปรแกรมกับหลังครบโปรแกรมทันที ก่อนได้รับโปรแกรมกับหลังครบโปรแกรม 1 เดือน ก่อนได้รับโปรแกรมกับหลังครบโปรแกรม 3 เดือน หลังครบโปรแกรมทันทีกับหลังครบโปรแกรม 1 เดือน และหลังครบโปรแกรมทันทีกับหลังครบโปรแกรม 3 เดือน แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ของระหว่างหลังครบโปรแกรม 1 เดือนและหลังครบโปรแกรม 3 เดือน ดังตารางที่ 4



ตารางที่ 4 เปรียบเทียบรายค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่ม และหลังครบโปรแกรมทันที หลังการครบโปรแกรม 1 เดือน และ 3 เดือน (n=30)

การเปรียบเทียบรายค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์	Z	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรม-หลังครบโปรแกรมทันที	-4.785	.000*
ก่อนได้รับโปรแกรม-หลังการครบโปรแกรม 1 เดือน	-4.785	.000*
ก่อนได้รับโปรแกรม-หลังการครบโปรแกรม 3 เดือน	-4.706	.000*
หลังครบโปรแกรมทันที-หลังการครบโปรแกรม 1 เดือน	-2.913	.004*
หลังครบโปรแกรมทันที-หลังการครบโปรแกรม 3 เดือน	-2.602	.009*
หลังครบโปรแกรม 1 เดือน-หลังการครบโปรแกรม 3 เดือน	-1.000	.317

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = 0.05$ ($p < .05$)

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยซึมเศร้า โรงพยาบาลดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา สามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้ จากผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ทุกระยะหลังครบโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยผลการศึกษาที่ได้สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลสวนปรุง ที่พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันดื่มหนักลดลง และมีค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่มเพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรมเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01¹⁶ และสอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ของวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน²² พบว่ากลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความมั่นใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่า วัยรุ่นกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์ดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ได้สำเร็จตามจุดมุ่งหมาย โดยอธิบายพฤติกรรมของบุคคลไว้ดังนี้ คือ 1) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมให้สำเร็จตามจุดประสงค์ 2) ความคาดหวังในผลลัพธ์ เป็นการรับรู้ว่าการกระทำพฤติกรรมจะนำไปสู่สิ่งที่ปรารถนา ซึ่งสามารถส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้¹⁵ ซึ่งอาจเนื่องมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับกิจกรรม กรณีศึกษาจากข่าว เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซึมเศร้าได้รับข้อมูลจากสื่อ ภาพ ข่าว เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับอันตรายและความรุนแรงจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เกิดการพัฒนาการรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบที่รุนแรงของการดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ถึงภาวะคุกคามและอันตรายที่จะเกิดขึ้น ส่งผลให้บุคคลมีความมั่นใจที่จะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่จะก่อให้เกิดอันตราย²³ และกิจกรรมการเรียนรู้ประสบการณ์จากการปฏิเสธกิจกรรมนี้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จากการเล่าประสบการณ์ในการปฏิเสธการดื่มของตนเองทั้งที่ประสบความสำเร็จและล้มเหลวเป็นกลยุทธ์อย่างหนึ่งในการเสริมสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้นจากภายในตนเอง โดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจโดยให้เน้นให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ความคิดของตนเอง รวมทั้งเกิดกำลังใจเมื่อได้รับฟังประสบการณ์ของสมาชิกกลุ่มรายอื่น ๆ ที่มีประสบการณ์หยุดดื่มสุราได้ต่อเนื่องซึ่งการปรับเปลี่ยนความคิดและ เมื่อเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ ก็จะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ตามมาได้²⁰ การเรียนรู้และฝึกทักษะการปฏิเสธ การถ่ายทอดข้อมูลความสำเร็จสู่ผู้อื่น เมื่อมีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จซ้ำ ๆ จะช่วยให้ บุคคลเชื่อว่าตนมีความสามารถ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากบุคคลนั้นต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการเอาชนะอุปสรรคปัญหาหรือความยากลำบาก^{24,25} ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุธิตา ชูสว่าง และคณะ²⁶ ที่พบว่าบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์สูง บุคคลนั้นก็จะมีความพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์น้อยลง



อย่างไรก็ตามพบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยหลังครบโปรแกรม 3 เดือน สูงขึ้นเล็กน้อย หลังครบโปรแกรม 1 เดือน อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และอยู่ในช่วงวัยแรงงาน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีความสอดคล้องกับผลสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566 ที่พบว่าเพศชายดื่มหนักกว่าเพศหญิง 11 เท่า²⁷ และสัดส่วนนักดื่มปัจจุบันสูงสุดอยู่ในประชากรกลุ่มวัยทำงาน (อายุ 25-44 ปี)²⁸ ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลนี้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่การมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์หลังครบ 1 เดือน ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.33) ไม่หยุดดื่มแอลกอฮอล์ช่วงเข้าพรรษาของปีนี้ ความตั้งใจการหยุดดื่มของกลุ่มตัวอย่างก่อนการเข้าโปรแกรมอาจมีผลทำให้เมื่อได้รับโปรแกรมสามารถลดและหยุดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ได้ แต่เมื่ออยู่ในช่วงของการติดตามผลหลังครบ 3 เดือน อาจทำให้ความคงอยู่และความยั่งยืนของการลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่คงที่และหันกลับมาดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการฝึกให้ปรับเปลี่ยนความคิดทางลบให้เป็นความคิดทางบวกจะทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจตนเอง และยอมรับตนเองมากขึ้น สามารถเผชิญปัญหาได้ สามารถควบคุมอารมณ์และช่วยให้เกิดการแสดงพฤติกรรมในทางที่ดีได้²³ อีกทั้งยังเป็นการเสริมสร้างความหวัง เพิ่มความคิดที่มีความหวัง และเพิ่มการแสวงหาเป้าหมายในชีวิต การใช้คำพูดเพื่อชื่นชมจากสังคมรอบข้าง โดยเฉพาะบุคคลที่มีความสำคัญหรือเป็นที่พอใจของบุคคลนั้น ๆ การใช้วิธีการชักจูงด้วยคำพูดเพียงอย่างเดียวจะไม่มีประสิทธิผลเพียงพอ จึงควรร่วมกับการฝึกทักษะที่ทำให้เกิดประสบการณ์ความสำเร็จในลักษณะค่อยเป็นค่อยไป²⁴ และการมีกิจกรรมให้กลุ่มเป้าหมายเห็นตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง (Life-modeling) ที่ประสบความสำเร็จในการหยุดดื่ม ส่งผลดีต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน อธิบายได้ว่าพฤติกรรมของมนุษย์มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลัก 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยทางความคิด ปัจจัยส่วนบุคคล และสภาพแวดล้อม โดยเห็นว่านอกจากมนุษย์จะได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อม และการเรียนรู้ที่เกิดจากการสังเกตการกระทำของตัวแบบจากคำพูดและพฤติกรรม การได้เห็นถึงบุคคลที่มีลักษณะคล้ายกับตนประสบความสำเร็จในการทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง การเรียนรู้จากตัวแบบจึงมีประโยชน์อย่างมากกับบุคคลที่ยังไม่เคยมีประสบการณ์ตรงในเรื่องนั้น ๆ มาก่อน²⁴ ซึ่งวิธีการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่ม จากกิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม จะส่งผลต่อความต้องการที่จะปฏิบัติพฤติกรรม การเลิกดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างจริงจัง โดยมีเป้าหมายที่ชัดเจนมากขึ้นในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ การมีทัศนคติที่ดีที่ส่งเสริมให้เกิดความตั้งใจในการดำรงพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ได้แก่ ครอบครัว และเพื่อน รวมถึงการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมจะนำไปสู่การเลิกดื่มสุราอย่างชัดเจน²⁹ การตัดสินใจป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผ่านสื่อกิจกรรม ได้แก่ การบรรยายองค์ความรู้ การเสวนาแลกเปลี่ยนมุมมอง วิเคราะห์กรณีศึกษา การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จากต้นแบบ สถานการณ์สมมติในการตัดสินใจ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างช่วงหลังครบโปรแกรม 1 เดือนกับหลังครบโปรแกรม 3 เดือน สามารถอธิบายได้ว่า ในช่วงครบโปรแกรมทันที ถึงครบโปรแกรม 1 เดือน เป็นช่วงที่กลุ่มตัวอย่างจดจำเทคนิควิธีการในการปฏิเสธการดื่มได้ดี ประกอบกับมีความกระตือรือร้นในการใช้ทักษะต่าง ๆ ที่ได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมมาใช้ในการปฏิเสธการดื่มของตนเอง จึงทำให้คะแนนพฤติกรรมการดื่มมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนช่วงหลังการครบโปรแกรม 1 เดือน กับหลังการครบโปรแกรม 3 เดือน ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอาจเริ่มหลงลืมทักษะและเทคนิคที่ได้รับจากโปรแกรม และเริ่มหมดความกระตือรือร้นในการใช้ทักษะและเทคนิคต่าง ๆ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายอาจเปลี่ยนสลับไปมาได้ สอดคล้องกับ Transtheoretical model หรือ Stage of change theory หรือโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของ Prochaska และ DiClemente³⁰ ที่อธิบายว่าการเปลี่ยนแปลงต้องใช้เวลา ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละผู้คน ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ยังได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ลักษณะอาการทางคลินิก โดยเฉพาะด้านความคิดและอารมณ์อาจมีผลต่อความคงอยู่และความยั่งยืนของโปรแกรม



สรุปผลการวิจัย

โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ มีประสิทธิผลในการลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยประยุกต์จากแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura ถือเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการดูแลและช่วยเหลือเพื่อลดปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ข้อจำกัดการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลองไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ทำให้อาจมีปัจจัยอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากโปรแกรมมีผลต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่างได้ เนื่องจากอาจมีตัวแปรอื่น ๆ ที่สามารถอธิบายผลลัพธ์ได้ เช่น ไม่สามารถควบคุมปัจจัยต่าง ๆ รวมถึงสภาพแวดล้อมที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะปัญหาความเครียดตรงภายในของการศึกษา เช่น ภูมิภาวะของกลุ่มตัวอย่าง ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า
2. การวิจัยแบบกึ่งทดลอง ในการศึกษาครั้งนี้มีการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความเฉพาะตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ทำให้อาจมีปัญหาเรื่องความเที่ยงตรงภายนอก ในการสรุปอ้างอิงผลการศึกษาให้มีความทั่วไปได้และการนำไปใช้ในสถานการณ์จริง
3. การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง 1 กลุ่ม ไม่มีกลุ่มควบคุมเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์

ข้อเสนอแนะ

ด้านนโยบาย ผู้บริหารของโรงพยาบาลหรือผู้มีบทบาทเชิงนโยบายทางด้านสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ ไปเป็นแนวทางในการกำหนดรูปแบบ หรือแนวปฏิบัติ ในการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าที่ดื่มแอลกอฮอล์ และเผยแพร่ให้บุคลากรในทีมสุขภาพนำไปใช้

ด้านการพยาบาล ควรนำโปรแกรมนี้นำไปใช้ในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยซึมเศร้าที่ดื่มแอลกอฮอล์ โดยเพิ่มกิจกรรมการปรับเปลี่ยนความคิด เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความคิดอัตโนมัติทางลบ เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ในชีวิต เน้นการปรับความคิดทางลบให้เป็นทางบวก สร้างสรรค์ และอยู่ในความเป็นจริง และควรมีการใช้โปรแกรมนี้นในการกระตุ้นเตือนหรือทำซ้ำ (Booster) หลังได้รับโปรแกรมนี้นไปแล้ว 1 เดือน หรือหลัง 3 เดือน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของโปรแกรมที่ให้อยู่และเกิดความยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาแบบกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์
2. ควรมีการศึกษาขยายผลต่อในผู้ดื่มแอลกอฮอล์กลุ่มอื่น เช่น กลุ่มดื่มแบบติด (Alcohol dependence) กลุ่มดื่มแบบมีปัญหา (Harmful drinking) และกลุ่มผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์วัยอื่น เช่น วัยรุ่นหรือวัยสูงอายุ
3. ควรมีการศึกษาขยายผลต่อในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดอื่น เช่น บุหรี่ และยาบ้า
4. ควรบูรณาการโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ ร่วมกับการบำบัดวิธีแบบอื่น ๆ และนำมาใช้ในงานประจำ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยซึมเศร้า ลด ละ เลิก พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

References

1. Ilhan MN, Yapar D. Alcohol consumption and alcohol policy. Turkish Journal of Medical Sciences. 50(5):1197-202. doi:10.3906/sag-2002-237.
2. Office of the Alcohol Control Committee. Alcohol Beverage Control 2020: Data Visualize Dashboard [Internet]. 2020 [cited 2025 May 4]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/1439020200823062540.pdf> (in Thai)



3. Kitsanayothin P. A study on alcohol consumption behavior, the impact of alcohol drinking, and the quality of life of the people in Sukhothai Province. *R & D Health System Journal*. 2021;14(3):275-87. (in Thai)
4. Phayao Provincial Public Health Office. HDC – Report. Standard Reporting Group. Data to respond to the Service Plan for the Substance Abuse Branch. Screening and treatment of alcohol drinkers (specialpp) [Internet]. 2024 [cited 2024 Feb 14]. Available from: <https://hdc.moph.go.th/pyo/public/standard-report-detail/ae0da581446e5c34cef7b7690f32db47> (in Thai)
5. Dok Kham Tai Hospital. Annual Report 2022–2024. Psychiatry and Substance Abuse Division; 2024. (in Thai)
6. Kamontaypa N. Prevalence and associated factors of addictive behaviors in patients with depressive symptoms. Bangkok: Faculty of Medicine, Chulalongkorn University; 2022. (in Thai)
7. American Psychiatric Association. DSM-5® Update: Supplement to diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. [Internet]. 2018 [cited 2025 Mar 5]. Available from https://psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/DSM5Update_October2018.pdf
8. Liu RT, Kleiman EM, Nestor BA, Cheek SM. The hopelessness theory of depression: A quarter-century in review. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2015; 22(4):345–65. doi:10.1111/cpsp.12125.
9. Aukkanipat A, Lapborisut C. The city and me: Urban depression and how we become melancholic [Internet]. [cited 2023 Jun 19]. Available from: <https://theurbanis.com/public-realm/19/06/2023/14569>. (in Thai)
10. Dulchupracha W, Werawattanachai C, Boonlue T. Impact of depression on work loss and disabilities in Thai patients with major depressive disorder. *Thai Bulletin of Pharmaceutical Sciences*. 2016;11(2):1-12. (in Thai)
11. Phajuy A, Rangsiwaroj N, Srithammachart L, Chainonthi A, Jaija R. The development of problem solving program for reducing depression and drinking behavior among patients with alcohol dependence. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 2024;38(3):64-86. (in Thai)
12. Ritmontree S, Daosodsai S, Boontoch K, Chansuk S. The harmful impacts of other people drinking alcohol by the perception of victims. *Udonthani Hospital Medical Journal*. 2023;31(1):51-61. (in Thai)
13. Chamalerk T. Factors related to success suicide in suicidal attempt patient in Sisaket Province. *Sisaket Journal of Research and Health Development*. 2023;2(3):104-14. (in Thai)
14. Jornburom Y, Wisen N. Effects of the mind empowerment program on self-change readiness and alcohol craving in patients with alcohol dependence in community, Sa-kaeo Province. *Thai Journal of Nursing*. 2019;68(3):64-71. (in Thai)
15. Sununta S, Sununta W, Thipnun W. The effectiveness of twelve step facilitation program on abstinence drinking among alcohol dependence. *APHEIT International Journal of Interdisciplinary Social Sciences and Technology*. 2022;11(1):58-68. (in Thai)
16. Kaewma P, Wiriya P, Wongwaun P. Effect of the self-efficacy enhancement for drinking refusal program on alcohol drinking behaviors among patients with alcohol-use disorders, Suan Prung Psychiatric Hospital. *Journal of Nursing and Public Health Research*. 2021;1(1):1-14. (in Thai)
17. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman; 1997.



18. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
19. Polit DF, Hungler BP. Nursing research: principles and methods. 6th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1999.
20. Atsanangkornchai S, Arunpongpaissal S. Problems and disorders from alcohol consumption: Importance and treatment in Thailand [Internet]. Mental Health Knowledge Repository, Department of Mental Health; 2024 [cited 2025 Jun 20]. Available from: <https://dmh-elibrary.org/items/show/174>
21. Boonmetta S, Sethabouppha H, Bhatarasakoon P. Effect of the effective couple's communication skills enhancement program on alcohol drinking behaviors of patients with alcohol use disorders. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2024;38(1):60-74. (in Thai)
22. Homsin P, Srisuriyawet R. The effects of a self-efficacy enhancement program on drinking and cigarette smoking prevention among hearing impaired adolescents. Thai Red Cross Nursing Journal. 2022;15(1):161-7. (in Thai)
23. Becker MH, Maiman LA. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. Medical Care. 1975;13:10-24. doi.org/10.1097/00005650-197501000-00002.
24. Sopajorn W, Poonphon P, Khamcharoen A, Khammanat Y, Phongtao P. Self-efficacy in avoiding alcohol consumption among Thai adolescents. Journal of Mahamakut Buddhist University Isan Campus. 2023;4(3):85-98 (in Thai)
25. Homsin P, Srisuriyawet R. The effects of a self-efficacy enhancement program on drinking and cigarette smoking prevention among hearing impaired adolescents. Thai Red Cross Nursing Journal. 2022;15(1):161-7. (in Thai)
26. Choosawang S, Wichitsa-nguan J, Chumnaul J, Useng W, Mudadum A. Factors affecting decision on consuming alcoholic beverages among undergraduate science students, Prince of Songkla University. Princess of Naradhiwas University Journal. 2021;14(2):147-64. (in Thai)
27. Atsanangkornchai S. Report on the situation of alcohol consumption in Thai society, 2021 [Internet]. 2022 [cited 2025 Mar 5], Available from: <https://cas.or.th/content?id=18> (in Thai)
28. Chudha W, Makklai K. 12-month prevalence of alcohol use disorders: Results of the 2023 National Mental Health Epidemiology Survey of Thailand. Ment Health Knowl Bank, Dep Ment Health [Internet]. 2025 [cited 2025 Mar 18]. Available from: <https://dmh-elibrary.org/items/show/1689>. (in Thai)
29. Deepana A, Numkham L, Wattanasoei S. Factors affecting intention to alcohol abstinence among the department store employees in Nan Province. Thai Science and Technology Journal. 2020;28(1):168-81. (in Thai)
30. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. American Psychologist. 1992;47(9):1102-14. doi:10.1037//0003-066x.47.9.1102



อิทธิพลของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วยและความยึดมั่นผูกพัน ในงานต่อผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2

พรรณิกา เก่าตระกูล พย.บ.¹

จิรรัตน์ หรือตระกูล กศ.ด.²

(วันรับบทความ :19 พฤษภาคม พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ :30 กรกฎาคม พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ :8 สิงหาคม พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วยและความยึดมั่นผูกพันในงานต่อผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์ทำงานหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2 ระยะ 1 ปี ขึ้นไป จำนวน 174 คน ใช้วิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง แบบสอบถามความยึดมั่นผูกพันในงาน และแบบสอบถามผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ แบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นเป็นค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.943, 0.952 และ 0.932 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบเลือกตัวแปรเข้าสมการทีละตัว

ผลการวิจัยพบว่า ความยึดมั่นผูกพันในงานของพยาบาลวิชาชีพ เป็นตัวแปรที่สามารถพยากรณ์ผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพได้สูงสุด รองลงมาคือ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งสามารถพยากรณ์ผลการปฏิบัติงานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสมการถดถอยมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีความยึดมั่นผูกพันในงานสูงจะสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วยยังมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนและเสริมสร้างผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ดังนั้นผู้บริหารโรงพยาบาลควรส่งเสริมการสร้าง ความยึดมั่นผูกพันในงานและภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย อันจะส่งผลต่อผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ นำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายของงาน

คำสำคัญ: ผลการปฏิบัติงาน ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ความยึดมั่นผูกพันในงาน

¹นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารทางการพยาบาล มหาวิทยาลัยนเรศวร

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: jiratr@nu.ac.th Tel: 088-2826808



The Influence of Transformational Leadership by Head Nurses and Work Engagement on the Job Performance of Professional Nurses in a Tertiary Hospital under the Ministry of Public Health in Health Region 2

Punnika Krowtrakool B.N.S.¹

Jirarat Ruetrakul Ed.D.²

(Received Date: May 19, 2025, Revised Date: July 30, 2025, Accepted Date: August 8, 2025)

Abstract

This study was a predictive correlational research. The purpose of this study was to investigate the influence of Transformational Leadership by in-patient unit head nurses as perceived by professional nurses and work engagement on the job performance of professional nurses in a tertiary hospital affiliated with the Ministry of Public Health in Health Region 2. The sample consisted of 174 registered nurses with at least one year of experience working on in-patient wards at a tertiary hospital under the Ministry of Public Health in Health Region 2. The sample size was determined using the G*power program and the Multistage Sampling method. The research instruments were five rating scale questionnaires on transformational leadership, work engagement, and the job performance of registered nurses, with Cronbach's alpha coefficient reliability values of 0.943, 0.952, and 0.932, respectively. Data were analyzed using statistics such as frequencies, percentages, means, standard deviations, and stepwise multiple regression analysis.

The results found that the work engagement of registered nurses was the variable that could predict the job performance of registered nurses the most, followed by transformational leadership of the head nurse, which could predict the job performance with statistical significance. The regression equation was statistically significant. The research results indicated that registered nurses with high work engagement were able to perform their work more efficiently, and transformational leadership of the head nurse also played an important role in supporting and enhancing the job performance of registered nurses. Therefore, hospital administrators should promote work engagement and transformational leadership among head nurses, which will have significant impact on the job performance of professional nurses and lead to the achievement of work goals.

Keywords: job performance, transformational leadership, work engagement

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

²Assistant Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University, Phitsanulok Province

¹Corresponding Author, Email: jiratr@nu.ac.th Tel: 088-2826808



บทนำ

ในยุคโลกาภิวัตน์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วต่อเนื่องและไม่หยุดยั้ง บุคลากรทางสุขภาพจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาความรู้ ความสามารถ และทักษะในงาน เพื่อให้ก้าวทันกับความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาการและเทคโนโลยี ประกอบกับประชาชนมีการศึกษาสูงขึ้นและเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผ่านสื่อต่าง ๆ มากขึ้น การให้บริการอย่างมีคุณภาพจึงเข้ามามีบทบาทสำคัญต่อสถานบริการสุขภาพ โรงพยาบาลศูนย์เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีจำนวนเตียงมากกว่า 500 เตียง ให้บริการด้านสุขภาพที่มีความซับซ้อนระดับสูง ต้องการทีมแพทย์เฉพาะทางและเครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัย รับผู้ป่วยที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน เป็นศูนย์วิชาการและสนับสนุนระบบสุขภาพระดับภูมิภาค¹ สิ่งสะท้อนคุณภาพบริการคือผลการปฏิบัติงาน ผลการปฏิบัติงานของบุคลากรเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่สำคัญที่แสดงถึงพฤติกรรมหรือการกระทำที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมายขององค์กร² บุคลากรที่ปฏิบัติงานได้ดีจะช่วยให้องค์การบรรลุเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ กลุ่มภารกิจด้านพยาบาลเป็นกลุ่มงานที่มีความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล เนื่องด้วยพยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรที่มีจำนวนมากที่สุดเมื่อเทียบกับวิชาชีพอื่นในทีมสุขภาพ³ หอผู้ป่วยในเป็นหน่วยงานย่อยของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล มีหน้าที่ให้บริการทางการแพทย์และรับภาระงานมากที่สุดถึงร้อยละ 75 ของภาระงานทั้งหมดในโรงพยาบาล⁴ มีภารกิจหลักในการให้บริการแก่ผู้รับบริการตลอด 24 ชั่วโมง พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ปฏิบัติการด้านการพยาบาลของหอผู้ป่วยใน 4 ด้าน ได้แก่ การปฏิบัติการ การวางแผน การประสานงาน และการบริการ ซึ่งเป็นการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ที่กระทำต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัวโดยตรงตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล⁵ ดังนั้น ผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพจึงเป็นส่วนสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพบริการ ความปลอดภัย และผลการดำเนินงานขององค์กร⁶

การพัฒนาผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ผู้นำหรือหัวหน้าหอผู้ป่วย เป็นปัจจัยสำคัญในการจูงใจและกระตุ้นให้บุคลากรร่วมมือร่วมใจและมีส่วนร่วมกับองค์กร หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้บริหารระดับต้นมีหน้าที่รับผิดชอบกิจกรรมการพยาบาล การบริหาร ประสานงาน และถ่ายทอดนโยบายขององค์กรสู่พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย จากการศึกษาของ Bass และ Avolio⁷ พบว่าคุณลักษณะหรือพฤติกรรมภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงเป็นปัจจัยสำคัญต่อประสิทธิผลขององค์กร เนื่องจากการมุ่งเน้นการจูงใจ เสริมสร้างแรงบันดาลใจ การกระตุ้นทางสติปัญญา และการสนับสนุนรายบุคคล เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงทางบวกภายในองค์กร เพิ่มศักยภาพของผู้ปฏิบัติงาน สามารถส่งเสริมความผูกพันในงาน การทำงานเป็นทีมและสร้างบรรยากาศในการทำงานที่เอื้อต่อประสิทธิภาพและผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงเป็นแนวคิดที่มีความเหมาะสมและมีความสอดคล้องกับลักษณะของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ เนื่องจากบทบาทสำคัญของหัวหน้าคือเป็นผู้สนับสนุน ที่ปรึกษา ให้กับพยาบาลวิชาชีพทุกระดับ ทำให้เกิดความศรัทธาและเป็นแบบอย่างที่ดี มีการแสดงออกถึงความมุ่งมั่นในงาน ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น มีคุณลักษณะของการเป็นผู้มีวิสัยทัศน์กว้างไกล ทำให้เกิดความร่วมมือการปฏิบัติงานนำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมาย พยาบาลวิชาชีพเป็นกลุ่มบุคลากรที่สัมผัสผู้รับบริการมากที่สุด⁸ และเป็นผู้ปฏิบัติงานบริการโดยตรงภายใต้การดูแลและการนำของหัวหน้าหอผู้ป่วย จึงเป็นกลุ่มที่สามารถให้ข้อมูลและสะท้อนภาพของคุณภาพการบริการของหน่วยงาน รวมถึงสามารถประเมินภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยได้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย

ความยึดมั่นผูกพันในงานเป็นปัจจัยที่สำคัญส่งผลต่อผลการปฏิบัติงาน ความสำเร็จของงาน เนื่องจากความยึดมั่นผูกพันในงานเป็นความรู้สึกเชิงบวกเกี่ยวกับงานโดยประกอบด้วยคุณลักษณะ 3 ประการ ได้แก่ 1) ความกระตือรือร้น (Vigor) เป็นพลังในการทำงาน มีความพยายามแม้จะพบอุปสรรค 2) การทุ่มเทอุทิศ (Dedication) เป็นความรู้สึกเต็มใจ มีแรงบันดาลใจ มีความท้าทายในการทำงาน และ 3) ความจดจ่อใส่ใจ (Absorption) เป็นความรู้สึกมุ่งมั่นและมีความสุขในการทำงาน⁹ แนวคิดดังกล่าวเหมาะสมกับคุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพเนื่องจากต้องปฏิบัติงานที่เกี่ยวกับชีวิตมนุษย์ มีความมุ่งมั่น ทุ่มเท ทำงานด้วยความรอบคอบ ใช้สมาธิสูงในการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดผลปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ มีข้อผิดพลาดและอุบัติการณ์น้อยที่สุด ผู้รับบริการปลอดภัย การสร้างความยึดมั่นผูกพันในงานมีความจำเป็นเพื่อจูงใจให้บุคลากรในองค์กรเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีส่วนร่วมในการทำงานมากยิ่งขึ้น ทั้งภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและความยึดมั่นผูกพันในงานล้วนมีผลต่อผลการปฏิบัติงาน ทั้งนี้เพราะความยึดมั่นผูกพัน



ในงานเป็นตัวแปรหนึ่งที่จะช่วยผสมผสานความเป็นหนึ่งเดียวกันระหว่างบุคลากร องค์กร การปฏิบัติงาน และผู้รับบริการ หากเกิดช่องว่างอาจทำให้กระบวนการทำงานมีประสิทธิภาพลดลง¹⁰ ความยึดมั่นผูกพันในงานจึงเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่สามารถเพิ่มผล การปฏิบัติงานที่ดีของบุคลากร ลดปัญหาสำคัญ ได้แก่ ปัญหาความผิดพลาดทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วย ปัญหาด้านค่าใช้จ่ายใน การผลิตและรักษาบุคลากรให้คงอยู่ในสายงานพยาบาลวิชาชีพ¹¹

จากการทบทวนวรรณกรรมแม้ว่าจะมีประเด็นวิจัยที่ใกล้เคียงกับงานวิจัยนี้มาบ้างแล้ว แต่งานวิจัยเหล่านั้น เป็นผลการวิจัยที่ได้จากมุมมองของหัวหน้าหอผู้ป่วย หรือเป็นงานที่ศึกษาในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน หรือบางงานวิจัยมี การศึกษามาแล้วเกือบ 10 ปี ซึ่งบริบทของระบบบริการสุขภาพและการบริหารทางการแพทย์มาก่อนหน้าไม่สามารถตอบคำถาม การวิจัยในระบบบริการสุขภาพในยุคปัจจุบันของโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2 ณ ปัจจุบันได้ ประเด็นที่สนใจศึกษานี้ สอดคล้องกับแนวคิดแผนปฏิบัติการกระทรวงสาธารณสุขระยะ 5 ปี พ.ศ. 2566-2570 ซึ่งมุ่งเน้นการพัฒนา บริการและบุคลากรมุ่งสู่ความเป็นเลิศ¹² นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับพันธกิจของสภาการพยาบาล เกี่ยวกับการส่งเสริมคุณภาพบริการ เพื่อประโยชน์ในการให้บริการทางการแพทย์ การผดุงครรภ์ และสอดคล้องกับกรอบยุทธศาสตร์ที่ 4 ของสภาการพยาบาล ที่มุ่งเน้น การบริหารจัดการบุคลากรสู่ความเป็นเลิศขององค์กร¹³ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาอิทธิพลของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของ หัวหน้าหอผู้ป่วยและความยึดมั่นผูกพันในงานต่อผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2 เพื่อขยายความรู้เชิงบริหารการพยาบาลและเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของ พยาบาลวิชาชีพ สามารถนำข้อมูลไปใช้วางแผนเพื่อส่งเสริมความยึดมั่นผูกพันในงาน และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้เกิดผล การปฏิบัติงานที่สูงขึ้น ส่งผลให้ผู้รับบริการพึงพอใจและปลอดภัยในบริการที่ได้รับ

วัตถุประสงค์การวิจัย

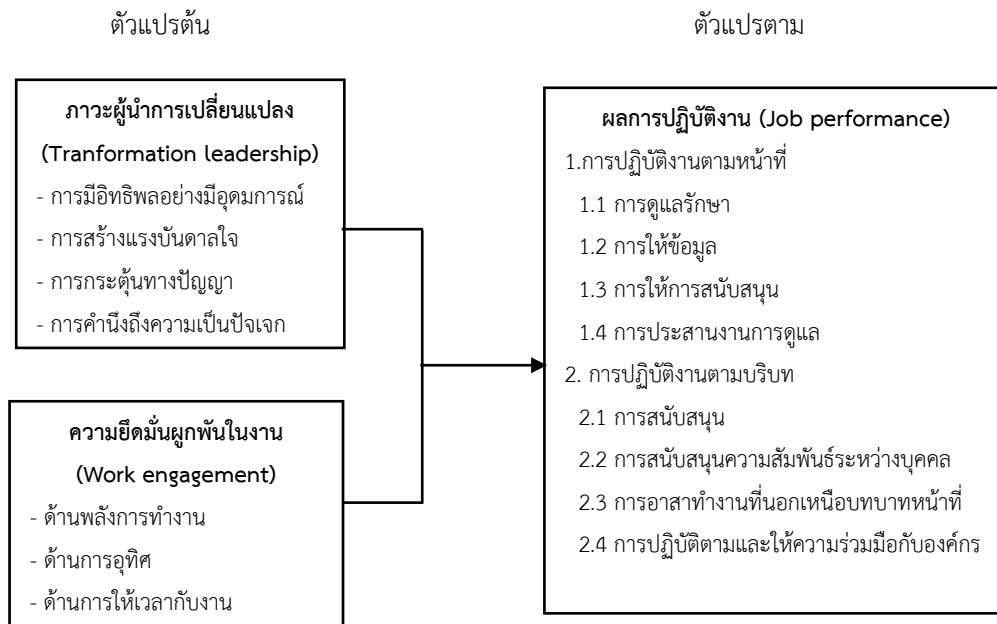
1. เพื่อศึกษาระดับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่รับรู้โดยพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2
2. เพื่อศึกษาระดับความยึดมั่นผูกพันในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2
3. เพื่อศึกษาระดับผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2
4. เพื่อศึกษาอิทธิพลของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย และความยึดมั่นผูกพันในงาน ต่อผลการปฏิบัติงาน ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหาประกอบด้วยตัวแปรทั้งหมด 3 ตัวแปร ได้แก่ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย ความยึดมั่นผูกพันในงาน และผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ขอบเขตด้านประชากร ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วย ในมีประสบการณ์ทำงาน 1 ปีขึ้นไป ไม่ได้ดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2 ระยะเวลาการวิจัย ระยะเวลาเก็บข้อมูลวิจัย 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ถึง 28 มกราคม พ.ศ. 2567

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สังเคราะห์จากทฤษฎีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Transformational leadership) ของ Bass และ Avolio⁷ ซึ่งกล่าวถึงผู้นำที่มีบุคลิกลักษณะและความสามารถในการจูงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์กรและให้ ความร่วมมือในการปฏิบัติงานเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของงาน แนวคิดความยึดมั่นผูกพันในงาน (Work Engagement) ของ Schaufeli และ Bakker⁹ กล่าวถึงความรู้สึกมุ่งมั่นและมีความสุขในการทำงาน ยากที่จะถอนตัวออกจากงาน เหมือนเวลา ผ่านไปอย่างรวดเร็ว และแนวคิดผลการปฏิบัติงาน (Job performance) ของ Greenslade และ Jimmieson⁶ กล่าวถึง พฤติกรรมที่บุคลากร ในองค์กรแสดงออกเพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย การปฏิบัติงานตามหน้าที่และการปฏิบัติงานตามบริบท



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย ระดับความยึดมั่นผูกพันในงาน ระดับผลการปฏิบัติงาน และอิทธิพลของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วยและความยึดมั่นผูกพันในงานต่อผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 2 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 2 แห่ง ประชากร 1,532 คน เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2 มีประสบการณ์ทำงานอย่างน้อย 1 ปี ขึ้นไป ไม่ได้ดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย 2) มีความสมัครใจเข้าร่วมให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ได้ปฏิบัติงานในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power โดยกำหนด Effect size 0.10 ค่าความคลาดเคลื่อนที่ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ 0.95 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 158 คน เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนจากการสูญหายของตัวอย่าง (Drop - out rate) และตอบแบบสอบถามไม่ครบ เพิ่มกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 10 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 174 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling) โดยในขั้นตอนแรกสุ่มเลือกโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง จากทั้งหมด 2 แห่ง (Cluster sampling) จากนั้น ในขั้นตอนที่สองสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) ทั้งหมด 8 งาน การพยาบาลที่เป็นหอผู้ป่วยใน สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน (Proportional random sampling) ในสัดส่วน 3 ต่อ 1 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแต่ละงานการพยาบาล โดยการจับฉลากแบบไม่มีการแทนที่ (Sampling without replacement) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 174 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ ประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยใน ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้



ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง

ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ วรณช วงศ์เจริญ¹⁰ โดยใช้แนวคิดของ Bass และ Avolio⁷ ซึ่งข้อคำถามดังกล่าวดัดแปลงมาจากแบบสอบถาม Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ 5X Short Form)¹⁴ ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ใช้วัดความรู้ พฤติกรรมของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การศึกษาครั้งนี้เป็นการวัดภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ นำแบบสอบถามมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลศูนย์ มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ ดังนี้

1. การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ (Idealized influence) จำนวน 8 ข้อ
2. การสร้างแรงบันดาลใจ (Inspirational motivation) จำนวน 6 ข้อ
3. การกระตุ้นทางปัญญา (Intellectual stimulation) จำนวน 6 ข้อ
4. การคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล (Individual consideration) จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความยึดมั่นผูกพันในงาน (Work engagement)

ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ วรณช วงศ์เจริญ และคณะ¹⁰ ซึ่งข้อคำถามดังกล่าวดัดแปลงมาจากแบบสอบถาม Utrecht Work Engagement Scale-9¹⁵ ตามแนวคิดของ Schaufeli และคณะ¹⁵ นำแบบสอบถามมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมด ซึ่งมีรายละเอียดของแบบสอบถามดังนี้ ความเต็มเปี่ยมด้วยพลังในการทำงาน (Vigor) จำนวน 3 ข้อ การอุทิศตนในการทำงาน (Dedication) จำนวน 3 ข้อ การให้เวลากับงาน (Absorption) จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ (Job Performance)

ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ วรณช วงศ์เจริญ และคณะ¹⁰ ซึ่งข้อคำถามดังกล่าวดัดแปลงมาจากแบบสอบถามผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ (Task and contextual performance for nurses: Job performance scale) ตามแนวคิดของ Greenslade และ Jimmieson⁶ ในปีค.ศ. 2007 นำแบบสอบถามมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลศูนย์ มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมด โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การปฏิบัติงานตามหน้าที่ (Task performance) มีข้อคำถาม จำนวน 18 ข้อ

ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ การดูแลรักษาพยาบาล (Technical care) จำนวน 5 ข้อ, การให้ข้อมูล (Provision of information) จำนวน 5 ข้อ, การให้การสนับสนุน (Provision of support) จำนวน 4 ข้อ, การประสานงานการดูแล (Coordination of care) จำนวน 4 ข้อ

2. การปฏิบัติงานตามบริบท (Contextual performance) มีข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ

ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนงาน (Job - task support) จำนวน 3 ข้อ, การสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal support) จำนวน 4 ข้อ, การอาสาสมัครทำงานนอกเหนือหน้าที่ (Volunteering for additional duties) จำนวน 3 ข้อ, การปฏิบัติตามและการให้ความร่วมมือกับองค์กร (Compliance) จำนวน 3 ข้อ

การกำหนดเกณฑ์การแปลค่าคะแนนเฉลี่ย

แบบสอบถามภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ความยึดมั่นผูกพันในงาน และผลการปฏิบัติงาน ทั้ง 3 แบบสอบถาม มีลักษณะของคำถามให้เลือกตอบได้ 5 ระดับ ของ Likert Scale¹⁶ โดยมีรายละเอียดดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด (5)	หมายถึง ข้อความนั้นตรงตามความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วยมาก (4)	หมายถึง ข้อความนั้นตรงตามความคิดเห็นของท่านมาก
เห็นด้วยปานกลาง (3)	หมายถึง ข้อความนั้นตรงตามความคิดเห็นของท่านปานกลาง
ไม่เห็นด้วย (2)	หมายถึง ข้อความนั้นตรงตามความคิดเห็นของท่านน้อย
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1)	หมายถึง ข้อความนั้นตรงตามความคิดเห็นของท่านน้อยที่สุด



การแปลค่าคะแนนเฉลี่ย

ลักษณะแบบสอบถามทั้ง 3 แบบสอบถาม ได้กำหนดการแปลค่าคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามโดยวิธีการแบ่งตามอัตราภาคชั้น โดยมีเกณฑ์ในการแปลค่าคะแนนเฉลี่ย ดังนี้¹⁷

- 4.45 – 5.00 มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด
- 3.45 – 4.44 มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก
- 2.45 – 3.44 มีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง
- 1.45 – 2.44 มีความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อย
- 1.00 – 1.44 มีความคิดเห็นในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการนำแบบสอบถามภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง แบบสอบถามความยึดมั่นผูกพันในงาน และแบบสอบถามผลการปฏิบัติงาน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยวิธีหาดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค (Index of item objective congruence: IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ทั้ง 3 แบบสอบถามได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตรงตามคุณลักษณะประชากรในงานวิจัย จำนวน 30 คน และวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.94, 0.95 และ 0.93 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอเอกสารอนุมัติการเก็บข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งแนบเอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนเรศวร หมายเลขโครงการ P2-0270/2566 ยื่นเสนอต่อผู้อำนวยการและหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือดำเนินการวิจัย
2. เมื่อได้รับความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์จากโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยจึงติดต่อประสานงานกับผู้ประสานงานการวิจัยในโรงพยาบาล เพื่อแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย วิธีการตอบแบบสอบถาม และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ตลอดจนวิธีการเก็บรวบรวมแบบสอบถามกลับคืนถึงผู้วิจัย
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการส่งแบบสอบถามการวิจัยให้กับผู้ประสานงานการวิจัย พร้อมทั้งเอกสารข้อมูลคำอธิบาย หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ตลอดจนอธิบายวิธีการเก็บรวบรวมแบบสอบถามกลับคืนให้กับผู้ประสานงานการวิจัย ส่งแบบสอบถามกลับคืนผู้วิจัยภายใน 2 สัปดาห์ ผู้ประสานงานการวิจัยจะนำแบบสอบถามไปแจกให้กับผู้เข้าร่วมการวิจัย
4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้วให้ใส่ซองปิดผนึก เพื่อรักษาความลับของผู้ตอบแบบสอบถาม ให้กลุ่มตัวอย่างนำแบบสอบถามที่ใส่ซองปิดผนึกแล้วมาส่งในกล่องที่เตรียมไว้ให้ ผู้ประสานงานการวิจัยเป็นผู้เก็บแบบสอบถามส่งคืนให้ผู้วิจัย ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาครบตามจำนวนทั้งหมด 174 ฉบับ และตอบคำถามครบถ้วนทุกฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ระดับความคิดเห็นภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ความยึดมั่นผูกพันในงาน และผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนายของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและความยึดมั่นผูกพันในงานต่อผลการปฏิบัติงาน



โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) โดยมีการตรวจสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติถดถอยพหุคูณ คือ 1) ค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนเท่ากับศูนย์ 2) ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ ค่า Skewness เท่ากับ 0.18 ค่า Kurtosis เท่ากับ 0.22 3) ค่าความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระกัน durbin-watson เท่ากับ 1.87 4) ความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนคงที่ ค่า Standardize residual อยู่ในช่วงบวกลบ 2 5) ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเอง ค่า Tolerance เท่ากับ 0.77 ค่า Variance inflation factors เท่ากับ 1.30

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนเรศวร หมายเลขโครงการ P2-0270/2566 ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับคำชี้แจงเรื่องการพิทักษ์สิทธิอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรผ่านเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครและลงนามให้คำยินยอมในการตอบแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้ถูกจัดเก็บอยู่ในที่ปลอดภัย โดยถูกเก็บไว้ในตู้เอกสารที่มีกุญแจล็อกบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์ ปกป้องข้อมูลโดยใช้การเข้ารหัส มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่เข้าถึงข้อมูลได้ การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่ ไม่มีชื่อของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอในภาพรวมเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในทางการศึกษาเท่านั้น เมื่อสิ้นสุดการวิจัยจะทำลายข้อมูลทั้งหมดทันทีภายใน 1 ปี

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ วุฒิการศึกษา สถานภาพสมรส ประสบการณ์ทำงานของผู้ป่วยในและรายได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 94.80 โดยมีอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 31 - 40 ปี ร้อยละ 34.48 การศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี ร้อยละ 96.60 ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 52.30 มีประสบการณ์การทำงานของผู้ป่วยในตั้งแต่ 10 ปี ขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 52.30 และส่วนใหญ่มีเงินเดือนอยู่ในช่วง 20,001-30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 33.90

2. ข้อมูลระดับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย ความยึดมั่นผูกพันในงาน ผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2 พบว่า จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (Mean= 4.23, S.D.= 0.62) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.29, S.D.=0.64) ซึ่งเป็นคะแนนสูงสุด และด้านการสร้างแรงบันดาลใจคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.18, S.D.=0.74) ซึ่งเป็นคะแนนต่ำสุด

ค่าเฉลี่ยคะแนนความยึดมั่นผูกพันในงานโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.02, S.D.=0.58) พิจารณารายด้าน พบว่าด้านพลังการทำงาน มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (Mean= 4.13, S.D.=0.64) ซึ่งเป็นคะแนนสูงสุด รองลงมาคือ ด้านการอุทิศตนคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (Mean= 4.11, S.D.=0.68) และด้านการให้เวลากับงาน คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.00, S.D.=0.60)

ค่าเฉลี่ยคะแนนผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.32, S.D.= 0.47) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการประสานงานการดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean= 4.61, S.D.=0.50) รองลงมาคือด้านการให้ข้อมูลมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.40, S.D.=0.52) และด้านที่ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ด้านการอาสาสมัครทำงานนอกเหนือจากหน้าที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.80, S.D.=0.66) ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย (Transformation leadership) ความยึดมั่นผูกพันในงาน (Work engagement) ผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ (Job performance) รายด้าน (n=174)

ตัวแปร	Mean	S.D.	ระดับ
ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง			
ด้านการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์	4.29	0.64	มาก
ด้านการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล	4.23	0.69	มาก
ด้านการกระตุ้นทางปัญญา	4.23	0.70	มาก
ด้านการสร้างแรงบันดาลใจ	4.18	0.74	มาก
รวม	4.23	0.62	มาก
ความยึดมั่นผูกพันในงาน			
ด้านพลังการทำงาน	4.13	0.64	มาก
ด้านการอุทิศตน	4.11	0.68	มาก
ด้านการใช้เวลาทำงาน	4.00	0.60	มาก
รวม	4.02	0.58	มาก
ก. ผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่			
ด้านการประสานงานการดูแล	4.61	.50	มากที่สุด
ด้านการให้ข้อมูล	4.40	.52	มาก
ด้านการดูแลรักษาพยาบาล	4.37	.54	มาก
ด้านการให้การสนับสนุน	4.33	.53	มาก
รวม	4.49	.46	มากที่สุด
ข. ผลการปฏิบัติงานตามบริบท			
ด้านการสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	4.29	.57	มาก
ด้านการปฏิบัติตามและการให้ความร่วมมือกับองค์กร	4.20	.61	มาก
ด้านการสนับสนุนงาน	4.00	.72	มาก
ด้านการอาสาสมัครทำงานนอกเหนือจากหน้าที่	3.80	.66	มาก
รวม	4.15	.58	มาก
รวมผลการปฏิบัติงาน	4.32	0.47	มาก

3. ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย และ ความยึดมั่นผูกพันในงานของพยาบาลวิชาชีพ มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยทั้งสองตัวแปรสามารถอธิบายความแปรปรวนของผลการปฏิบัติงานได้ร้อยละ 48.10 ($R^2 = .481$, Adjusted $R^2 = .475$, $F = 79.275$, $p < .001$) เมื่อพิจารณารายตัว พบว่า ความยึดมั่นผูกพันในงาน เป็นตัวแปรที่สามารถพยากรณ์ผลการปฏิบัติงานได้มากที่สุด (R^2 change = .446, $p < .001$) รองลงมาคือ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย (R^2 change = .035, $p < .001$) โดยมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ .304 แสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีความยึดมั่นผูกพันในงานสูง และมีหัวหน้าหอผู้ป่วยที่แสดงภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่ดี จะมีผลการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) และ สัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย (Transformation leadership) และความยึดมั่นผูกพันในงาน (Work engagement) ต่อผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ (Job performance) (n = 174)

Model	R	R^2	Adjusted R^2	R^2 change	F	P-value
ความยึดมั่นผูกพันในงาน	.694	.481	.475	.035	79.275	.000**
ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง						
ความยึดมั่นผูกพันในงาน	.668	.446	.443	.446	138.348	.000**

** $p < .001$

4. ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่า ความยึดมั่นผูกพันในงานของพยาบาลวิชาชีพ เป็นตัวแปรที่สามารถพยากรณ์ผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพได้สูงที่สุด ($b = .406$, $\beta = .564$, $t = 8.968$, $p < .001$) รองลงมาคือ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งสามารถพยากรณ์ผลการปฏิบัติงานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($b = .145$, $\beta = .215$, $t = 3.412$, $p = .001$) โดยสมการการถดถอยมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 79.275$, $p < .001$) มีค่าคงที่ 2.045 และค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการพยากรณ์ (SE_{est}) เท่ากับ .304

สมการพยากรณ์ที่ได้คือ

$$\text{สมการในรูปคะแนนดิบ: } Y = 2.045 + .145(x_1) + .406(x_2)$$

$$\text{สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน: } Z = .215(x_1) + .564(x_2)$$

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีความยึดมั่นผูกพันในงานสูงจะสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วยยังมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนและเสริมสร้างผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณ ค่าคงที่ และค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์ ผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ (n = 174)

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		t	p-value
	b	Std. Error	Beta			
ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (x1)	.145	.043	.215		3.412	.001*
ความยึดมั่นผูกพันในงาน (x2)	.406	.045	.564		8.968	.000**
(Constant)	2.045	.186			11.016	.000**
F = 79.275, ค่าคงที่=2.045, $SE_{est} = .304$						

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

$$\text{สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ : } Y = 2.045 + .145 (x_1) + .406 (x_2)$$

$$\text{สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน : } Z = .215 (x_1) + .564 (x_2)$$



การอภิปรายผล

1. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.23, S.D. = 0.62) อภิปรายได้ว่าพยาบาลวิชาชีพที่รับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยในเรื่องการบริหารจัดการ โดยใช้บุคลิกลักษณะและความสามารถในการจูงใจพยาบาลในหอผู้ป่วย เพื่อการเปลี่ยนแปลงในองค์กรและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมาย เมื่อพิจารณาตัวแปรรายด้านของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพบว่าการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์มีคะแนนความคิดเห็น ในระดับมาก (Mean = 4.29, S.D. = 0.64) ซึ่งเป็นด้านที่มีคะแนนมากที่สุด อภิปรายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้ต่อหัวหน้าหอผู้ป่วยในเรื่องความเชื่อ ความศรัทธาในการปฏิบัติงาน มีความมั่นใจ เป็นแบบอย่างที่ดี เสียสละ มีศีลธรรม จริยธรรม เป็นที่เคารพนับถือให้ความสำคัญกับการปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดีในการทำงานด้วยความทุ่มเท มีความกระตือรือร้นเมื่อได้ทำงานที่มีความท้าทาย และพยาบาลวิชาชีพมีความภาคภูมิใจในการทำงานร่วมกับหัวหน้าหอผู้ป่วย นอกจากนี้ด้วยบทบาท ลักษณะงาน และคุณสมบัติของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์นั้น มีความสำคัญต่อกระบวนการบริหารในหอผู้ป่วย เพราะนอกจากจะเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคแล้ว ยังต้องสามารถบริหารจัดการหน่วยงาน ซึ่งมีความซับซ้อนในการดูแล ให้เป็นไปด้วยความราบรื่น ประกอบกับสภาพการพยาบาล ได้กำหนดหลักเกณฑ์การเลื่อนขั้นตำแหน่งของหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถเกี่ยวกับการบริหารทางการพยาบาล ภาวะผู้นำทางการพยาบาล การสื่อสาร การจัดการสารสนเทศ ทางการพยาบาล จริยธรรม จรรยาบรรณ กฎหมาย และนโยบายสาธารณะ รวมทั้งเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ ผู้ใต้บังคับบัญชา และมีผลการปฏิบัติงานที่บรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน ซึ่งสิ่งเหล่านี้ ทำให้หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องได้รับการอบรมด้านการบริหารก่อนขึ้นสู่ตำแหน่ง จึงทำให้หัวหน้าหอผู้ป่วยมีความรู้ในการบริหารงานเบื้องต้น และนอกจากนี้ ในด้านการบริหารงานในหอผู้ป่วยหัวหน้าหอผู้ป่วยต้องใช้ภาวะผู้นำทุกขั้นตอน ตั้งแต่การจัดบริการในหอผู้ป่วย การปฏิบัติงาน การนิเทศ การตรวจสอบ การพัฒนาปรับปรุงผลการปฏิบัติงาน ซึ่งมีความจำเป็นต้องใช้ภาวะผู้นำทุกกระบวนการ ทำให้หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการพัฒนาภาวะผู้นำในตนเองและเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง จึงทำให้ผู้ใต้บังคับบัญชาซึ่งได้แก่พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Ibrahim และ คณะ¹⁸ ที่ศึกษารูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในประเทศอียิปต์ พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงอยู่ในระดับมาก (Mean = 59.5, S.D. = 0.62) การศึกษาของกุสุมา มณีนพ¹⁹ ได้ศึกษาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสกลนคร พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.06, S.D. = 0.42)

2. ความยึดมั่นผูกพันในงานในภาพรวม ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2 อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.02, S.D. = 0.58) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านพลังการทำงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean = 4.13, S.D. = 0.64) อภิปรายได้ว่าพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ มีความรู้สึกต้องการออกไปทำงาน มีความทุ่มเทพลังกาย สติปัญญา เต็มใจ มีความเพียรพยายามแม้ต้องเผชิญกับความยากลำบากในการปฏิบัติงาน มีความกระตือรือร้น รับรู้ว่างานที่ทำมีคุณค่าท้าทาย ทำให้เกิดแรงบันดาลใจและภาคภูมิใจในงานที่ทำ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Schaufeli และ Bakker⁹ ค่าตอบแทน เวิร์กเวิลด์ และค่าเวรเพิ่มนอกเวลาราชการ มีอัตราการจ่ายที่เท่ากันในพยาบาลวิชาชีพทุกระดับ ค่าตอบแทนสำหรับกำลังคนด้านสาธารณสุข (พ.ต.ส.) มีอัตราการจ่ายที่ไม่เหลื่อมล้ำกันมาก รวมถึงค่าตอบแทนผลการปฏิบัติงาน มีการจ่ายค่าตอบแทนที่เป็นรูปธรรม สามารถตรวจสอบได้ ด้านความก้าวหน้าในอาชีพการก้าวขึ้นสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์ของทุกคนนั้นมีเกณฑ์ในการคัดเลือกที่ชัดเจน เปิดโอกาสให้ทุกคนที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์สามารถสมัครได้อย่างเท่าเทียมกัน จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพรู้สึกว่าได้ได้รับความเสมอภาค นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทหน้าที่ที่ต้องดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้มีความคุ้นเคยกับการทำงานและวิชาชีพพยาบาลต้องดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาล จึงส่งผลให้ มีสภาวะทางจิตใจในทางบวกที่เกี่ยวข้องกับงานมีความสุข และสนุกในการทำงาน ทุ่มเท ทากาย ปัญญา และจิตใจอย่างเต็มที่ในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์มีความยึดมั่นผูกพันในงานในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณช วงศ์เจริญ และคณะ¹⁰ ศึกษาโมเดลสมการโครงสร้างของภาวะผู้นำ ความผูกพันในงาน และผลปฏิบัติงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชนพบว่า ผลของความยึดมั่นผูกพันในงานอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.97, S.D. = 0.70)



3. ผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในภาพรวม อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.32, S.D. = 0.47) แยกรายด้านพบว่า ผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.49, S.D. = 0.46) และผลการปฏิบัติงานตามบริบทอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.15, S.D. = 0.58) อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างของพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 31 - 40 ปี และมีประสบการณ์การทำงานหออผู้ป่วยใน 10 ปีขึ้นไปมากที่สุด ซึ่งถือว่าเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับผู้เชี่ยวชาญในการปฏิบัติงาน (Expert)²⁰ มีขีดความสามารถในการปฏิบัติงานสูง นอกจากนี้ผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ มีความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย สภาการพยาบาลจึงกำหนดให้พยาบาลวิชาชีพต้องให้การดูแลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล และมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ทุกโรงพยาบาลต้องให้ความสำคัญในด้านการบริการผู้ป่วยที่มีคุณภาพ มีการประเมินคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (Nursing Quality Assessment: NQA) เพื่อกระตุ้น ส่งเสริม และสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เป็นการต่อยอดการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล อ้างอิงไว้ซึ่งผลของการพัฒนาเชิงประจักษ์ ให้โรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพบริการในทุกกระบวนการ อีกประการคือ การประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ในการปรับขึ้นเงินเดือน การประเมินเพื่อเลื่อนตำแหน่งสูงขึ้น ต้องประเมินจากผลการปฏิบัติงานจึงมีส่วนทำให้พยาบาลวิชาชีพต้องปฏิบัติตามการพยาบาลตามมาตรฐาน เพื่อให้ผ่านเกณฑ์การประเมินจึงทำให้ผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับมาก ผลการวิเคราะห์ข้อมูลรายด้าน พบว่า พยาบาลวิชาชีพให้ความสำคัญในด้านผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่มากกว่าผลการปฏิบัติงานตามบริบท อาจเป็นเพราะผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่เป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพที่ส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยตรง เนื่องด้วยบริบทของโรงพยาบาลศูนย์ ภาระงานของพยาบาลค่อนข้างมาก ต้องทำงานแข่งกับเวลา การให้การพยาบาลจึงมุ่งเน้นไปที่ผู้ป่วยในเรื่องการให้ข้อมูลโรค การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิม มากกว่าการแสดงพฤติกรรมช่วยเหลือ ให้กำลังใจพยาบาลในหออผู้ป่วย การอาสาเข้าร่วมกิจกรรมของโรงพยาบาล เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ที่ยังไม่ได้ขึ้นตำแหน่งบริหาร ต้องปฏิบัติหน้าที่ในเวรเช้า บ่าย ดึก การเข้าไปเป็นคณะกรรมการของโรงพยาบาลจึงไม่สะดวก จึงทำให้ระดับของผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพสูงกว่าระดับของผลการปฏิบัติงานตามบริบท สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชุติกากัญจน์ จำลองกุล²¹ ศึกษาโมเดลความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ความยืดหยุ่น ผูกพันในงานและผลการปฏิบัติงานของหัวหน้าหออผู้ป่วยโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่ (Task performance) อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.16, S.D. = 0.62)

4. ความยืดหยุ่นผูกพันในงานและภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหออผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพมีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ อภิปรายได้ ดังนี้

ความยืดหยุ่นผูกพันในงานมีอิทธิพลโดยตรงต่อผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยสามารถพยากรณ์ผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 44.6 อภิปรายได้ว่าหากพยาบาลวิชาชีพมีความรู้สึกผูกพันในงานสูงจะมีความทุ่มเทให้กับงานที่ทำ เสียสละเวลา แรงกาย แรงใจ และกำลังสติปัญญา มีสมาธิในการปฏิบัติงาน พร้อมทั้งจะอุทิศตน มีความภาคภูมิใจในงานที่ทำ มีแรงบันดาลใจ มีความกระตือรือร้น และมีความสุขในการทำงาน ทำให้พยาบาลวิชาชีพพร้อมที่จะให้การดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ลดโอกาสการเกิดอุบัติเหตุไม่พึงประสงค์จากการให้การพยาบาลที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดผลการปฏิบัติงานสูงขึ้น ทั้งในมิติของการดูแลรักษาพยาบาล การให้ข้อมูล การให้การสนับสนุน ตลอดจนการประสานงานการดูแลกับทีมสุขภาพ มีการพัฒนาตนเอง เหล่านี้ล้วนนำมาสู่ผลการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ เกิดผลลัพธ์การปฏิบัติงานที่ดี และบรรลุเป้าหมายในการปฏิบัติงาน⁹ สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณช วงศ์เจริญ และคณะ¹⁰ ที่ได้ศึกษาโมเดลความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ความยืดหยุ่นผูกพันในงานกับผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน พบว่าความยืดหยุ่นผูกพันในงานมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อผลการปฏิบัติงาน ($\beta = .48, p < .01$)



ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลโดยตรงต่อผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยสามารถพยากรณ์ผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 3.50 อภิปรายได้ว่า คุณลักษณะหรือพฤติกรรมภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงเป็นปัจจัยสำคัญต่อประสิทธิภาพขององค์กร เนื่องจากมุ่งเน้นการจูงใจ เสริมสร้างแรงบันดาลใจ การกระตุ้นทางปัญญา และการสนับสนุนรายบุคคล เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงทางบวกภายในองค์กร เพิ่มศักยภาพของผู้ปฏิบัติงาน จะสามารถส่งเสริมความผูกพันในงาน การทำงานเป็นทีมและสร้างบรรยากาศในการทำงานที่เอื้อต่อประสิทธิภาพและผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ⁷ หากหัวหน้าหอผู้ป่วยมีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง โดยมีกระบวนการในการวางแผน มีการกำหนดเป้าหมายและวิสัยทัศน์ที่ชัดเจน เป็นแบบอย่างที่ดี และมีความเพียรพยายามในการปฏิบัติงาน เพื่อบริหารจัดการให้มีผลการปฏิบัติงานที่ดียิ่งขึ้นกว่าเดิม มีการควบคุมตรวจสอบการปฏิบัติงาน ทั้งเชิงป้องกันและช่วยแก้ปัญหาในการปฏิบัติงาน ตลอดจนปรับปรุงผลการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง กระบวนการดังกล่าวจะส่งผลต่อผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยที่สูงขึ้น หัวหน้าหอผู้ป่วยมีบทบาทเป็นผู้ติดตามผลการปฏิบัติงาน สนับสนุน เป็นที่ปรึกษาช่วยเหลือเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมายของหอผู้ป่วย²² ภาวะผู้นำที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบบริการคือภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากปัจจุบัน องค์กรมีการแข่งขันและต้องปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่องภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงจึงมีอิทธิพลผล สามารถจูงใจ โน้มน้าวผู้ตามให้เกิดความเชื่อและเห็นคุณค่าขององค์กร สร้างแรงจูงใจให้เกิดแรงบัลดาลใจ ให้ผู้ตามทำงานโดยมุ่งที่เป้าหมายเป็นสำคัญ ดังนั้น ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงสามารถทำให้ผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพดีขึ้น ส่งผลให้องค์กรเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล²¹ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชูติกาญจน์ จำลองกุล²¹ ที่พบว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงาน สามารถทำนายผลการปฏิบัติงานได้ร้อยละ 73 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .01$

ข้อจำกัดการวิจัย

การเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีการเก็บเฉพาะพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศูนย์ เขตสุขภาพที่ 2 เท่านั้น จึงอาจส่งผลต่อการนำผลการวิจัยไปใช้เทียบเคียงกับโรงพยาบาลศูนย์ที่มีขนาดใหญ่กว่า หรือโรงพยาบาลที่มีขนาดเล็กกว่า ซึ่งมีระบบการบริหารจัดการทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยที่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรส่งเสริมสนับสนุนการสร้างคามยึดมั่นผูกพันในงานเพื่อก่อให้เกิดผลการปฏิบัติงานที่สูงขึ้น แก่พยาบาลวิชาชีพ โดยแสดงภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ในด้านการจูงใจด้วยการสร้างแรงบันดาลใจ เปิดโอกาสให้พยาบาลวิชาชีพ ปรับปรุงพัฒนาผลการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง ทำให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานด้วยพลังในการทำงานอย่างเต็มเปี่ยม เป็นที่ปรึกษาในการปฏิบัติงาน ช่วยให้เกิดความสัมพันธ์อันดีระหว่างพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย เกิดความยึดมั่นผูกพันในงาน และยังเป็นการส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพมีผลการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพมากขึ้น

2. ควรส่งเสริมให้หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการแสดงออกถึงการมีเป้าหมายในการทำงานที่ชัดเจน มีวิสัยทัศน์ในการทำงาน มีจริยธรรม หลีกเลี่ยงการใช้อำนาจเพื่อประโยชน์ส่วนตน เป็นแบบอย่างในการเป็นผู้นำทางการพยาบาล อันจะส่งผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ทำให้เกิดความร่วมมือการปฏิบัติงานนำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมาย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ความยึดมั่นผูกพันในงานของพยาบาลวิชาชีพและภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ .694 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ควรทำการศึกษาดูแปรอื่น ๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานเพิ่มเติม เช่น การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self - efficacy) บรรยากาศองค์กร (Organization climate) และความฉลาดทางจิตวิญญาณ (Spiritual intelligence) เป็นต้น



กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่สนับสนุนให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

References

1. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Tertiary healthcare service system standards (regional/general hospitals) [Internet]. Bangkok: Ministry of Public Health; 2020 [cited 2025 May 4]. Available from: <http://ops.moph.go.th> (in Thai)
2. Koopmans L, Bernhards CM, Hildbrandt VH, Vet HCW, Berk AJ. Construct validity of the individual work performance questionnaire. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2014;56(3):331-7. doi: 10.1097/JOM.000000000000113
3. Sawaengdee K. Crisis of nursing shortage in health service facilities under office of permanent secretary, ministry of public health: Policy recommendations. *Journal of Health Science*. 2017;26(2):456-68. (in Thai)
4. Sawaengdee K, Ruangrattana-trai W, Hanworawongchai P, Kajeena A. Analyses of workload and productivity of 12 public hospital in region 2 of Thailand. *Journal of Health Science*. 2015;24(4):741-50. (in Thai)
5. Thailand Nursing and Midwifery Council. Professional standards for nursing and midwifery. Bangkok: Thailand Nursing and Midwifery Council; 2021. (in Thai)
6. Greenslade JH, Jimmieson NL. Distinguishing between task and contextual performance for nurses: Development of a job performance scale. *Journal of Advanced Nursing*. 2007;58(6):602-11. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04256.x.
7. Bass BM, Avolio BJ. Improving organizational effectiveness through transformational leadership. London: Sage Publications; 1994.
8. World Health Organization. State of the world's nursing 2020: Investing in education, jobs and leadership. Geneva: WHO; 2020.
9. Schaufeli WB, Bakker AB. Defining and measuring work engagement: Bringing clarity to the concept. In: Bakker AB, Leiter MP, editors. *Work engagement: A handbook of essential theory and research*. New York: Psychology Press; 2010. p. 10–24. doi:10.4324/9780203853047
10. Wongcharoen W, Singchungchai P, Wongkhomthong PS, Meehanpong P. The structural equation model of leadership of in-patient unit head nurses as perceived by professional nurses, nurses' work engagement, and job performance of professional nurses in community hospitals. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2018;19:97-106. (in Thai)
11. Bargagliotti L. Work engagement in nursing: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2012;68:1414-28. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05859.x
12. Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Public health statistics report 2022 [Internet]. Bangkok: Ministry of Public Health; 2022 [cited 2025 May 4]. Available from: <https://spd.moph.go.th/public-health-statistics/> (in Thai)



13. Thailand Nursing and Midwifery Council. Strategic plan of the Thailand Nursing and Midwifery Council 2014–2018 [Internet]. Bangkok: TNMC; 2014 [cited 2025 May 5]. Available from: <https://www.tnmc.or.th/news/107> (in Thai)
14. Avolio BJ, Bass BM. Full Range Leadership Development: Manual for Multifactor Leadership Questionnaire. Palo Alto, California, USA: Mind Garden; 1997.
15. Schaufeli WB, Bakker AB, Salanova M. The measurement of work engagement with a short questionnaire. *Educational and Psychological Measurement*. 2006;66(4):701-16. doi.org/10.1177/0013164405282471
16. Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. Measurement in nursing and health research. 4th ed. New York: Springer Publishing Company; 2010.
17. Thato R. Nursing research: Concepts to application. 4th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2018. (in Thai)
18. Ibrahim SAE, Sayed RIE, Attala MM, Elmezin NK. Relationship between Head nurses' Leadership Styles and Staff Nurses' Job Performance. *IOSR Journal of Nursing and Science*. 2016;5(1):66-74. doi:10.9790/1959-05146674
19. Maneenop K. The relationship between transformational leadership of head nurses and job satisfaction among professional nurses in community hospitals, Sakon Nakhon Province [Master's thesis]. Chonburi: Burapha University; 2015. (in Thai)
20. Benner P. From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. *The American Journal of Nursing*. 1984;84(12):1480. doi:10.1097/00000446-198412000-00025
21. Jamlongkun C. The relationship model among transformational leadership, work engagement, and job performance of head nurses in general hospitals under ministry of public health. [Doctoral dissertation of nursing management]. Nakhonpathom: Christian University; 2020. (in Thai)
22. Thailand Nursing Council. Nursing workforce situation report 2022. Bangkok: Bureau of Nursing Service System Administration, Ministry of Public Health; 2022. (in Thai)



ผลของโปรแกรมการจัดการเครื่องมือผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องผ่านคิวอาร์โคดต่อการรับรู้ การจัดเตรียมเครื่องมือของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

นารี ไชยศิริ พย.บ.¹

เพชรน้อย สิงห์ช้างชัย ปร.ด.²

กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร ส.ด.³

(วันรับบทความ :28 พฤษภาคม พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ :15 กรกฎาคม พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ :21 กรกฎาคม พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

ความสำคัญของการจัดเตรียมเครื่องมือในห้องผ่าตัด พยาบาลในห้องผ่าตัดต้องมีความรู้ความชำนาญในการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัด และควรมีการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติในการเตรียมเครื่องมือผ่าตัด เพื่อให้พยาบาลทุกคนมีแนวทางการปฏิบัติ การเตรียมเครื่องมือในห้องผ่าตัดเป็นมาตรฐานเดียวกันเกิดปัญหาความผิดพลาดที่เกิดจากความไม่พร้อมของการเตรียมเครื่องมือผ่าตัด ผู้วิจัยในฐานะเป็นผู้บริหารจึงตระหนักความสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความรู้การจัดการเครื่องมือผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องผ่านคิวอาร์โคด การวิจัยแบบกึ่งทดลอง วัดผลก่อนและหลังแบบสองกลุ่ม การทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนน การรับรู้การจัดการเครื่องมือผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการเครื่องมือผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องผ่านคิวอาร์โคด กลุ่มควบคุมที่ได้รับโปรแกรมการจัดการเครื่องมือผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องกลุ่มทดลองได้รับการสอนตามปกติ คือ การนิเทศหน้างานในการสอน กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดสองแห่ง จำนวน 66 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 33 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการจัดการเครื่องมือผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องผ่านคิวอาร์โคด และแบบสอบถามการรับรู้การจัดการเครื่องมือผ่าตัด คุณภาพเครื่องมือได้ค่าความตรงของเนื้อหาของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.80 ค่าความเที่ยงวิธีครอนบาสแอลฟาได้ค่าเท่ากับ 0.96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอ้างอิง Independent t-test และ Dependent t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การจัดการเครื่องมือผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับดีมากและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และยังพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยไปยำน้อยหลังทดลองอยู่ในระดับมากและ สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลในห้องผ่าตัดควรมีการใช้แนวคิดการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์อย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะพยาบาลใหม่หรือพยาบาลที่มีการเปลี่ยนหมุนเวียนต่างแผนกควรมีโปรแกรมการจัดการเครื่องมือผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องผ่านคิวอาร์โคดในหน่วยงานที่ส่งผลต่อความปลอดภัย ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการพยาบาล

คำสำคัญ: การจัดการเครื่องมือผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง คิวอาร์โคด การจัดการเครื่องมือผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัด

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล

¹นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

²ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

²ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: professorpechnoy@gmail.com Tel: 089-8797469



Effects of a QR Code-Based Cesarean Section Surgical Instrument Management Program on Operating Room Nurses' Perception of Instrument Preparation at a Tertiary Hospital

Naree Chaisiri B.N.S.¹

Phechnoy Singchangchai Ph.D.²

Kannikar Chatdokmaiprai Dr.P.H.³

(Received Date: May 28, 2025, Revised Date: July 15, 2025, Accepted Date: July 21, 2025)

Abstract

The importance of surgical instrument preparation in the operating room requires operating room nurses to have knowledge and expertise in preparing surgical instruments. There should be standardized practice guidelines for surgical instrument preparation so that all nurses follow the same standard procedures for instrument preparation in the operating room to prevent errors caused by inadequate preparation of surgical instruments. As an administrator, the researcher recognizes the importance of developing a knowledge program for cesarean section surgical instrument management through the use of QR codes. This quasi-experimental research with a two-group, pre-post design aimed to compare the perception scores for surgical instrument management among operating room nurses between an experimental group that received the QR code-based cesarean section surgical instrument management program and a control group that received the conventional cesarean section surgical instrument management program. The experimental group received routine teaching through on-the-job supervision. The sample consisted of 66 professional operating room nurses from two hospitals who divided into experimental and control groups of 33 nurses each. The research instruments included a QR code-based cesarean section surgical instrument management program and a questionnaire on the perception of surgical instrument management. The instrument quality showed a content validity of 0.80 and Cronbach's alpha reliability coefficient of 0.96. Data analysis used descriptive statistics, including frequencies, percentages, means, standard deviations, and inferential statistics, including independent t-tests and dependent t-tests.

The research findings showed that, after participating in the program, the experimental group had overall mean scores for perception of surgical instrument management at a very good level, which was significantly higher than the control group at the .05 statistical significance level. Additionally, the experimental group's mean scores after the experiment were at a high level and significantly higher than before the experiment at the .05 statistical significance level. This research indicates that nursing administrators in operating rooms should continuously apply human resource development concepts, particularly for new nurses or nurses rotating between departments. They should implement QR code-based cesarean section surgical instrument management programs in units to improve safety, efficiency, and effectiveness of nursing care.

Keywords: cesarean section surgical instrument management, qr code, surgical instrument preparation, operating room nurses

This article is part of the thesis of Master of Nursing Science program in Nursing Management

¹Student of Master of Nursing Science program in Nursing Management, Faculty of Nursing, Christian University

²Professor, Faculty of Nursing, Christian University

³Assistant Professor, Faculty of Nursing, Christian University

²Corresponding Author, Email: professorpechnoy@gmail.com Tel: 089-8797469



บทนำ

การบริหารในองค์กรสุขภาพต้องมีการบริหารความปลอดภัย โดยเฉพาะความปลอดภัยของผู้ป่วยเมื่อเข้ารับการผ่าตัด สิ่งที่ต้องคำนึงถึงที่สำคัญที่สุดคือ ผู้ป่วยผ่าตัดปลอดภัย (Safe surgery saves lives)¹ พยาบาลห้องผ่าตัด (Perioperative Nurse) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดหรือหัตถการอื่น ๆ สำหรับพยาบาลในห้องผ่าตัดต้องมีความรับผิดชอบผู้ป่วย ทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด² ดังนั้น พยาบาลในห้องผ่าตัดต้องมีความรู้เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับการจัดการเครื่องมือ หรือความพร้อมการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัด³ โรงพยาบาลแต่ละแห่งจึงมีการนำมาตรการด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยมาใช้ในห้องผ่าตัด (Operating room: OR) อย่างแพร่หลาย ทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากการผ่าตัดมากที่สุด¹

สำหรับขั้นตอนการปฏิบัติก่อนการผ่าตัดนั้น (Perioperative practice) การเตรียมเครื่องมือผ่าตัดถือเป็นการบริหาร ที่สำคัญอย่างยิ่ง คือการจัดเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์และเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ให้พร้อมใช้ เป็นบทบาทและหน้าที่สำคัญของพยาบาล ห้องผ่าตัดที่ต้องมี เพื่อให้แพทย์ดำเนินการผ่าตัดได้อย่างราบรื่น ลดระยะเวลาในการรอคอยเครื่องมือ ลดการสูญเสียเวลาในการผ่าตัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัจจุบันการผ่าตัดมีการใช้เครื่องมือ อุปกรณ์และเวชภัณฑ์ต่าง ๆ หลากหลายบางชนิดมีราคาแพง มีแพทย์และพยาบาลต่างแผนกหมุนเวียนเข้ามาปฏิบัติงานที่ห้องผ่าตัดอย่างสม่ำเสมอ หากเกิดความผิดพลาดและทำให้แพทย์ต้องรอ คอยเครื่องมือ ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับบาดเจ็บความรู้สึกลำบากขึ้น มีผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เกิดการสูญเสียของ เครื่องมือที่เปิดใช้งานผิด สูญเสียค่าใช้จ่ายเกินความจำเป็นของทั้งโรงพยาบาลและผู้ป่วย และเกิดความไม่พึงพอใจของแพทย์ผ่าตัด และบุคลากรในทีม⁵ จากความสำคัญของการจัดการการเตรียมเครื่องมือในห้องผ่าตัดดังกล่าวข้างต้น พยาบาลในห้องผ่าตัด จึงต้องมีความรู้ความชำนาญในการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัด และควรมีการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติในการเตรียมเครื่องมือผ่าตัด เพื่อให้พยาบาลทุกคนมีแนวทางการปฏิบัติการเตรียมเครื่องมือในห้องผ่าตัดเป็นมาตรฐานเดียวกัน สอดคล้องกับมาตรฐาน โรงพยาบาลและการบริการสุขภาพ¹ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีการวางแผนล่วงหน้า (Elective cases) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตามสถิติจากกระทรวงสาธารณสุขที่ระบุว่าอัตราการผ่าตัดคลอด ปีพ.ศ. 2565 เท่ากับ ร้อยละ 37.64 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 42.36 ในปี พ.ศ. 2566 และร้อยละ 42.69 ในปี พ.ศ. 2567 การพัฒนาโปรแกรมเพื่อเสริมสร้าง ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐานการเตรียมพร้อมเครื่องมือผ่าตัดจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งทั้งนี้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพยาบาลลดความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นและส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างสูงสุด⁶

โรงพยาบาลตติยภูมิสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ทำการศึกษานี้ เป็นโรงพยาบาลที่มีขนาด 800 เตียง ให้บริการทั้งระบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกตลอด 24 ชั่วโมง มีขอบเขตการให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดทุกระบบ ทั้งภาวะปกติ และภาวะฉุกเฉิน วิกฤติ ทุกโรคทางศัลยกรรมระดับตติยภูมิ มีศูนย์ความเชี่ยวชาญด้านการ ผ่าตัดหัวใจ มะเร็ง อุบัติเหตุ เด็กเล็ก และทารกแรกเกิด ห้องผ่าตัด มีพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด 80 คน ปัจจุบันโรงพยาบาลดังกล่าวมีห้องผ่าตัดที่รองรับการผ่าตัดคลอด การผ่าตัดหามันและผ่าตัด มดลูก 3 ห้อง แต่มีพยาบาลจำนวนเพียง 7 คน ในแผนกสูติกรรม ซึ่งเป็นอัตราค่าจ้างที่ไม่เพียงพอ และจำเป็นต้องให้พยาบาล ห้องผ่าตัดแผนกอื่น และพยาบาลจบใหม่มาช่วยเสริมอัตราค่าจ้างเกิดปัญหาการปฏิบัติงานที่ไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน และการนิเทศ พยาบาลที่จบใหม่ของโรงพยาบาลตติยภูมินี้ใช้วิธีการมอบหมายให้พยาบาลพี่เลี้ยงเป็นผู้ให้ความรู้เรื่องการเตรียมและส่งเครื่องมือ ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง อย่างไรก็ตามพบปัญหาว่ามีการจัดเตรียมเครื่องมือล่าช้าและจัดเตรียมไม่ถูกต้อง พยาบาลพี่เลี้ยงไม่มีเวลา ในการให้ความรู้หรือสอนทักษะการปฏิบัติแก่พยาบาลในการผ่าตัดและการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัด เนื่องจากภาระงานที่มากจากมี จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดในแต่ละวันมาก สอดคล้องกับหลายโรงพยาบาลที่พบปัญหาในการฝึกอบรมพยาบาลให้มีความรู้และทักษะใน การพยาบาล เช่น พยาบาลส่วนใหญ่ ไม่มีเวลาในการเข้ารับการอบรม มีข้อจำกัดในการส่งพยาบาลเข้าอบรมทำให้พยาบาลแต่ละ หน่วยงานไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ทุกเรื่องและพยาบาลไม่สามารถเข้าอบรมได้ครบทุกคน^{7,8}

นอกจากนี้ยังพบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบเดิมมีข้อจำกัด หลายประการเช่นใช้เอกสารเป็นรูปเล่มหนา ๆ ซึ่งเป็นบันทึกที่ถ่ายทอดจากประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละคนที่ส่งผลให้ การสอนขาดความเป็นมาตรฐานและไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกันสิ่งนี้มักสร้างความสับสนให้แก่ผู้เรียนโดยเฉพาะพยาบาลจบใหม่ที่ไม่มี



ประสบการณ์ในการเตรียมเครื่องมือและพยาบาลหมุนเวียนที่จำการเตรียมเครื่องมือไม่ได้ ประกอบกับสัปดาห์ที่ผ่านมาทำการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มาจากหลากหลายสถาบันและมีความหลากหลายในการใช้วัสดุ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์และเครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัด และเทคนิคการปฏิบัติในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่แตกต่างกันไป จึงทำให้เกิดเหตุการณ์ความผิดพลาดในขณะปฏิบัติงาน เช่น การเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์และเครื่องมือผิดหรือไม่ครบถ้วน ทำให้กระบวนการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ชะงักผู้ป่วยได้รับยา ระวังความรู้สึกนานกว่าเดิมหรือเกิดการปนเปื้อนเชื้อโรค (สถิติความผิดพลาดจากการปฏิบัติงานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลตติยภูมิ) ในการศึกษาคิวอาร์โค้ด (QR Code) ได้รับการประยุกต์ใช้อย่างกว้างขวางในวงการการศึกษา โดยสามารถนำมาใช้ในหลายรูปแบบ ที่ช่วยอำนวยความสะดวกและเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนการสอน ซึ่งช่วยลดขั้นตอนการกรอกข้อมูลและทำให้การดำเนินการ รวดเร็วขึ้น คิวอาร์โค้ดสามารถนำไปใช้ในการจัดเก็บข้อมูลสื่อการสอน เช่น แบบฝึกหัด วิดีโอการสอน หรือเอกสารอ้างอิงในรูปแบบดิจิทัล ซึ่งผู้เรียนสามารถสแกนคิวอาร์โค้ด เพื่อเข้าถึงเนื้อหาการเรียนรู้เพิ่มเติมได้ทันที โดยไม่ต้องเปิดเว็บไซต์หรือค้นหาข้อมูลด้วยตนเอง ช่วยให้ผู้ใช้สามารถเข้าถึงข้อมูลได้สะดวกและรวดเร็ว การใช้คิวอาร์โค้ดในการพัฒนาความรู้ความเข้าใจช่วยให้กระบวนการต่าง ๆ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและสะดวกมากขึ้น ทั้งในด้านการจัดการข้อมูลและการสื่อสารระหว่างผู้เรียนและผู้ถ่ายทอดความรู้ ผลการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจุบันพยาบาลที่เรียนรู้ผ่านคิวอาร์โค้ดสามารถอ่านผ่านทางอินเทอร์เน็ตและสามารถเลือกอ่านได้ตามความสนใจ⁹ และทำให้ปฏิบัติได้ถูกต้องหรือไม่ ควรเพิ่มเนื้อหาประเด็นนี้ด้วยเพราะเป็นตัวแปรตามหรือผลลัพธ์ที่ผู้วิจัยต้องการ

จากประเด็นปัญหาการจัดการเครื่องมือผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของพยาบาลในห้องผ่าตัดและปัญหาความผิดพลาดที่เกิดจากความไม่พร้อมของการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะเป็นผู้บริหารจึงตระหนักความสำคัญในการพัฒนา โปรแกรมการจัดการเครื่องมือผ่าตัดร่วมกับการใช้คิวอาร์โค้ด เนื่องจากปัจจุบันเทคโนโลยีได้เข้ามามีบทบาทและเป็นส่วนหนึ่งในการใช้ชีวิตประจำวันมากขึ้น และการนำเทคโนโลยีมาใช้ทำเอกสารให้เป็นเอกสารทางอิเล็กทรอนิกส์ โดยการเข้าถึงข้อมูล โดยการผ่านคิวอาร์โค้ดนั้น จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานเข้าถึงความรู้ที่รวดเร็วและสะดวกต่อการทำงาน สามารถใช้งานได้ทันทีและมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การจัดการเตรียมเครื่องมือผ่าตัด ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมความรู้การจัดการเครื่องมือผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องผ่านคิวอาร์โค้ด
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การจัดการเตรียมเครื่องมือผ่าตัด หลังการทดลองระหว่างที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความรู้การจัดการเครื่องมือผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องผ่านคิวอาร์โค้ด และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการปฏิบัติตามปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การจัดการเครื่องมือผ่าตัด หลังการได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการจัดการเครื่องมือผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องผ่านคิวอาร์โค้ด
2. ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การจัดการเครื่องมือผ่าตัด กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

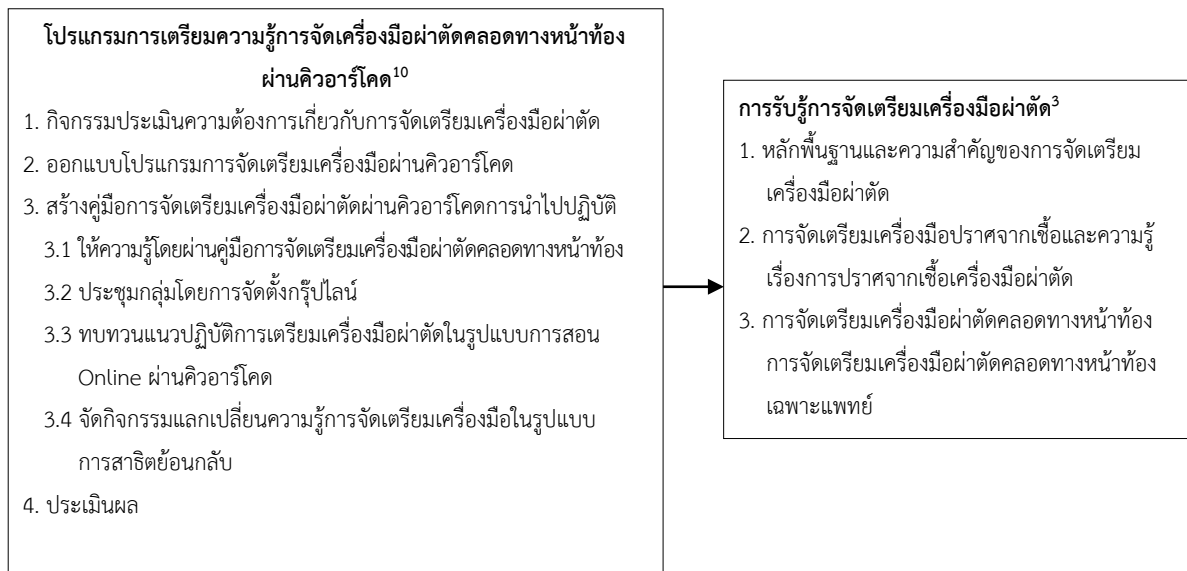
ขอบเขตการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการเครื่องมือผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องผ่านคิวอาร์โค้ด ตัวแปรตามคือ การรับรู้การจัดการเตรียมเครื่องมือของพยาบาลห้องผ่าตัด ประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการรับรู้ของพยาบาลตามแนวคิด De Simone et al.¹⁰ ประชากรและสถานที่ในการศึกษา ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ด้านระยะเวลาในการทำวิจัย การใช้โปรแกรมการเตรียมความรู้การจัดการเครื่องมือผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องผ่านคิวอาร์โค้ด ระยะเวลาในการทำวิจัย ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2568



กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้การบูรณาการแนวคิด De Simone et al.¹⁰ ได้นำเสนอแนวคิดว่า การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Development: HRD) เป็นกระบวนการที่ดำเนินการอย่างเป็นลำดับขั้นตอน โดยมีองค์ประกอบสำคัญคือการฝึกอบรม (Training) ซึ่งสามารถดำเนินงานตามแบบจำลอง 4 ขั้นตอน ที่เรียกว่า “ADIME” ดังรายละเอียดต่อไปนี้ 1) การประเมินความต้องการ (Needs Assessment) 2) การออกแบบ (Design) 3) การนำไปปฏิบัติ (Implementation) 4) การประเมินผล (Evaluation)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดผลของโปรแกรมการจัดการเครื่องมือผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องผ่านคิวอาร์โคดต่อการรับรู้การจัดเตรียมเครื่องมือของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรม (Two Group Pretest-posttest Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการเครื่องมือผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องผ่านคิวอาร์โคด ต่อการรับรู้การจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งระหว่าง 19 กุมภาพันธ์ - 31 มีนาคม พ.ศ. 2568 ศึกษา ณ ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ทำการศึกษานี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดจำนวน 80 คน ในโรงพยาบาลที่มีบริบทเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิเหมือนกันและมีการสอนการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดที่คล้ายคลึงกัน

กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดโรงพยาบาลตติยภูมิ จำนวน 66 คน คำนวณตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูป¹¹ กำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.05 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้จากการสำรวจประชากรทั้งหมดร้อยละ 5 และระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 66 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 33 คน โดยเลือกเก็บข้อมูลกับพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลตติยภูมิเหมือนกัน กลุ่มทดลอง คือ กลุ่มผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ได้รับโปรแกรมการจัดการเครื่องมือผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องผ่านคิวอาร์โคด



ส่วนกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ คือ การนิเทศหน้างานในการสอน เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

พยาบาลวิชาชีพในห้องผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดใช้แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมของเครื่องมือผ่าตัดในโรงพยาบาลตติยภูมิที่ศึกษา สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดกระบวนการของการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานที่อยู่ในระหว่างการลาพักร้อน หรือลาอบรม หรือลาป่วย หรือ ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ครบกระบวนการของการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภท ได้แก่ โปรแกรมที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 โปรแกรมการจัดการเครื่องมือผ่าตัดตลอดทางหน้าท้องผ่านคิวอาร์โคด โปรแกรมการจัดการเครื่องมือผ่าตัดตลอดทางหน้าท้องผ่านคิวอาร์โคด ดังนี้ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพัฒนาการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ประชุมกลุ่มโดยการจัดตั้งกลุ่มไลน์ กลุ่มทดลองจำนวน 33 คน เพื่อประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สร้างความรู้และ ความเข้าใจ แก่กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโปรแกรม และทำแบบสอบถามประเมินความรู้

สัปดาห์ ที่ 2 หลังจากกลุ่มทดลองทำแบบสอบถามประเมินความรู้ เริ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน โดยจัดส่งคิวอาร์โคด ที่มีคู่มือการเตรียมความพร้อมของการจัดเตรียมเครื่องมือในห้องผ่าตัด ให้กับกลุ่มทดลองผ่านกลุ่มไลน์หลังจากนั้นผู้ศึกษาทำการสรุปประเด็นปัญหา และร่วมจัดทำคู่มือแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมของการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัด โดยจัดเก็บและเข้าถึงได้ง่าย ได้แก่ QR code กำหนดเนื้อหาการให้ความรู้ด้านการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดผ่าน สื่อการสอน online QR code และเยี่ยมชมตรวจทางโรงพยาบาลและนัดเวลาการสอน

สัปดาห์ ที่ 3-4 ผู้วิจัยทบทวนการใช้คู่มือแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมเครื่องมือผ่าตัดร่วมกับการใช้แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมเครื่องมือผ่าตัด ในกลุ่มตัวอย่าง ผ่านการสอนแบบเดิม ในรูปแบบ การนิเทศหน้างาน เพื่อนำความรู้และทักษะมาแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนความรู้ ที่ได้จากการสอนไปกำกับ ติดตาม การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมเครื่องมือผ่าตัด

สัปดาห์ที่ 5 จัดอภิปรายกลุ่ม ชี้แจงวัตถุประสงค์ ผู้วิจัยเสนอรายละเอียดที่ได้จากการกำกับ ติดตาม เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอภิปรายได้ทราบถึงข้อมูลการสอนที่พบปัญหาที่พบ ข้อเสนอแนะจากพยาบาล อภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ด้วยการให้ผู้ร่วมอภิปรายแสดงความคิดเห็น รวมทั้งปัญหา อุปสรรค การแก้ไขปัญหา การทบทวน ข้อเสนอแนะ ที่พบจากการปฏิบัติการ บอกจุดอ่อนและจุดแข็งของตัวเอง เพื่อเสนอแนะแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมของเครื่องมือผ่าตัด ที่เหมาะสม ซึ่งจะเป็นประโยชน์กับพื้นที่ผู้รับการนิเทศและเป็นข้อมูลในการปรับปรุงแก้ไข

สัปดาห์ที่ 6 ประมวลผลการเรียนรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ส่งรูปแบบประเมินการรับรู้การเตรียมความพร้อมของเครื่องมือผ่าตัด

1.2 คู่มือหลักพื้นฐานการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดการจัดเตรียมเครื่องมือปราศจากเชื้อและความรู้เรื่องการปราศจากเชื้อเครื่องมือผ่าตัดการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัด ตลอดทางหน้าท้องการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดตลอดทางหน้าท้องเฉพาะแพทย์ในรูปแบบคิวอาร์โคด



2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท ได้แก่

2.1 แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ลักษณะคำถามเป็นคำถามชนิดปลายปิด (Close-end response question) และเติมข้อความสั้น ๆ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ ประสบการณ์การทำงาน ในห้องผ่าตัดแผนกที่ปฏิบัติหน้าที่ในปัจจุบัน และประสบการณ์การฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางห้องผ่าตัด จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัดการรับรู้การจัดเตรียมเครื่องมือของพยาบาลห้องผ่าตัด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยศึกษาตามมาตรฐานห้องผ่าตัด³ ลักษณะคำถามเป็นคำถามชนิดปลายปิด (Close-end response question) ประยุกต์ใช้ตามแนวคิดกระบวนการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์¹⁰ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านหลักพื้นฐานการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดจำนวน 4 ข้อ ด้านการจัดเตรียมเครื่องมือปราศจากเชื้อและความรู้เรื่องการปราศจากเชื้อเครื่องมือผ่าตัด จำนวน 6 ข้อ ด้านการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดตลอดทางหน้าห้องการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดตลอดทางหน้าห้อง เฉพาะแพทย์ จำนวน 4 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่

5 คะแนน	หมายถึง การรับรู้การจัดเตรียมเครื่องมือระดับมากที่สุด
4 คะแนน	หมายถึง การรับรู้การจัดเตรียมเครื่องมือระดับมาก
3 คะแนน	หมายถึง การรับรู้การจัดเตรียมเครื่องมือระดับปานกลาง
2 คะแนน	หมายถึง การรับรู้การจัดเตรียมเครื่องมือระดับน้อย
1 คะแนน	หมายถึง การรับรู้การจัดเตรียมเครื่องมือระดับน้อยที่สุด

แปลผลคะแนนดังนี้ ดังนี้

ช่วงคะแนน 4.50-5.00	หมายถึง มีการรับรู้ระดับมากที่สุด
ช่วงคะแนน 3.50-4.49	หมายถึง มีการรับรู้ระดับมาก
ช่วงคะแนน 2.50-3.49	หมายถึง มีการรับรู้ระดับปานกลาง
ช่วงคะแนน 1.50-2.49	หมายถึง มีการรับรู้ระดับน้อย
ช่วงคะแนน 1.00-1.49	หมายถึง มีการรับรู้ระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหา (Contents Validity) ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการค้นคว้าจากแนวคิดและทฤษฎีการเตรียมความรู้การจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัด แนวคิดและทฤษฎี/หลักการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ร่วมกับการใช้แนวปฏิบัติการเตรียมเครื่องมือผ่าตัด และเอกสารที่เกี่ยวข้อง และนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษา และผู้เชี่ยวชาญ ด้านการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด รวม 3 ท่านพิจารณาตรวจสอบแก้ไข และนำมาปรับปรุงเพื่อให้มีเนื้อหา และข้อคำถามต่าง ๆ ตรงกับกรอบแนวคิด ในการศึกษาที่ต้องการวัด แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง พิจารณาความครอบคลุมและความสอดคล้องระหว่างสาระคำถามและสาระของมิติที่วัดความถูกต้องของแบบสอบถาม หลังจากนั้นนำผลการพิจารณาหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา รายข้อ (Item content validity index) และความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (Scale Content validity for scale) จากการหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา รายข้อและผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง ท่านได้พิจารณาได้ค่า CVI = 0.96

2. การตรวจสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นมาไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัด ที่มีลักษณะใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่าง โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง จำนวน 15 ชุด วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้วยค่าครอนบาคัลฟา ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม การเตรียมความพร้อมของเครื่องมือผ่าตัดกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับ ได้ตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.80



การเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการศึกษานี้มีขั้นตอนการเตรียมการและขั้นตอนการดำเนินการ

1. ขั้นตอนการเตรียมการ

- 1) ผู้วิจัยทำเรื่องขออนุญาตหนังสือรับรองจริยธรรมในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยคริสเตียน
- 2) ผู้วิจัยนำหนังสือรับรองจริยธรรม และหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล จากมหาวิทยาลัยคริสเตียน เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งหนึ่งที่ศึกษา และโรงพยาบาลตติยภูมิที่มีบริบทเหมือนกับโรงพยาบาลที่ศึกษา พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อขออนุมัติในการดำเนินการวิจัย
- 3) หลังจากได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งที่ศึกษาและขอความร่วมมือหัวหน้าห้องผ่าตัด ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด
- 4) หลังจากนั้นได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 กลุ่ม เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์รายละเอียดของโครงการวิจัย สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยที่ได้รับการดูแลตลอดการทดลอง รวมถึงผลประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมชี้แจงให้ประชากร กลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการปฏิบัติกรพยาบาลแต่อย่างใด ผู้วิจัยให้สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจได้ด้วยตัวเอง โดยให้เวลาในการตัดสินใจอย่างอิสระ
- 5) ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยเซ็นยินยอมในแบบฟอร์มยินยอม ในการทำวิจัย (Informed consent form) โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

2. ขั้นตอนการดำเนินการในกลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 จัดตั้งกลุ่มไลน์ และประชุมกลุ่มเพื่อประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สร้างความรู้ และ ความเข้าใจ แก่กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโปรแกรม และทำแบบสอบถามประเมินความรู้ผ่านกลุ่มไลน์

สัปดาห์ ที่ 2 หลังจากกลุ่มทดลองทำแบบสอบถามประเมินความรู้ จัดส่งคิวอาร์โค้ด ที่มีคู่มือการเตรียมความรู้การจัด เครื่องมือผ่าตัดตลอดทางหน้าท้องในท้องผ่าตัด ให้กับกลุ่มทดลองผ่านกลุ่มไลน์ จำนวน วันละ 2 ครั้ง จำนวน 3 วัน หลังจากนั้น ผู้วิจัยทำการสรุปประเด็นปัญหา และร่วมจัดทำคู่มือแนวปฏิบัติการจัดเครื่องมือผ่าตัดตลอดทางหน้าท้อง โดยจัดเก็บและเข้าถึงได้ง่าย ได้แก่ คิวอาร์โค้ด กำหนดเนื้อหาการให้ความรู้ด้านการจัดเครื่องมือผ่าตัดตลอดทางหน้าท้องผ่านสื่อการสอน online QR code และ เยี่ยมตรวจทางพยาบาลและนัดเวลาการสอน

สัปดาห์ ที่ 3-4 ผู้วิจัยทบทวนการใช้คู่มือแนวทางการจัดเตรียมเครื่องมือและไหมเย็บในการผ่าตัดตลอดทางหน้าท้อง ร่วมกับการใช้แนวปฏิบัติการจัดเครื่องมือผ่าตัด ในกลุ่มตัวอย่าง ผ่านการสอนแบบเดิม ในรูปแบบ การนิเทศหน้างาน เพื่อนำความรู้ และทักษะมาแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนความรู้ ที่ได้จากการสอนไปกำกับ ติดตาม การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการเตรียมความรู้ การจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดตลอดทางหน้าท้อง

สัปดาห์ที่ 5 จัดอภิปรายกลุ่ม ชี้แจงวัตถุประสงค์ ผู้วิจัยเสนอรายละเอียดที่ได้จากการกำกับ ติดตาม เพื่อให้ผู้เข้าร่วม อภิปรายได้ทราบถึงข้อมูลการสอนที่พบปัญหาที่พบ ข้อเสนอแนะจากพยาบาล อภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ด้วยการให้ผู้ร่วม อภิปรายแสดงความคิดเห็น รวมทั้งปัญหา อุปสรรค การแก้ไขปัญหา การทบทวน ข้อเสนอแนะ ที่พบจากการปฏิบัติการ บอกจุดอ่อน และจุดแข็งของตัวเอง เพื่อเสนอแนะแนวปฏิบัติการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดที่เหมาะสม ซึ่งจะเป็นประโยชน์กับผู้นิเทศ ผู้รับการนิเทศและเป็นข้อมูลในการปรับปรุงแก้ไข

สัปดาห์ที่ 6 ประมวลผลการเรียนรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ส่งรูปแบบประเมินการรับรู้การจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัด ผู้วิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นครั้งที่สอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม 2 ชุด ได้แก่ แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามการรับรู้การเตรียมความพร้อมของเครื่องมือผ่าตัด โดยเก็บรวบรวมข้อมูลกลับด้วยตัวเอง และผู้วิจัย กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้



การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติ เชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การจัดเตรียมเครื่องมือของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Independent t-test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้การจัดเตรียมเครื่องมือของกลุ่มทดลองก่อน (Pre-test) และหลังทดลอง (Post-test) ด้วย Paired T-test โดยได้ใช้ข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้ t-test ดังนี้ โดยได้ทดสอบความเป็นอิสระของกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระต่อกัน ($p > .50$) และทดสอบการกระจายเป็นโค้งปกติ ด้วย Kolmogorov-Smirnov ($p > .05$) $n=66$ พบว่า ข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ

จริยธรรมการวิจัย

จริยธรรมการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยคริสเตียน เลขที่ น.127256 วันที่เริ่มรับรอง 29 ตุลาคม พ.ศ. 2567 วันที่หมดอายุ 28 ตุลาคม พ.ศ. 2569 และโรงพยาบาลตติยภูมิ เลขที่ EC 038/68 วันที่เริ่มรับรอง 19 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 วันที่หมดอายุ 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569 และได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยชี้แจง และขอความยินยอมจากอาสาสมัครให้ข้อมูลจนอาสาสมัครเข้าใจก่อนลงชื่อเข้าร่วมวิจัยอาสาสมัครสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า การเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงใด ๆ เกิดขึ้นอาสาสมัครไม่จำเป็นต้องตอบคำถามถ้ารู้สึกไม่สบายใจ ข้อมูลของอาสาสมัครพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลผู้วิจัยนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น โดยไม่มีการระบุชื่อหรือข้อมูลส่วนตัวใด ๆ ที่สามารถระบุตัวบุคคลได้ แบบสอบถามทั้งหมดจะถูกทำลายหลังงานวิจัยสิ้นสุดลง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
2. ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการเครื่องมือผ่าตัดตลอดทางหน้าห้องผ่านคิวอาร์โค้ด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n_1 = 33$) และกลุ่มควบคุม ($n_2 = 33$)
3. ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการเครื่องมือผ่าตัดตลอดทางหน้าห้องผ่านคิวอาร์โค้ด ของกลุ่มทดลอง ($n_1 = 33$)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลอง ($n_1 = 33$) และกลุ่มควบคุม ($n_2 = 33$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2 (P-value)
	จำนวน ($n_1 = 33$)	ร้อยละ	จำนวน ($n_2 = 33$)	ร้อยละ	
อายุ (Age) (ปี)					0.46
Generation Z (18 - 26 ปี)	11	33.31	12	36.45	
Generation Y (27 - 42 ปี)	14	42.40	15	45.44	
Generation X (43 - 58 ปี)	8	24.29	6	18.12	
(Mean ₁ = 34.18, SD ₁ = 6.77, Max ₁ = 48, Min ₁ = 24)					
(Mean ₂ = 35.67, SD ₂ = 6.984, Max ₂ = 48, Min ₂ = 24)					
วุฒิการศึกษา (Education)					-
ปริญญาตรี/เทียบเท่า	33	100	33	100	



ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2 (P-value)
	จำนวน (n ₁ = 33)	ร้อยละ	จำนวน (n ₂ = 33)	ร้อยละ	
สถานภาพ (Marital status)					0.48
โสด	20	60.62	20	60.62	
คู่	10	30.28	9	27.30	
หย่า/ร้าง/หม้าย	3	9.10	4	12.08	
ประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัด (Experience in OR) (ปี)					0.46
<1	2	6.05	3	9.14	
2-5	6	18.12	6	18.12	
6-10	8	24.29	3	9.10	
มากกว่า 10	17	51.54	21	63.64	
(Mean ₁ = 10.39, SD ₁ = 6.28, Max ₁ = 20, Min ₁ = 1)					
(Mean ₂ = 11.45, SD ₂ = 6.77, Max ₂ = 25, Min ₂ = 1)					
แผนกห้องผ่าตัดที่ปฏิบัติหน้าที่ (Department in OR)					0.84
ศัลยกรรมทั่วไป	4	12.16	4	12.16	
ศัลยกรรมกระดูก	8	24.29	6	18.12	
ตา	2	6.05	3	9.14	
หู คอ จมูก	9	27.30	3	9.14	
ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ	4	12.08	9	27.30	
อื่น ๆ	6	18.12	8	24.29	
ประสบการณ์การฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางห้องผ่าตัด (Specialized In OR)					0.36
ไม่ได้รับ	25	75.74	22	66.72	
ได้รับ	8	24.26	11	33.28	

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุในช่วงเจนเนอร์เรชันวาย (27 - 42 ปี) (ร้อยละ 42.40 และ 45.44) มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าทั้งหมด ร้อยละ 100 สถานภาพส่วนใหญ่เป็นโสด (ร้อยละ 60.62 และ 60.62) ในด้านประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัด ส่วนใหญ่มีประสบการณ์มากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 51.54) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ปฏิบัติหน้าที่ในแผนกหู คอ จมูก (ร้อยละ 27.30) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ปฏิบัติหน้าที่ในแผนกศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ (ร้อยละ 27.30) และกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางห้องผ่าตัด (ร้อยละ 75.74 และ 66.72 ตามลำดับ)



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การจัดการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการเครื่องมือผ่าตัดตลอดทางหน้าห้องผ่านคิวอาร์โคด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n_1 = 33$) และกลุ่มควบคุม ($n_2 = 33$)

ข้อ	การจัดการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดตลอดทางหน้าห้อง	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t	p-value
		Mean ₁	S.D.	แปลผล	Mean ₂	S.D.	แปลผล		
1	หลักพื้นฐานการจัดการเตรียมเครื่องมือผ่าตัด	4.20	0.65	มาก	2.74	0.24	ปานกลาง	18.31	0.000*
2	การจัดการเตรียมเครื่องมือปราศจากเชื้อและ ความรู้เรื่องการปราศจากเชื้อเครื่องมือผ่าตัด	4.17	0.63	มาก	2.74	0.27	ปานกลาง	13.71	0.000*
3	การจัดการเตรียมเครื่องมือผ่าตัด ตลอดทางหน้า ห้องจัดการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดตลอดทาง หน้าห้องเฉพาะแพทย์	4.11	0.65	มาก	2.64	0.37	ปานกลาง	11.21	0.000*
โดยรวม		4.16	.059	มาก	.270	.020	ปานกลาง	0.13	*0.000

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการเครื่องมือผ่าตัดตลอดทางหน้าห้องผ่านคิวอาร์โคด มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การจัดการเตรียมเครื่องมือผ่าตัด ในระดับมาก (Mean = 4.16, S.D. = 0.59) ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การจัดการเตรียมเครื่องมือผ่าตัด ในระดับปานกลาง (Mean = 2.70, S.D. = 0.20) เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติแล้ว พบว่า การรับรู้การจัดการเตรียมเครื่องมือผ่าตัด โดยรวมมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

หลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการเครื่องมือผ่าตัดตลอดทางหน้าห้องผ่านคิวอาร์โคด พบว่า ด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ในกลุ่มทดลอง การรับรู้หลักพื้นฐานการจัดการเตรียมเครื่องมือผ่าตัด โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับมาก (Mean = 4.20, S.D. = 0.65) และในกลุ่มควบคุม มีค่าคะแนนเฉลี่ย ระดับปานกลาง (Mean = 2.74, S.D. = 0.24) รองลงมาคือ ด้านการรับรู้การจัดการเตรียมเครื่องมือปราศจากเชื้อและความรู้เรื่องการปราศจากเชื้อเครื่องมือผ่าตัด ในกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับมาก (Mean = 4.17, S.D. = 0.63) และในกลุ่มควบคุม มีค่าคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลาง (Mean = 2.74, S.D. = 0.27) และและด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การรับรู้การจัดการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดตลอดทางหน้าห้องเฉพาะแพทย์ ในกลุ่มทดลอง อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.11, S.D. = 0.65) และในกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับปานกลาง (Mean = 2.64, S.D. = .37)

ตารางที่ 3 ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การจัดการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการเครื่องมือผ่าตัดตลอดทางหน้าห้องผ่านคิวอาร์โคด ของกลุ่มทดลอง ($n_1 = 33$)

ข้อ	การจัดการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดตลอดทาง	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม			t	p-value
		Mean ₁	S.D. ₁	แปลผล	Mean ₂	S.D. ₂	แปลผล		
1	หลักพื้นฐานการจัดการเตรียมเครื่องมือผ่าตัด	2.62	0.61	ปานกลาง	4.20	0.65	มาก	18.31	0.000*
2	การจัดการเตรียมเครื่องมือปราศจากเชื้อและ ความรู้เรื่องการปราศจากเชื้อเครื่องมือผ่าตัด	2.61	0.52	ปานกลาง	4.17	0.53	มาก	18.58	0.000*
3	การจัดการเตรียมเครื่องมือผ่าตัด ตลอดทางหน้า ห้องจัดการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดตลอดทาง หน้าห้องเฉพาะแพทย์	2.46	0.53	ปานกลาง	4.11	0.65	มาก	11.02	0.000*
โดยรวม		2.59	0.51	ปานกลาง	4.16	0.59	มาก	13.14	0.000*



จากตารางที่ 3 พบว่า การรับรู้การจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัด ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการเครื่องมือผ่าตัดตลอดทางหน้าท้องผ่านคิวอาร์โคด ในระดับปานกลาง (Mean = 2.59, S.D. = 0.51) หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการเครื่องมือผ่าตัดตลอดทางหน้าท้องผ่านคิวอาร์โคด คะแนนเฉลี่ยการรับรู้การจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัด ในระดับมาก (Mean = 4.16, S.D. = 0.59) โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$)

กลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการเครื่องมือผ่าตัดตลอดทางหน้าท้องผ่านคิวอาร์โคด พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ การรับรู้หลักพื้นฐานการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัด ในระดับปานกลาง (Mean = 2.62, S.D. = 0.61) หลังเข้าร่วมโปรแกรมระดับมาก (Mean = 4.20, S.D. = 0.65) รองลงมาคือ การรับรู้การจัดเตรียมเครื่องมือปราศจากเชื้อและความรู้เรื่องการปราศจากเชื้อเครื่องมือผ่าตัด ในระดับปานกลาง (Mean = 2.61, S.D. = 0.52) หลังเข้าร่วมโปรแกรมระดับมาก (Mean = 4.17, S.D. = 0.53) และระดับค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดตลอดทางหน้าท้องเฉพาะแพทย์ ในระดับปานกลาง (Mean = 2.46, S.D. = 0.53) หลังเข้าร่วมโปรแกรมระดับมาก (Mean = 4.11, S.D. = 0.65)

การอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการเครื่องมือผ่าตัดตลอดทางหน้าท้องผ่านคิวอาร์โคด ต่อการรับรู้การจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัด โดยสร้างโปรแกรมการจัดการเครื่องมือผ่าตัดตลอดทางหน้าท้องผ่านคิวอาร์โคด ที่ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ De Simone et al.¹⁰ ที่ประกอบไปด้วย 4 องค์ประกอบหลัก คือ การประเมินความต้องการ (Needs Assessment) 2) การออกแบบ (Design) 3) การนำไปปฏิบัติ (Implementation) และ 4) การประเมินผล (Evaluation)

หลังนำโปรแกรมการจัดการเครื่องมือผ่าตัดตลอดทางหน้าท้องผ่านคิวอาร์โคด ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดตลอดทางหน้าท้องของพยาบาลห้องผ่าตัด สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

จากการทดสอบสมมติฐาน พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้การจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดตลอดทางหน้าท้องหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการเครื่องมือผ่าตัดตลอดทางหน้าท้องผ่านคิวอาร์โคด สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ($t = 13.14$, $p = .000$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า คะแนนการรับรู้ของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมากหลังการได้รับโปรแกรม อภิปรายได้ตามแนวคิดการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของ De Simone et al.¹⁰ ว่าโปรแกรมการจัดการเครื่องมือผ่าตัดตลอดทางหน้าท้องผ่านคิวอาร์โคด มีผลในการเพิ่มการรับรู้และความเข้าใจในการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดในพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพ ในทางกลับกัน กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมนี้อาจมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดตลอดทางหน้าท้องระดับปานกลางทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมการวิจัย ไม่มีการเปลี่ยนแปลง ($t = 0.13$, $p = .000$) ซึ่งบ่งชี้ว่าในกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ในการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดไม่เปลี่ยนแปลง จึงสรุปได้ว่า การพัฒนาบุคลากรในห้องผ่าตัดด้วยแนวคิดการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของผู้วิจัยนั้น สามารถเพิ่มการรับรู้การจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดตลอดทางหน้าท้องทั้ง 3 ด้าน สามารถอธิบายได้ดังนี้ คะแนนเฉลี่ยด้านที่สูงที่สุดคือ ด้านหลักพื้นฐานการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัด หลังการทดลองพยาบาลห้องผ่าตัด ลำดับที่สองคือ ด้านการรับรู้การจัดเตรียมเครื่องมือปราศจากเชื้อและความรู้เรื่องการปราศจากเชื้อเครื่องมือผ่าตัด และเนื่องด้วยกระบวนการผ่าตัดในแผนกต่าง ๆ โดยเฉพาะแผนกศัลยกรรมผ่าตัดตลอดทางหน้าท้องต้องยึดหลักปราศจากเชื้อทั้งหมด กระบวนการจัดเตรียมเครื่องมือและความรู้เรื่องการปราศจากเชื้อของเครื่องมือผ่าตัดเป็นส่วนสำคัญอย่างมากในกระบวนการผ่าตัด เนื่องจากเป็นต้นตอและสาเหตุหลัก ๆ ของการติดเชื้อ¹² พยาบาลต้องดูแลเรื่องการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด นอกจากนี้เครื่องมือผ่าตัดที่ไม่สะอาดหรือไม่ปราศจากเชื้อ การขาดเครื่องมือที่จำเป็น หรือการชำรุดของเครื่องมือขณะผ่าตัดก็อาจก่อให้เกิดปัญหาในระหว่างการผ่าตัด ทำให้เกิดการขอเครื่องมือเพิ่มเติมระหว่างการผ่าตัด ซึ่งจะทำให้เวลาในการผ่าตัดยืดเยื้อออกไป¹³ ความล่าช้าในการผ่าตัดอาจส่งผลให้ต้องงดการผ่าตัดของผู้ป่วยรายถัดไป และเกิดปัญหาความขัดแย้งภายในทีมผ่าตัดซึ่งส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย^{14,15} ลำดับที่สาม คือ ด้านการรับรู้การจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดตลอดทางหน้าท้อง การจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดตลอดทางหน้าท้องเฉพาะแพทย์



สมมติฐานข้อที่ 2 ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัด กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม จากการทดสอบสมมติฐาน พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้การจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการเครื่องมือผ่าตัดตลอดทางหน้าท้องผ่านคิวอาร์โคด สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการปฏิบัติตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของกลุ่มทดลองในระดับมาก (Mean = 4.16, S.D. = 0.59) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยในระดับปานกลาง (Mean = 2.70, S.D. = 0.20) อาจเนื่องจากพยาบาลห้องผ่าตัดให้ความสำคัญของการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพจึงไม่สามารถมองข้ามได้ เพราะหากพยาบาลห้องผ่าตัดไม่สามารถจัดเตรียมเครื่องมือได้อย่างมีประสิทธิภาพ อาจส่งผลเสียได้หลายประการ เช่น การรอคอยเครื่องมือเป็นเวลานาน ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องได้รับยาระงับความรู้สึกนานขึ้น ซึ่งจะทำให้ความปลอดภัยของผู้ป่วยได้รับผลกระทบ¹⁶ การเกิดความล่าช้าในการผ่าตัดจากการเตรียมเครื่องมือไม่พร้อม อาจทำให้มีการสูญเสียเครื่องมือที่เปิดใช้งานผิด การสูญเสียค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นของทั้งโรงพยาบาลและผู้ป่วย และทำให้เกิดความไม่พึงพอใจจากทีมแพทย์ผ่าตัด¹⁷ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างที่ชัดเจนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดตลอดทางหน้าท้องในกลุ่มทดลองมีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลลัพธ์นี้ยืนยันได้ว่าโปรแกรมการจัดการเครื่องมือผ่าตัดผ่านคิวอาร์โคด สามารถเพิ่มการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัดในการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดตลอดทางหน้าท้องได้ดีกว่าแนวทางการฝึกอบรมแบบปกติที่กลุ่มควบคุมได้รับ ซึ่งพยาบาลมีหน้าที่ในการควบคุมความสะอาด ป้องกันการติดเชื้อ และจัดการอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการผ่าตัด ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับการรักษาปลอดภัยในผู้ป่วยผ่าตัด นอกจากนี้ยังต้องประสานงานกับทีมศัลยกรรมเพื่อให้การผ่าตัดดำเนินไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ¹⁸ พยาบาลห้องผ่าตัด จึงทำให้การเตรียมความพร้อมบุคลากรในห้องผ่าตัดเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ที่ทำงานในห้องผ่าตัด ด้วยการบริหารทรัพยากรมนุษย์ที่มีประสิทธิภาพ พยาบาลถือเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณค่าและสำคัญในกระบวนการพัฒนาการทำงานในโรงพยาบาล พยาบาลไม่เพียงแต่ทำงานในฐานะผู้ให้บริการเท่านั้น แต่ยังเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะช่วยให้งานในโรงพยาบาลสำเร็จได้ดี ดังนั้นผู้บริหารองค์กรจึงควรให้ความสำคัญกับการลงทุนในการพัฒนาพยาบาลให้มีความรู้ ทักษะ และความสามารถที่ทันสมัย เหมาะสมกับการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด ซึ่งจะส่งผลให้พยาบาลมีความสามารถในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่¹⁹ และสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการใช้คิวอาร์โคดในการฝึกอบรมพยาบาล โดยงานวิจัยนี้สนับสนุนแนวคิดของการใช้คิวอาร์โคดในการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นแนวทางที่ได้รับความนิยมมากขึ้นในปัจจุบัน ทำให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ช่วยให้พยาบาลสามารถเข้าถึงข้อมูลได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว ผ่านการสแกนคิวอาร์โคด ซึ่งแตกต่างจากการเรียนรู้แบบเดิมที่ต้องใช้เวลาค้นหาเอกสารและข้อมูลด้วยตัวเอง จากการศึกษาของ Ma et al.²⁰

การศึกษานี้แสดงให้เห็นหลักฐานเชิงประจักษ์แล้วว่าโปรแกรมการจัดการเครื่องมือผ่าตัดตลอดทางหน้าท้องผ่านคิวอาร์โคดตามแนวคิดของ De Simone et al.¹⁰ ในการเข้าร่วมโปรแกรมเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ มาใช้ในการพัฒนาพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพสูงในการเพิ่มการรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดตลอดทางหน้าท้อง ของพยาบาลห้องผ่าตัดในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการเครื่องมือผ่าตัดตลอดทางหน้าท้องผ่านคิวอาร์โคด มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ปฏิบัติงานตามปกติ

ข้อจำกัดการวิจัย

พยาบาลจบใหม่ และพยาบาลหมุนเวียน เป็นคนรุ่นใหม่ Generation Z (อายุ 18 - 26 ปี) ที่ต้องการความสะดวกรวดเร็วในการเข้าถึงข้อมูล มีความชอบในความอิสระ และมั่นใจในตัวเองสูง ไม่มีการวางแผนตัวเองให้เป็นระบบ



ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ ด้านการบริหาร ผู้บริหารในห้องผ่าตัด หรือหน่วยงานอื่นที่มีการผ่าตัด ควรมีการจัดอบรมผ่านแอปพลิเคชัน และมีโปรแกรมการจัดการเครื่องมือห้องผ่าตัดที่สามารถเข้าถึงได้ในรูปของอีบุ๊ก คิวอาร์โค้ด สำหรับพยาบาลจบใหม่ และพยาบาลหมุนเวียน เพื่อให้สามารถเรียนรู้ได้

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป การวิจัยครั้งต่อไปควรออกแบบการวิจัยเป็นวิจัยแนวพัฒนา (Research and Development: R & D) ขยายรูปแบบการวิจัยแบบนี้ไปในการผ่าตัดสาขาอื่น ๆ เพื่อมีการจัดเตรียมเครื่องได้รวดเร็วและถูกต้องตามการผ่าตัด เพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย

References

1. World Health Organization. Global strategy on human resources for health; Workforce 2030. [Internet]. 2020 [cited 2025 May 11]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511131>
2. Nursing Division, Department of Medical Services. Guidelines for Developing the Nursing System in Regional/General Hospitals. Bangkok: Nursing Division, Department of Medical Services; 2024. (in Thai)
3. Thai Association of Operating Room Nurses. Perioperative nurse competencies. Bangkok: Thai Association of Operating Room Nurses; 2011. (in Thai)
4. Chellam SB, Arulappan J. Operating room nurses' understanding of their roles and responsibilities for patient care and safety measures in intraoperative practice. SAGE Open Nursing. 2023;9:23779608231186247. doi:10.1177/23779608231186247.
5. Thiraboot J. Developmen of a guideline for preparation of surgical instrumentation for the older patientswith hip arthroplasty in Sisaket Hospital. Sisaket Journal of Research and Health Development. 2024;30(3):87-99. (in Thai)
6. Department of Public Health Administration, Ministry of Public Health. Total Caesarean section. [Internet]. 2025 [cited 2025 Jun 15], Available from: https://cmi.moph.go.th/isp/sp_obs/index?menu_id=6
7. Khunwittaya P, Thungjaroenkul P, Nantsupawat A. Development of patient positioning electronic book for nurse anesthetists. Nursing Journal CMU. 2020;47(3):339-50. (in Thai)
8. Vichaiya S, Thungjaroenkul P, Nantsupawat A. Developing knowledge of nurses by using the neonatal resuscitation electronic book. Nursing Journal CMU. 2020;47(4):384-95. (in Thai)
9. Saengsook J. The development of information technology for learner-centered instruction of Ramkhamhaeng University graduate students. Veridian E-Journal, Silpakorn University. 2019;12(2):556-72. (in Thai)
10. De Simone RL, Werne, JM, Harris DM. Human Resource Development. 7thed. South-Western: Cengage Learning; 2016.
11. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nded. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.



12. Rutala WA, Weber DJ, The Health care Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities. [Internet]. 2008 [cited 2025 Jul 23]. Available from: <https://www.cdc.gov/infection-control/media/pdfs/guideline-disinfection-h.pdf>
13. Verdaasdonk EG, Stassen LP, van der Elst, M, Karsten TM, Dankelman J. Problems with technical equipment during laparoscopic surgery. An observational study. *Surgical endoscopy*. 2007;21(2):275-9. doi:10.1007/s00464-006-0019-2
14. Flin R, Burns C, Mearns K, Yule S, Robertson EM. Measuring safety climate in health care. *Quality & Safety in Health Care*. 2006;15(2):109-15. doi:10.1136/qshc.2005.014761.
15. Christian CK, Gustafson ML, Roth M, Sheridan TB, Gandhi TK, Dwyer K, et al. Prospective study of patient safety in the operating room. *Surgery*. 2006;139(2):159-73. doi:org/10.1016/j.surg.2005.07.037
16. Pruaksoranant D, Janejirawattana S. Improving efficiency of operating rooms utilization during official hours in Chonburi hospital. *Journal of Public Health Nursing*. 2017;31(2):165-81. (in Thai)
17. Doichareon C, Prutipinyo C, Kittipichai W. Clinical risk management of medical personnel, Chumphon Khet Udomsak Hospital. *Public Health Policy & Law Journal*. 2022;8(3):416-25. (in Thai)
18. Goras C, Nilsson U, Ekstedt M, Unbeck M, Ehrenberg A. Managing complexity in the operating room: A group interview study. *BMC Health Services Research*. 2020;20(1):440. doi:org/10.1186/s12913-020-05192-8
19. Gilley JW, Eggland SA, Gilley AM. *Principles of Human Resource Development*. 2nded. Perseus Books Group; 2002.
20. Ma L, Mu Y, Wei, L, Wang, X. Practical application of qr code electronic manuals in equipment management and training. *Frontiers in Public Health*. 2021;9:726063. doi:org/10.3389/fpubh.2021.726063



ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะต่อความรู้และสมรรถนะของผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้น ของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน

ณัชชา ตระการจันทร์ พย.ม.¹

จิรวัดน์ ประคองพันธ์ พย.ม.^{1,2}

(วันรับบทความ: 4 มิถุนายน พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 16 กรกฎาคม พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ: 21 กรกฎาคม พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว ทดสอบก่อน - หลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะต่อความรู้และสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 38 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินด้านความรู้ผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน (CVI = 0.95, KR-20 = 0.78) และแบบประเมินสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน (CVI = 0.97, Cronbach's coefficient = 0.89) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้และสมรรถนะการดูแลก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน โดยใช้ paired t-test

ผลวิจัยพบว่า ผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมมีความรู้และสมรรถนะในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ซับซ้อนในชุมชน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นการเพิ่มสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ซับซ้อนในชุมชน และนำไปสู่การพัฒนาระบบด้านการบริการชุมชนและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ซับซ้อนในชุมชน ข้อเสนอแนะ ควรจัดทำโปรแกรมระยะยาว มีการติดตามและการเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ซับซ้อนในชุมชน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง และมีการติดตามประเมินผลเป็นระยะ

คำสำคัญ: สมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ชุมชน

¹อาจารย์ สาขากการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

²ผู้ประพันธ์บรรณกิจ E-mail: jirawat.prak@gmail.com Tel: 081-0731455



Effects of a Competency Development Program on Knowledge and Competency in Primary Health Caregivers of Older People with Non-complicated Illness in the Community

Natcha Trakarnjan M.S.N.¹

Jirawat prakhongpun M.S.N.^{1,2}

(Received Date: June 4, 2025, Revised Date: July 16, 2025, Accepted Date: July 21, 2025)

Abstract

This quasi-experimental research employed a one-group, pretest-posttest design. The objective was to examine the effects of a competency development program on the knowledge and competency of primary health caregivers for elderly individuals with non-complicated illnesses in the community. The sample group consisted of 38 primary caregivers of older people with non-complicated illnesses, with the sample size having been calculated using the G*Power program. The research instruments included: the competency development program for primary health caregivers of elderly individuals with non-complicated illnesses in the community, a personal information questionnaire, a knowledge assessment tool (content validity index [CVI] = 0.95; KR-20 = 0.78) and a competency assessment tool (CVI = 0.97; Cronbach's coefficient = 0.89). Descriptive statistics were used to analyze general data, while the differences in the mean scores for knowledge and competency before and after the program were analyzed using paired t-tests.

The results showed that, after participating in the program, caregivers had significantly higher mean scores for knowledge and basic health caregiving competency for older adults with uncomplicated illnesses in the community compared to before the program. These findings suggest that the program effectively enhances caregivers' competencies, contributing to the development of community health services for older people with non-complicated illnesses in the community. It is recommended that long-term programs with ongoing monitoring, including periodic evaluations to ensure sustained effectiveness, to empower volunteer caregivers of elderly patients be developed in collaboration with public health professionals.

Keywords: competency for primary health caregivers of older people, non-complication illness, community

¹Lecturer, Department of Adult and aging Faculty of Nursing, Ubonratchathani Rajabhat University

²Corresponding authors, Email: jirawat.prak@gmail.com Tel: 081-0731455



บทนำ

ประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ โดยปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 13,064,929 คน คิดเป็นร้อยละ 20.08 ของประชากรทั้งประเทศ¹ ในจังหวัดอุบลราชธานีมีประชากรทั้งหมด 1,868,794 มีผู้สูงอายุทั้งหมด 318,987 คน คิดเป็นร้อยละ 17.07 ซึ่งมีผู้สูงอายุมากเป็นอันดับ 5 ของประเทศ และมีอัตราการเป็นภาระวัยสูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 25.18¹ ในการกำหนดกลุ่มผู้สูงอายุตามความสามารถในการดำเนิน ชีวิตประจำวัน จะประเมินตามเกณฑ์ของดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) คะแนน 0-20 คะแนน แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุติดสังคม (คะแนน 12-20) กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุติดบ้าน (คะแนน 5-11 คะแนน) และกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุติดเตียง (คะแนน 0-4 คะแนน) ซึ่งผู้สูงอายุติดบ้านและผู้สูงอายุติดเตียงเป็นกลุ่มภาวะพึ่งพิง ทั้ง 2 กลุ่มนั้น พบปัญหาด้านสุขภาพ เช่น การมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พิการ ทพพลภาพ สุขภาพจิต การเข้าสังคม และการใช้จ่ายจำนวนมาก² โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) คือกลุ่มโรคที่มีแนวโน้มการเจ็บป่วยในระยะยาว เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก มีประชากรทั่วโลกประมาณ 41 ล้านคน เสียชีวิตจากโรค NCDs คิดเป็นร้อยละ 74 สาเหตุการเสียชีวิตจากโรค NCDs สูงสุด 4 อันดับแรก ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคเบาหวาน ตามลำดับ³ โรค NCDs มีทั้งระยะที่ซับซ้อนและไม่ซับซ้อน ซึ่งขึ้นอยู่กับการควบคุมโรค และการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน หมายถึงผู้สูงอายุในชุมชนที่เป็นโรคเรื้อรัง แต่สามารถควบคุมโรคได้ และยังไม่มีความรุนแรง การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถทำได้ในระดับครอบครัวและชุมชน โดยใช้การดูแลแบบปฐมภูมิ⁴ ผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เพราะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค⁵ รวมถึงสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้น และผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบาง มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม นอกจากนี้ยังมีผู้สูงอายุส่วนหนึ่งจากจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด ที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีปัญหาด้าน สุขภาพจากเหตุของความชรา ที่ทำให้เซลล์ เนื้อเยื่อ อวัยวะ ต่าง ๆ ต้องเสื่อมลงตามธรรมชาติ หรือจากโรคเรื้อรัง ที่มีสาเหตุจาก โรคไม่ติดต่อต่าง ๆ⁶ ในปี พ.ศ. 2566 - 2568 นโยบายกระทรวงสาธารณสุขมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและทั่วถึง เสริมความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเพิ่มศักยภาพ 3 หมอ โดยพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้เป็นผู้นำด้านสุขภาพในชุมชน⁷ จากการศึกษาสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังมีความรู้สึกไม่มั่นใจในสมรรถนะของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน และความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนยังอยู่ในระดับปานกลาง⁸ นอกจากนั้น การอยู่ร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว บทบาทของผู้ดูแลของสังคมไทยในอดีตจะเป็นญาติที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน ซึ่งเป็นวัฒนธรรมของไทยที่ถือว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นหน้าที่ของลูกหลานในครอบครัว อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลที่เป็นคนในครอบครัว หากไม่ได้รับการเตรียมเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน อาจส่งผลด้านการดูแล ความเครียดให้กับผู้ดูแลที่เป็นคนในครอบครัว⁹

การเตรียมสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน ควรต้องเตรียมความพร้อมในด้านความรู้ ทักษะและเจตคติ ของผู้ดูแลเพื่อให้สามารถแสดงพฤติกรรมตามบทบาทหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม ทันตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา ซึ่งผู้ดูแลต้องมีการเรียนรู้ตลอดชีวิตโดยกระบวนการเพิ่มและพัฒนาเพื่อยกระดับทักษะ (Up-skill) และหรือการเปลี่ยนหรือเพิ่มพูนทักษะ (Re-skill)¹⁰ จะส่งผลให้สามารถยกระดับกระบวนการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในระยะยาวได้ นอกจากนั้นการประยุกต์ใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Gibson¹¹ ร่วมด้วยจะเป็นการเพิ่มพลังผลักดันที่ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตระหนักถึงศักยภาพของตนเอง และพัฒนาความสามารถของตนเองจนมีความรู้ความเข้าใจ และมีความเชื่อมั่นในดูแลสุขภาพเบื้องต้น อันจะนำไปสู่การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มีความสุข ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ของ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี โดยใช้แนวคิด Up-skill และหรือ Re-skill



ควบคู่กับการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อมุ่งเน้นให้ผู้เข้ารับการอบรมเกิดทักษะและยกระดับสมรรถนะ มีความสามารถและศักยภาพ ในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนอันจะนำไปสู่การพัฒนาตนเองทั้งด้านความรู้และทักษะใน การปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรค ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของสมรรถนะในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนใน ชุมชน ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านพื้นที่ในการวิจัยคือ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี และขอบเขตด้านประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน ที่พักอาศัยในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี โดยขอบเขตด้านเนื้อหา เป็นการศึกษาโปรแกรม การพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชนโดยผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยด้วย โรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน หมายถึงผู้สูงอายุในชุมชน ที่เป็นโรคเรื้อรังแต่สามารถควบคุมโรคได้ และยังไม่มีความแทรกซ้อนรุนแรง มีระยะเวลา 4 เดือน วันที่เริ่มต้น 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 และวันที่สิ้นสุด 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2568

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาสมรรถนะการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังมีความรู้สึกไม่มั่นใจในสมรรถนะของตนเองในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน และความรู้ใน การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนยังอยู่ในระดับปานกลาง รวมถึงผู้ดูแลที่เป็นคนในครอบครัวเกิดความเครียดและไม่มั่นใจ ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นคนในครอบครัว กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างมาจากการทบทวนวรรณกรรม และวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยประยุกต์จากแนวคิดการพัฒนาทักษะเพื่ออนาคต (Upskill/ Reskill)¹⁰ ซึ่งทักษะ Upskill หรือการพัฒนาทักษะเดิม เป็นการเรียนรู้ทักษะเดิมหรือเสริมทักษะใหม่ที่ไม่เคยรู้มาก่อน ซึ่งเกี่ยวข้องกับสายงาน ที่ทำอยู่ ทำให้เราเชี่ยวชาญในสายงานของเรา มากยิ่งขึ้น และรองรับการเติบโตในอนาคต และทักษะ Reskill หรือการเพิ่มทักษะใหม่ เป็นการเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ ให้เท่าทันต่อ การเปลี่ยนแปลง หรือให้สอดคล้องกับตลาดแรงงานโลก รวมถึงเป็นการยกระดับทักษะของตน เป็นการยกระดับทักษะเพื่อการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ในการทำงานในสายงานที่แตกต่างออกไป ร่วมกับประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson¹¹ ได้กล่าวว่าการเสริมสร้างพลัง อำนาจเป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตซึ่งทำให้บุคคลตระหนักในความรับผิดชอบต่อ สุขภาพของตนเองและสามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ความช่วยเหลือการมีส่วนร่วมในการประเมินความมีคุณค่าของตนเองและผู้อื่น การตัดสินใจร่วมกันและความอิสระในการเลือกและยอมรับความรับผิดชอบ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality)

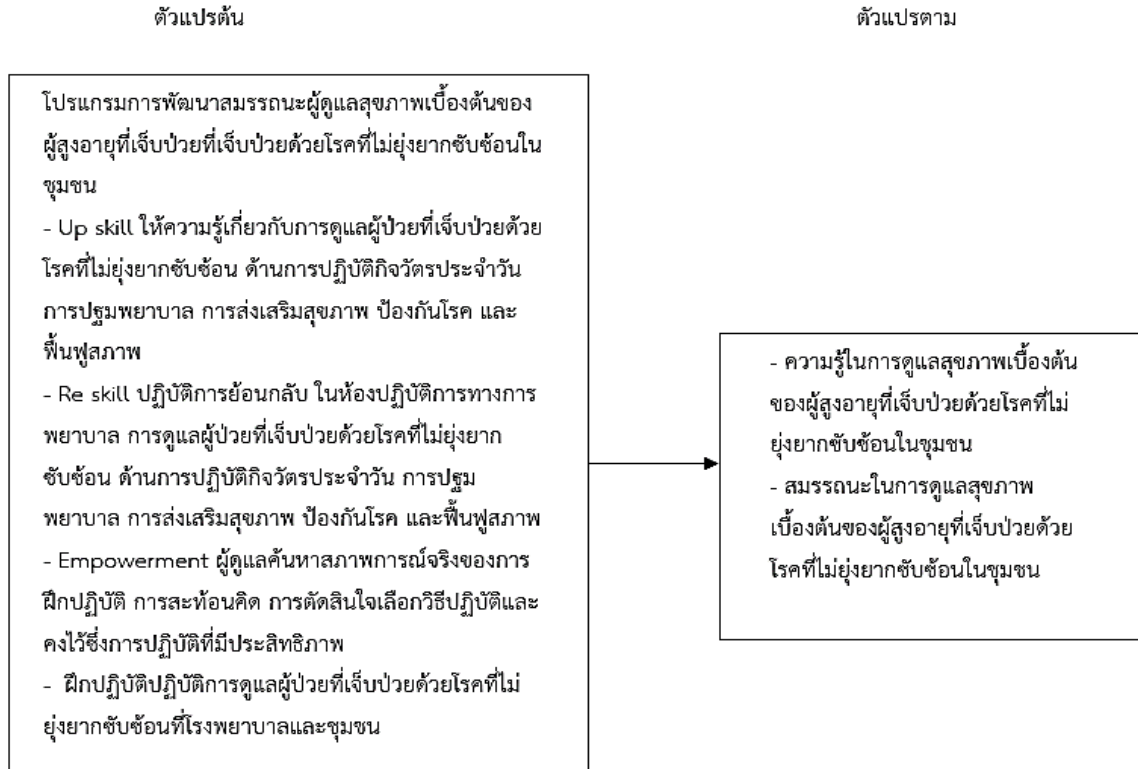
ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection)

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง (Taking charge)

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on)



แนวความคิดเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson ซึ่งเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเรียนรู้ ตระหนัก แสวงหาการใช้ทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์เพื่อการแก้ไขปัญหาและพัฒนาความสามารถของตนเองตามบทบาทหน้าที่ เพิ่มพูนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และสร้างประสิทธิภาพของตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียว ทดสอบก่อน - หลัง การทดลอง (One group pretest – posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดระดับนัยสำคัญ (α) = .05 ขนาดอิทธิพล (effect size) = 0.50, Power of test = 0.80 ได้ตัวอย่างอย่างน้อย 34 คน และคำนวณเพื่อ ป้องกันการสูญหาย (Drop out) จำนวนร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างเป็น 38 คน ซึ่งการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกพื้นที่ศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง คือ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี จากนั้นทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) จากรายชื่อผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ซึ่งมีภูมิลำเนาในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และผ่านเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

- 1.1 เพศหญิงหรือเพศชาย อายุ 18 ปีขึ้นไป
- 1.2 สุขภาพแข็งแรง
- 1.3 เป็นผู้ดูแลหรือมีประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน
- 1.4 ยินดีเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชนด้วยความสมัครใจ และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมในงานวิจัยได้ทุกขั้นตอน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90



2. เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 2.1 ผู้ดูแลที่ไม่สามารถร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดโครงการวิจัย
- 2.2 ผู้ดูแลที่ขอยุติการร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชนโดยหัวข้อที่สอนและฝึกทักษะเป็นไปตามเนื้อหา หลักสูตรการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ของ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี โดยใช้แนวคิดพัฒนาทักษะเพื่ออนาคต (Upskill/ Reskill)¹⁰ และเพิ่มเติมการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson¹¹ ใช้ระยะเวลาต่อเนื่อง 4 เดือน โดยมีรายละเอียดของกิจกรรม ดังนี้

เดือนที่ 1 (Upskill) โดยการพัฒนาเพิ่มและพัฒนาเพื่อยกระดับทักษะ ซึ่งเป็นการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ดำเนินการโดยผู้วิจัยร่วมกับผู้ช่วยวิจัยจำนวน 3 คน ดำเนินการอบรมจำนวน 75 ชม. ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การปฐมพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ (การทำความสะอาดร่างกาย การทำความสะอาดบาดแผล การให้อาหารทางสายยาง การจัดทำและการเคลื่อนย้าย การบริหารร่างกาย หลักการใช้ยาเบื้องต้น) รวมถึงบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล หลักคุณธรรมจริยธรรม และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน

เดือนที่ 2 (Reskill) เป็นการเปลี่ยนหรือเพิ่มพูนทักษะ ซึ่งจัดโดยการ ปฏิบัติการย้อนกลับ ในห้องปฏิบัติการทางการพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ดำเนินการโดยผู้วิจัยร่วมกับผู้ช่วยวิจัยจำนวน 3 คน ฝึกปฏิบัติในห้องปฏิบัติการทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี จำนวน 45 ชม. ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การปฐมพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ (การทำความสะอาดร่างกาย การทำความสะอาดบาดแผล การให้อาหารทางสายยาง การจัดทำและการเคลื่อนย้าย การบริหารร่างกาย หลักการใช้ยาเบื้องต้น) รวมถึงแสดงบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล โดยคำนึงถึงหลักคุณธรรมจริยธรรม และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน โดยในระหว่างการฝึกปฏิบัติ ผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญในสถาบันการศึกษาทำการประยุกต์เสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตามแนวคิดของ Gibson¹¹ โดยให้ผู้ดูแลค้นหาสภาพการณ์จริงของการฝึกปฏิบัติ การสะท้อนคิด การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพพร้อมด้วย

เดือนที่ 3 - 4 ฝึกปฏิบัติโดยปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนที่โรงพยาบาลและชุมชน ดำเนินการโดยผู้วิจัยร่วมกับผู้ช่วยวิจัยจำนวน 3 คน ฝึกปฏิบัติจำนวน 270 ชม. โดยฝึกดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในโรงพยาบาล 100 ชม. และฝึกดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชนจำนวน 170 ชม. การฝึกในโรงพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างสมรรถนะของผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน เนื่องจากโรงพยาบาลเป็นศูนย์กลางความรู้และการปฏิบัติด้านสุขภาพที่มีมาตรฐาน ผู้ดูแลในชุมชน จะได้รับโอกาสเรียนรู้เชิงปฏิบัติจากบุคลากรสาธารณสุขที่เชี่ยวชาญ โดยมีการฝึกปฏิบัติด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การปฐมพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ (การทำความสะอาดร่างกาย การทำความสะอาดบาดแผล การให้อาหารทางสายยาง การจัดทำและการเคลื่อนย้าย การบริหารร่างกาย หลักการใช้ยาเบื้องต้น) ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโดยคำนึงถึงหลักคุณธรรมจริยธรรม และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน โดยในระหว่างการฝึกปฏิบัติ ผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลและในชุมชนทำการประยุกต์เสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตามแนวคิดของ Gibson¹¹ โดยให้ผู้ดูแลค้นหาสภาพการณ์จริงของการฝึกปฏิบัติ การสะท้อนคิด การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพพร้อมด้วย



เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ ประสบการณ์เป็นผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน และประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

2. เป็นแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับ การทำความสะอาดร่างกาย การทำความสะอาดแผล การให้อาหารทางสายยาง การจัดทำและการเคลื่อนย้าย การบริหารร่างกาย หลักการใช้ยาเบื้องต้น เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยคำถามจำนวน 30 ข้อ คำถามมีลักษณะเป็นแบบปรนัยเลือกตอบ 4 ตัวเลือก เลือกเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนของแบบวัดความรู้ กำหนดดังนี้ ตอบถูกต้อง ให้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน ตอบผิด/ไม่ตอบ ให้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน

แบบประเมินด้านความรู้ผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน มีคะแนนรวมอยู่ที่ 0-30 คะแนน ซึ่งคะแนนโดยรวมมาก หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้ในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชนมาก และคะแนนโดยรวมน้อย หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้ในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชนน้อย ซึ่งผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ในการแปลผลระดับความรู้ออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งคะแนนของ Bloom¹² ระดับน้อย คือ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับปานกลาง คือ คะแนนอยู่ในช่วงร้อยละ 60 ถึง 79 และระดับมาก คือ คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป¹² ผู้วิจัยสามารถแบ่งระดับคะแนนความรู้ และคะแนนเฉลี่ยรายด้าน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เกณฑ์ในการแปลผลระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน

ความรู้ในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่ เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน	ช่วง คะแนน	ระดับคะแนน		
		น้อย	ปานกลาง	มาก
รวม 30 คะแนน (30 ข้อ)	0-30	0-18	19-24	25-30

3. แบบประเมินสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน โดยประยุกต์จากแนวคิดการพัฒนาทักษะเพื่ออนาคต (Upskill/Reskill)¹⁰ และแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson¹¹ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเรียนรู้ ตระหนัก แสวงหาการใช้ทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์เพื่อการแก้ไขปัญหาและพัฒนาความสามารถของตนเองตามบทบาทหน้าที่ เพิ่มพูนความรู้สึกรับผิดชอบในตนเอง และสร้างประสิทธิภาพของตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

ลักษณะคำตอบเป็นแบบประเมินค่า 4 ระดับ

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ไม่ว่าเหตุการณ์จะเกิดขึ้นกี่ครั้งก็ตามผู้ตอบได้ปฏิบัติตามกิจกรรมนั้นทุกครั้ง

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ไม่ว่าเหตุการณ์จะเกิดขึ้นกี่ครั้งก็ตามผู้ตอบได้ปฏิบัติตามกิจกรรมนั้นเกือบทุกครั้ง

ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ไม่ว่าเหตุการณ์จะเกิดขึ้นกี่ครั้งก็ตามผู้ตอบได้ปฏิบัติตามกิจกรรมนั้นบางครั้ง

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่ว่าเหตุการณ์จะเกิดขึ้นกี่ครั้งก็ตามผู้ตอบไม่ได้ปฏิบัติตามกิจกรรมนั้นเลย

เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

ถ้าเลือกตอบ ปฏิบัติเป็นประจำ 4 คะแนน

ถ้าเลือกตอบ ปฏิบัติบ่อยครั้ง 3 คะแนน

ถ้าเลือกตอบ ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง 2 คะแนน

ถ้าเลือกตอบ ไม่เคยปฏิบัติ 1 คะแนน



แบบประเมินสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน ซึ่งคะแนนโดยรวมมาก หมายถึง ผู้ดูแลสุขภาพมีสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชนมาก และคะแนนโดยรวมน้อย หมายถึง ผู้ดูแลสุขภาพมีสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชนน้อย ซึ่งผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ ในการแปลผลระดับพฤติกรรมออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด แล้วหารด้วยจำนวนระดับชั้น¹³ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เกณฑ์ในการแปลผลระดับสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน

สมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่ เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน	ช่วง คะแนน	ระดับคะแนน		
		น้อย	ปานกลาง	มาก
รวม (20 ข้อ)	20-80	20-40	41-60	61-80

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

1. โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ซับซ้อนในชุมชน ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและนำมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI)¹⁴ ได้ค่าเท่ากับ 0.92 จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมไปทดลองใช้ กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย นำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ก่อนนำโปรแกรมไปใช้จริง

2. แบบทดสอบความรู้ในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ซับซ้อนในชุมชนผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและนำมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI)¹⁴ ได้ค่าเท่ากับ 0.95 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้หาค่าความเชื่อมั่นตามวิธีของ Kuder-Richardson (KR-20) ได้เท่ากับ 0.78

3. แบบสอบถามประเมินสมรรถนะในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ซับซ้อนในชุมชน ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และผู้วิจัยปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา(Content validity index: CVI)¹⁴ ได้ค่าเท่ากับ 0.97 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองร่วมกับผู้ช่วยวิจัยจำนวน 3 คน โดยดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน และเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้และแบบประเมินสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนตามลำดับดังนี้

1. ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัย เพื่อขอคำรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
2. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี และ หนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี เสนอต่อ คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับการรวบรวมข้อมูลการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล



3. ภายหลังได้รับการอนุมัติ จากคณะกรรมการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี นายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) จากรายชื่อผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ยุ่งยากซับซ้อน ซึ่งมีภูมิลำเนาในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และผ่านเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

4. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง 38 คน แนะนำตนเองและอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง รวมถึงชี้แจงให้ทราบในการรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างร่วมโครงการวิจัย ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่พอใจ หรือไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผล จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

5. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และผู้ช่วยวิจัยจำนวน 3 คน โดยมีระยะเวลาต่อเนื่อง 4 เดือน ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 วันที่สิ้นสุด 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2568

กลุ่มทดลองได้รับการประเมินความรู้ และสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ยุ่งยากซับซ้อน ในชุมชน ในสัปดาห์ที่ 1 หลังจากนั้นได้รับโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน เป็นระยะเวลา 4 เดือน และในสัปดาห์ที่ 16 กลุ่มทดลองจะได้รับการประเมินความรู้ และสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน หลังเข้าร่วมโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนานำเสนอค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้และสมรรถนะการดูแลก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน โดยใช้ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยที่ดี เลขที่ HE671021 วันที่ให้การรับรอง 14 มกราคม พ.ศ. 2568 - 14 มกราคม พ.ศ. 2569 ก่อนการดำเนินการวิจัยโดยผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของขั้นตอนการทำวิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงสิทธิในการยินยอมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามใบยินยอมด้วยความเต็มใจ และระยะเวลาของการวิจัยสิ้นสุดวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 ก่อนวันที่ 14 มกราคม พ.ศ. 2569 นักวิจัยได้ดำเนินการแจ้งยุติการเก็บข้อมูลต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 81.58 มีช่วงอายุค่าเฉลี่ยอายุประมาณ 34.42 ปี (Mean = 34.42, S.D. = 6.92) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 27 คน (ร้อยละ 71.05) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสโสด จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 73.68 กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ จำนวน 37 คน (ร้อยละ 97.37) อาชีพส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมจำนวน 23 คน (ร้อยละ 60.53) รองลงมาคือพนักงานเอกชนจำนวน 8 คน (ร้อยละ 21.05) กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์เป็นผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 100 และส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจำนวน 25 คน (ร้อยละ 65.79) ดังแสดงในตารางที่ 3



ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=38)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ (Gender)		
หญิง (Female)	31	81.58
ชาย (Male)	7	18.42
สถานภาพสมรส (Marital Status)		
โสด (Single)	28	73.68
สมรส (Married)	10	26.32
อายุ (Age)		
(Max=50, Min= 21, Mean= 34.42, S.D. = 6.92)		
ระดับการศึกษาสูงสุด (Highest Level of Education)		
มัธยมศึกษา (Secondary School)	27	71.05
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (Bachelor's Degree or Equivalent)	7	18.42
ปวส. (Vocational Certificate)	4	10.53
อาชีพปัจจุบัน (Current Occupation)		
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Village Health Volunteer)	23	60.53
พนักงานเอกชน (Private Sector Employee)	8	21.05
ประกอบอาชีพอิสระ (Self-Employed)	7	18.42
ศาสนา (Religion)		
ศาสนาพุทธ (Buddhism)	37	97.37
ศาสนาคริสต์ (Christianity)	1	2.63
ประสบการณ์เป็นผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน (Experience for Primary Health Caregivers of Older people with Non-complication Illness in the community)		
มี (Yes)	38	100
ไม่มี (No)	-	-
ประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (Training Experience in Elderly Health Care)		
มี (Yes)	25	65.79
ไม่มี (No)	13	34.21

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ของผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน โดยใช้แบบประเมินความรู้จำนวน 30 ข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 21.47 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน (S.D. = 3.82) และภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 26.05 คะแนน (S.D. = 2.57) สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความรู้ของผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งความรู้ที่ได้รับสามารถประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างเหมาะสม



เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีอิทธิพลต่อการเพิ่มระดับความรู้ของผู้ดูแล โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยความรู้สูงสุด ได้แก่ ข้อที่ 3 “แนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ คือ การส่งเสริมให้มีการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว” (Mean = 0.96, S.D. = 0.14) แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่สามารถตอบคำถามได้ถูกต้องเกือบทั้งหมด สะท้อนถึงความเข้าใจที่ดีในประเด็นดังกล่าวในทางกลับกัน ข้อที่มีค่าเฉลี่ยความรู้ต่ำสุด ได้แก่ ข้อที่ 29 “เมื่อผู้สูงอายุลิ้มรับประทานยาตามเวลา ควรทำอะไร” ซึ่งคำตอบที่ถูกต้อง คือ “การรับประทานทันทีที่นึกได้” (Mean = 0.76, S.D. = 0.10) สะท้อนถึงประเด็นที่ควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมองค์ความรู้เพิ่มเติมในกิจกรรมฝึกอบรมหรือการเรียนรู้ในอนาคต

นอกจากนี้ การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสมรรถนะของผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้แบบประเมินสมรรถนะจำนวน 20 ข้อ ซึ่งพัฒนาขึ้นในรูปแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 63.26 คะแนน จากคะแนนเต็ม 80 คะแนน (S.D. = 6.45) และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 71.84 คะแนน (S.D. = 4.72) สะท้อนถึงการพัฒนาทักษะและสมรรถนะของผู้ดูแลในเชิงปฏิบัติอย่างชัดเจนผลการวิเคราะห์รายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ข้อ “ฉันประเมินและให้ความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว” (Mean = 3.42, S.D. = 0.64) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ข้อ “ฉันช่วยเหลือดูแลระหว่างการรับประทานอาหาร/การให้อาหารทางสายยาง เพื่อป้องกันการสำลักอาหารในผู้สูงอายุ” (Mean = 3.21, S.D. = 0.74) ซึ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมอยู่ระหว่าง 3.21 – 3.42 บ่งชี้ว่าผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการปฏิบัติงานในระดับ “ปฏิบัติบ่อยครั้ง” ถึง “ปฏิบัติเป็นประจำ” ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนว่า โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะมีผลในการยกระดับสมรรถนะด้านต่าง ๆ ของผู้ดูแล อาทิ การจัดการกิจวัตรประจำวัน การประเมินปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้น และการสื่อสารกับผู้สูงอายุและครอบครัว ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการวิจัยพบว่า ระดับความรู้และสมรรถนะในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ยุ่งยาก ซับซ้อนหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนความรู้ก่อนโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21.47 และหลังโปรแกรมเพิ่มขึ้นเป็น 26.05 ค่าความแตกต่างเฉลี่ย (Mean Difference) เท่ากับ 4.58 โดยมีช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% Confidence Interval) อยู่ระหว่าง 3.51 ถึง 5.65 และมีค่าสถิติ $t = 9.42$ (df = 37) ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ คะแนนสมรรถนะ ก่อนโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 63.26 และหลังโปรแกรมเพิ่มขึ้นเป็น 71.84 ค่าความแตกต่างเฉลี่ยเท่ากับ 8.58 ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 อยู่ระหว่าง 6.72 ถึง 10.44 มีค่าสถิติ $t = 11.33$ (df = 37) ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ เช่นกัน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมานโดยใช้สถิติ paired t-test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังโปรแกรม ($n = 38$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ และสมรรถนะในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อนในชุมชน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($n = 38$)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	S.D.	t (df = 37)	p-value
ความรู้ (Knowledge)				
ก่อนเข้าโปรแกรม	21.47	1.58	9.42	p = 0 .000*
หลังเข้าโปรแกรม	26.05	1.46		
สมรรถนะ (Competency)				
ก่อนเข้าโปรแกรม	63.26	.23	11.33	p = 0 .000*
หลังเข้าโปรแกรม	71.84	.55		

* p -value < 0.05



การอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมมีความรู้และสมรรถนะในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ซับซ้อนในชุมชน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอธิบายได้ว่า ความรู้ของผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นที่เพิ่มขึ้นนั้นเป็นผลมาจากการได้รับโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน ซึ่งพัฒนาโดยใช้แนวคิด Up-Skill/ Re-Skill¹⁰ โดยผ่านการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การปฐมพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ (การทำความสะอาดร่างกาย การทำความสะอาดบาดแผล การให้อาหารทางสายยาง การจัดทำและการเคลื่อนย้าย การบริหารร่างกาย หลักการใช้ยาเบื้องต้น) รวมถึงบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล หลักคุณธรรมจริยธรรม และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน และการเพิ่มพูนความรู้และทักษะโดยการปฏิบัติการย้อนกลับในห้องปฏิบัติการทางการพยาบาล ซึ่งการฝึกทักษะในห้องปฏิบัติการทางการพยาบาล จะสามารถพัฒนาทักษะทางปฏิบัติ (Clinical Skills) ของผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลจะได้ฝึกฝนทักษะพื้นฐาน เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การทำความสะอาดบาดแผล การให้อาหารทางสายยาง การจัดทำและการเคลื่อนย้าย การบริหารร่างกาย หลักการใช้ยาเบื้องต้น การฝึกทักษะในห้องปฏิบัติการ จะทำให้ผู้ดูแลปฏิบัติทักษะต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้องและมั่นใจเมื่อออกฝึกจริงในสถานพยาบาล เป็นการเพิ่มความมั่นใจในตนเอง การฝึกในห้องปฏิบัติการซ้ำ ๆ ช่วยลดความกังวลและความกลัวเมื่อต้องปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง มีความกล้าแสดงออก กล้าตัดสินใจ และสามารถทำงานภายใต้แรงกดดันได้ดีขึ้น ร่วมกับการประยุกต์กับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Gibson¹¹ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ร่วมติดตามการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน ให้กำลังใจเสริมแรงในกรณีที่กลุ่มทดลองสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง กลุ่มทดลองที่ไม่มั่นใจในการดูแล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยร่วมให้คำแนะนำ เพื่อให้กลุ่มทดลองมีความมั่นใจและเชื่อมั่นในตัวเองในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน รวมทั้งคู่มือในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ให้กลุ่มทดลอง ทบทวนและใช้ประกอบในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้กลุ่มทดลองเกิดการเป็นเจ้าของ และมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน รับผิดชอบของตนเอง ปฏิบัติจนเกิดทักษะ ดังนั้นทั้งแนวคิด Up-Skill/ Re-Skill ควบคู่กับการเสริมพลังอำนาจจึงสามารถทำให้เกิดสมรรถนะในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ซับซ้อนในชุมชนได้ ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยการพัฒนาหลักสูตรและศึกษาประสิทธิภาพหลักสูตรเสริมสร้างสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในจังหวัดเพชรบุรีพบว่า ผู้เข้ารับการอบรมได้รับความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถปฏิบัติงานได้จริง¹⁵ และงานวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ: กรณีศึกษาอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว พบว่า ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ ทักษะติดต่อการดูแลผู้สูงอายุ สามารถร่วมกันทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ร้อยละ 21¹⁶ และสอดคล้องกับงานวิจัย ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังต่อความรู้และทักษะในการป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 โดยประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson ภายหลังการทดลอง ความรู้ และทักษะของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.44, df = 58, p < .001$ และ $t = 11.01, df = 58, p < .001$ ตามลำดับ)¹⁷ และงานวิจัยเกี่ยวกับผลโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยสร้างจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ทักษะติดต่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และทักษะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05¹⁸ แต่กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์เป็นผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน (เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัว) จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุภายในบ้าน อาจมีส่วนทำให้เกิดการพัฒนาทักษะและความรู้จากประสบการณ์จริง โดยผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุจะมีความเข้าใจในพฤติกรรม สุขภาพ และความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุมากกว่าผู้ที่ไม่มีความรู้ ประสบการณ์ รวมถึงทัศนคติและความเข้าใจทางอารมณ์การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวช่วยให้เกิดความเห็นอกเห็นใจ



เข้าใจบริบทของผู้สูงอายุ เช่น ความเหงา ความเปราะบาง และความต้องการด้านจิตใจ ผู้ที่เคยดูแลมาก่อนอาจมีความอดทนและมีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพพนักงานในหน่วยงานสาธารณสุข (เจ้าหน้าที่ อสม.) จำนวน 23 คน (ร้อยละ 60.53) ซึ่งเคยมีประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจำนวน 25 คน (ร้อยละ 65.79) การเคยผ่านการอบรมเพิ่มเติมในการดูแลผู้สูงอายุอาจส่งผลต่อความรู้และสมรรถนะในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ซับซ้อนในชุมชนได้ สอดคล้องกับงานวิจัยสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ ที่พบว่าการเคยผ่านการอบรมเพิ่มเติมในการดูแลผู้สูงอายุสามารถร่วมกันพยากรณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($\beta = .306, t = 4.239, p < .001$)⁸

สรุปการวิจัย

ผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชนหลังได้รับโปรแกรม มีความรู้และสมรรถนะในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ซับซ้อนในชุมชน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอธิบายได้ว่า ความรู้และสมรรถนะของผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นที่เพิ่มขึ้นนั้นเป็นผลมาจากการได้รับโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน ซึ่งพัฒนาโดยใช้แนวคิด Up-Skill/Re-Skill⁷ ร่วมกับการประยุกต์กับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิด ของ Gibson⁸ เมื่อพิจารณารายข้อด้านความรู้ผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ข้อที่ 29 เมื่อผู้สูงอายุลิ้มรับประทานยาตามเวลา ควรทำอย่างไร คือ การให้รับประทานทันทีที่นึกได้ (Mean = 0.76, S.D. = 0.10) แสดงถึงประเด็นที่อาจยังเป็นจุดอ่อนในองค์ความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งควรได้รับการเน้นย้ำเพิ่มเติมในกิจกรรมฝึกอบรมหรือการส่งเสริมความรู้ในอนาคต และด้านสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ "ฉันทช่วยเหลือดูแลระหว่างการรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันการสำลักอาหารในผู้สูงอายุ" (Mean = 3.21, S.D. = 0.74) แสดงถึง ในอนาคตควรนำมา Up-Skill/Re-Skill เกี่ยวกับสมรรถนะการปฐมพยาบาลเบื้องต้น เพื่อให้ผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ซับซ้อนในชุมชน มีสมรรถนะในการดูแลได้อย่างประสิทธิภาพสูงสุด จุดแข็งของโปรแกรมนี้นี้คือ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยร่วมติดตามการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน ให้กำลังใจ เสริมแรงในกรณีที่กลุ่มทดลองสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง กลุ่มทดลองที่ไม่มั่นใจในการดูแล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยร่วมให้คำแนะนำ เพื่อให้กลุ่มทดลองมีความมั่นใจและเชื่อมั่นในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน รวมทั้งคู่มือในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้กลุ่มทดลอง ทบทวนและใช้ประกอบในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้กลุ่มทดลองเกิดการเป็นเจ้าของ และมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุในความรับผิดชอบของตนเอง ปฏิบัติจนเกิดทักษะ ดังนั้นการใช้โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน โดยใช้แนวคิด Up-Skill/Re-Skill จำเป็นต้องมีกระบวนการควบคู่กับการเสริมพลังอำนาจจึงสามารถทำให้เกิดสมรรถนะในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ซับซ้อนในชุมชนได้

ข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดบางประการ ดังนี้

1. การดำเนินโครงการวิจัยอาจยังไม่เพียงพอในการประเมินผลลัพธ์ระยะยาว เช่น ความคงทนของทักษะและความรู้หลังสิ้นสุดโปรแกรม
2. การเก็บข้อมูลดำเนินการในพื้นที่เฉพาะ ซึ่งอาจมีบริบทด้านสังคม วัฒนธรรม และระบบบริการสุขภาพเฉพาะถิ่น ส่งผลต่อการนำผลลัพธ์ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นที่มีความแตกต่างกัน
3. ไม่สามารถควบคุมปัจจัยแวดล้อมภายนอก เช่น ประสบการณ์เดิมของผู้ดูแล การสนับสนุนจากครอบครัวหรือชุมชน ที่อาจส่งผลต่อการเรียนรู้หรือการนำทักษะไปใช้จริง



ข้อเสนอแนะ

1. จัดทำโปรแกรมระยะยาวอย่างน้อย 1 ปี มีการติดตามและการเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง และมีการติดตามประเมินผลเป็นระยะๆ เพื่อประเมินความยั่งยืนของโครงการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน
2. ควรขยายผลโปรแกรมไปยังชุมชนอื่น ๆ โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่นและนำผลการศึกษาที่ได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้ไปต่อยอดทำวิจัยในกลุ่ม ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ยังขาดความรู้และทักษะในผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นในผู้สูงอายุ
3. ในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการควบคุมปัจจัยแวดล้อมภายนอก เช่น ประสบการณ์เดิมของผู้ดูแล การสนับสนุนจากครอบครัวหรือชุมชน ที่อาจส่งผลต่อการเรียนรู้หรือการนำทักษะไปใช้จริง

References

1. Department of Older Persons. [Internet]. 2025 [cited 2025 July 12]. Available from: <https://www.dop.go.th/th/statistics> (in Thai)
2. Somdet Phra Sangharaja Yan Sanvara Geriatric Medicine Institute, Department of Medical Services. Handbook for screening and health assessment of the elderly, 2021. Bangkok: War Veterans Organization Printing Press; 2021. (in Thai)
3. World Health Organization. Noncommunicable diseases. [internet]. 2024 [cited 2025 Jun 3]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
4. Department of Health. Long-term care guideline for older persons with chronic diseases and dependency. Bangkok: Department of Health, Ministry of Public Health. [Internet]. 2019 [cited 2025 Jul 12]. Available from: <https://eh.anamai.moph.go.th/th/ltc/> (in Thai)
5. Sasit S. Geriatric nursing: Common problems and care approaches. 4th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2020. (in Thai)
6. Decharatanachart Y, Kochakote Y. Long-term care model for the elderly with dependency. Dhammathas Academic Journal. 2022;22(3):63-80. (in Thai)
7. Strategy and planning division of office of the permanent secretary Ministry of Public Health. Guidelines for the development of high-performance organizations, Ministry of Public Health MoPH - 4T. [internet]. 2023 [cited 12 Jul 2025]. Available from: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/04/MoPH-4T.pdf> (in Thai)
8. Chananin Y, Krongyuth S, Kumpiriyapong N, Boonchuwong O, Chaisongmuang P. Factors influencing the competency of village health volunteers in caring for community-dwelling older adults living with chronic illnesses. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2024;24(2):125–37. (in Thai)
9. Kitreerawutiwong k, Kitreerawutiwong N. The development direction for long-term care giver in community. Journal of Nursing and Health Care. 2018;36(4): 15-24. (in Thai)
10. Sakamoto A, Sung J. Skills and the future of work: Strategies for inclusive growth in Asia and the Pacific. Bangkok: ILO Regional Office for Asia and the Pacific. [internet]. 2021[cited 2025 Jun 3] Available from: https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@asia/@ro-bangkok/@sro-bangkok/documents/publication/wcms_650239.pdf



11. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*. 1991;16(3):354–61. doi:10.1111/j.1365-2648.1991.tb01660.x
12. Bloom BS. Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. Handbook I: Cognitive domain. New York: David McKay Company; 1956.
13. Kaiyawarn Y. Statistics for research. 5th ed. Bangkok: Ramkhamhaeng University Press; 2009. (in Thai)
14. Srisatitnarakun B. Basic research in nursing science. 5th ed. Bangkok: U&I Intermedia; 2012. (in Thai)
15. Nilnat N, Prasomsuk S, Kerdnu K. The curriculum development for enhancing the elderly caregivers' competencies of non-communicable diseases with community participation in Phetchaburi Province. *Journal of the Office of DPC 7 Khon Kaen*. 2022;29(3):27–37. (in Thai)
16. Ploysuwan C, Phetsombat R, Luang-on D, Ruamsuk T. Factors affecting the caring competency of older people among village health volunteers in eastern region: A case study of Wang Sombun District, Sa Kaeo Province. *Research and Development Health System Journal*. 2023;16(3):15–29. (in Thai)
17. Thongtang P, Sisawang C, Boonsadudee B. Effect of a competency development program for caregivers of older adults with chronic diseases on knowledge and skills in COVID-19 prevention. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 2022;32(3):52–65. (in Thai)
18. Thipsungwan K, Sribenchamas N, Lamluk P. Effects of the development competency program of volunteers for taking care of the elderly in community. *Humanities and Social Sciences Journal of Graduate School, Pibulsongkram Rajabhat University*. 2018;12(1):275–91. (in Thai)



การปฏิบัติทางจิตวิญญาณของบิดามารดาที่ดูแลเด็กและวัยรุ่นโรคมะเร็ง การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

วิภาวี พลแก้ว Ph.D.¹

Katherine Heinze Ph.D.²

Charlotte Barry Ph.D.³

(วันรับบทความ : 28 พฤษภาคม พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 8 สิงหาคม พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ: 15 สิงหาคม พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

โรคมะเร็งในเด็กเป็นปัญหาที่สร้างความเครียดอย่างมากต่อครอบครัว โดยเฉพาะบิดามารดาซึ่งมักประสบกับภาระทางจิตใจ จึงนิยมการปฏิบัติทางจิตวิญญาณ เพื่อบรรเทาความเครียดในจิตใจ การปฏิบัติทางจิตวิญญาณมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพทางจิตและการเผชิญปัญหาอย่างมีพลัง โดยช่วยให้บิดามารดาสามารถรับมือกับความทุกข์ทางอารมณ์ ฟื้นฟูความหวัง และสร้างความหมายให้กับประสบการณ์ที่ยากลำบากได้ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสรุปและสังเคราะห์วรรณกรรมปัจจุบัน เกี่ยวกับการปฏิบัติทางจิตวิญญาณของบิดามารดาที่ดูแลเด็กและวัยรุ่นอายุตั้งแต่แรกเกิด – 20 ปี ที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งทุกระยะ โดยใช้แนวทางการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Joanna Briggs Institute (JBI) และ Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบคัดกรองงานวิจัย แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยและแบบบันทึกการสกัดข้อมูล สืบค้นวรรณกรรมจากฐานข้อมูลจำนวน 4 ฐาน ได้แก่ MEDLINE/PubMed, CINAHL, ProQuest และ PsycINFO ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2560 ถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

ผลการสืบค้นอย่างเป็นระบบพบว่า งานวิจัยที่ศึกษาทั้งหมดระบุได้จำนวน 275 เรื่อง และผ่านเกณฑ์การคัดเลือกโดยใช้แบบคัดกรองงานวิจัยและแบบประเมินคุณภาพ มีงานวิจัยจำนวน 11 เรื่อง ที่ผ่านการพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อพิจารณาวิเคราะห์รูปแบบการปฏิบัติทางจิตวิญญาณของบิดามารดาเด็กและวัยรุ่นโรคมะเร็ง มี 2 วิธี คือ 1) การปฏิบัติทางจิตวิญญาณเกี่ยวกับศาสนา ได้แก่ การสวดมนต์ การปฏิบัติพิธีกรรม การอ่านคัมภีร์ และการทำสมาธิ 2) การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งต่าง ๆ ได้แก่ บิดามารดาคนอื่น ๆ ชุมชนแห่งศรัทธา และบุคลากรทางการแพทย์ การศึกษาครั้งนี้ อาจทำให้เข้าใจการปฏิบัติทางจิตวิญญาณในบริบทที่แตกต่างกัน ซึ่งจะช่วยให้การดูแลที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้นในมิติจิตวิญญาณของบิดามารดา ส่งเสริมให้การดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคมะเร็งมีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: การปฏิบัติทางจิตวิญญาณ บิดามารดา เด็กและวัยรุ่นโรคมะเร็ง การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

¹อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์, Christine E. Lynn College of Nursing, Florida Atlantic University, USA

³ศาสตราจารย์, Christine E. Lynn College of Nursing, Florida Atlantic University, USA

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: wipawee@knc.ac.th Tel: 080-6199426



Spiritual Practices of Parents Caring for Children and Adolescents with Cancer: A Systematic Review

Wipawee Ponkaew Ph.D.¹

Katherine Heinze Ph.D.²

Charlotte Barry Ph.D.³

(Received Date: May 28, 2025, Revised Date: August 8, 2025, Accepted Date: August 15, 2025)

Abstract

Childhood cancer is a condition that causes significant stress to families, especially to parents who often experience psychological burdens. As a result, spiritual practices are commonly adopted to alleviate emotional distress. Spiritual practices play a crucial role in promoting mental well-being and empowering individuals to cope with challenges. These practices help parents manage emotional suffering, restore hope, and find meaning in difficult experiences. This systematic review aimed to summarize and synthesize current literature on the spiritual practices of parents caring for children and adolescents (from birth to 20 years old) with cancer in any stage of the disease. The review followed the Joanna Briggs Institute (JBI) and Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) guidelines. The tools used included a research screening form, a critical appraisal checklist, and a data extraction form. Literature was searched across four databases: MEDLINE/PubMed, CINAHL, ProQuest, and PsycINFO, covering the period from January 2017 to February 2025.

A total of 275 studies were identified. After applying the inclusion criteria using the screening and quality appraisal tools, 11 articles met the eligibility criteria. The results of this review identified two main types of spiritual practices among parents of children and adolescents with cancer: 1) religious-related spiritual practices – including prayer, rituals, sermon books, and meditation; and 2) finding social support from various sources, such as other parents, faith communities, and health professionals. This review may enhance the understanding of spiritual practices across different contexts, contributing to more profound spiritual care for parents. It also supports more effective care for children and adolescents with cancer, ultimately improving their quality of life.

Keywords: spiritual practices, parents, children and adolescents with cancer, systematic review

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

²Assistant Professor, Christine E. Lynn College of Nursing, Florida Atlantic University, USA

³Professor, Christine E. Lynn College of Nursing, Florida Atlantic University, USA

¹Corresponding Author, Email: wipawee@knc.ac.th Tel: 080-6199426



Introduction

Childhood and adolescent cancer is a profoundly distressing experience, not only for the affected young patients but also for their families-particularly their parents. Cancers continue to be a global health concern, with over 400,000 new cases estimated each year among individuals under 20 years of age.^{1,2} The diagnosis, treatment, and uncertainty associated with pediatric cancer place immense emotional, psychological, and spiritual burdens on their parents.³

Spirituality is a fundamental aspect of being human, encompassing how we find meaning in life, understand our purpose, connect with others, and experience inner peace.^{4,5} Spirituality is uniquely experienced and practiced. As their child's disease worsened, the observed phenomenon changes in the spiritual activities of the parents were identified: a) When the child was first diagnosed, parents prayed for their recovery; b) Many parents lost faith when the cancer recurrent or worse; and c) After the death of their child, parents frequently regained their faith and found psychological and spiritual comfort in the belief in an afterlife.⁴ Nicholas et al.⁶ asserted that spirituality had been demonstrated to shape parental understanding of complex conditions in children with cancer.

While advances in treatment have improved survival rates, the psychosocial impact on families remains profound. Parents, who are most often the primary caregivers, must balance emotional, logistical, and financial burdens throughout the illness trajectory.⁷ In navigating this complex journey, many parents turn to spiritual practices as a source of strength, meaning, and resilience. Spirituality, broadly defined, encompasses an individual's search for meaning, purpose, and connection, which may or may not involve religious beliefs or practices.^{8,9} Among the resources and strategies of support, religiosity/ spirituality (R/S) has been increasingly identified and highlighted.¹⁰

Within pediatric oncology, spirituality has been identified as a critical coping resource for parents, supporting emotional resilience, promoting hope, and helping to sustain caregiving efforts under prolonged stress.⁹ Spiritual practices-including prayer, meditation, scripture reading, ritual observance, and personal reflection—have been reported to provide comfort and a sense of control during periods of uncertainty.¹¹

Parents of children with poor-prognosis cancer reported spirituality as religious beliefs and practices, notions of a higher being, meaning-making, and relationships.⁶ Evidence revealed that parents with deeper spirituality had greater acceptance of their child's condition, experienced emotional decompression, and benefited from the support of their faith community because spiritual care positively affects patients by easing their discomfort.^{6,12}

While spirituality is widely recognized as a key coping resource for parents of children with cancer, the specific spiritual practices these parents engage in-across different cultures, belief systems, and stages of the illness-have not been comprehensively synthesized in the literature. Understanding these practices is crucial for nurses, healthcare providers, and psychosocial support teams to offer culturally sensitive and spiritually competent care. The findings of this review will identify common themes, inform culturally sensitive interventions, synthesize the unique spiritual practices of parents within the context of caring for a child or adolescent undergoing treatment for cancer, and guide training for spiritually responsive care.



Aim

The purpose of this study aimed to systematically summarize the current literature on spiritual practices of parents caring for children with cancer and to synthesize the evidence findings on the components of spiritual practices by parents' caring-promoting programs.

Methods

The question that guided this review was, *“What are the spiritual practices of parents caring for children and adolescents with cancer?”* A systematic review was carried out according to the Joanna Briggs Institute (JBI) Manual for Evidence Synthesis 2024 Edition. To ensure precise, consistent reporting of results, the standard protocol for review adhered to the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses-the PRISMA 2020 statement.¹³

Data Sources and Searches Strategies

The PRISMA flow diagram (Figure 1) for the systematic review was used to illustrate the process of review and exclusion of journal articles. A literature search was conducted in MEDLINE/PubMed, CINAHL, ProQuest, and PsycINFO to identify relevant articles from each database published between January 2017 and February 2025. The key terms used in the search strategy and adapted to each database were as follows: spirituality/spiritual practice/spiritual care, parents caring, cancer, neoplasm, oncology, malignancy, and children/adolescents.

Inclusion/ Exclusion Criteria

Studies were considered eligible for inclusion in the literature review if they were published in peer-reviewed journals written in English between January 2017 and February 2025. The target population was parents of children/adolescents diagnosed with cancer. The studies focused on the spiritual practices of parents caring for children with cancer. Exclusion criteria were studies focusing on spiritual practices by healthcare providers, such as physicians or nurses. The studies were excluded if published as review papers, grey literature, books, magazines, and/or reports and studies that did not report findings related to the parents' spiritual caring.

Data extraction

The eligibility of each study was independently assessed by two authors (WP and KH). Inclusion of studies in this systematic review was determined through consensus, and any disagreements were resolved by a third senior author (CB). The first author (WP) individually extracted the data from the screened studies. For critical appraisal of the studies, we used the Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ).¹⁴ Quantitative data were extracted by using the data extraction sheet of the standardized data extraction tool JBI-MAStARI.¹⁵ The information was extracted from the included studies based on setting, research design, participants, disease, main findings, and year of publication. The PRISMA statement was utilized as a standardized reporting framework, which facilitated the quality assessment process and enhanced the transparency of the review.



Results

Study Selection

The literature search identified 306 papers, of which 128 were duplicates. Initial screening by title and abstract excluded 155 records. The remaining 23 full-text articles were appraised for eligibility criteria. After the full texts were read, 12 articles were excluded for the following reasons: (a) not study in parents (n = 8), (b) study in children with another chronic disease (n = 4). A total of 11 articles met the inclusion criteria (see Figure 1).

General Study Characteristics

Eleven studies were identified in this systematic review. Table 1 outlines the main characteristics of the studies such as authors and funding resource, purpose, sample/setting, research design, intervention, and findings. In terms of study design, most studies were conducted in qualitative design (n = 7).^{4,6,10,13,17-19} Whereas the remaining 4 studies were quantitative studies.²⁰⁻²² Regarding the setting, most interventions were conducted in Western countries: the United States (n = 2)^{20,21}, Brazil (n = 2)^{22,23}, Canada (n = 1)⁶. The residual was conducted in Asian countries: Iran (n = 2)^{16,18}, Lebanon (n = 1)¹⁹, India (n = 1)²⁴, China (n = 1)⁴, and Thailand (n = 1)¹⁷. As to religion, 4 studies included Christian parents^{6,18-20,23}, 3 articles with Muslim parents^{16,18,19}, Buddhist mothers¹⁷, and non-religious respectively in the remaining studies.^{4,22,24} The majority of participants studies were female or mothers of children with cancer.

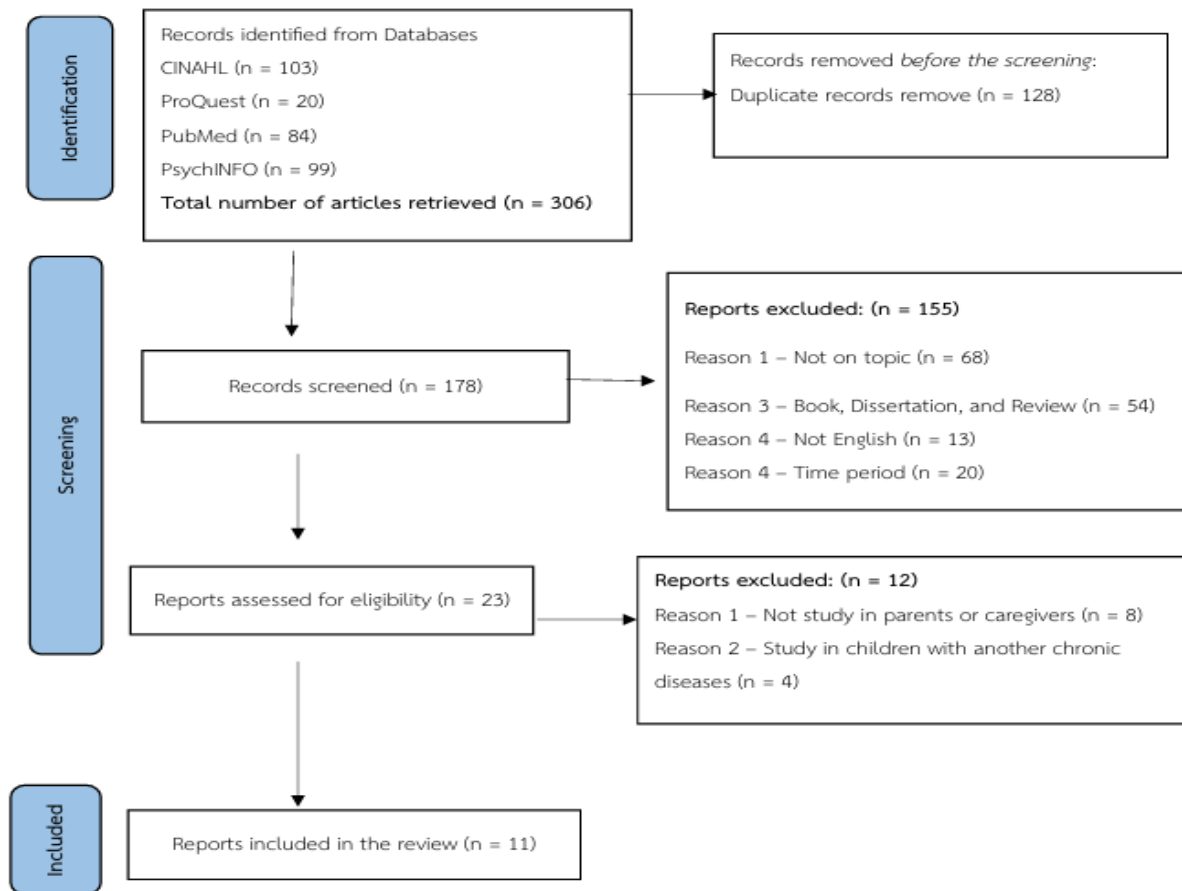


Figure 1

PRISMA flow diagram of the selection process used to identify and include articles in the systematic review



Data Analysis

Two main outcomes emerged from this review were *Religious and Spiritual Practice* and Finding Social Support.

Religious and Spiritual Practice

The findings revealed that religious and spiritual practices were most described as what parents do, such as saying prayer^{4,10,17,23}, making merit^{6,17}, reading Quran¹⁶, and doing meditation when their child is undergoing treatment for cancer.²³

Prayers

This systematic review revealed that prayer emerged as a central spiritual practice among parents caring for children and adolescents with cancer, with distinct patterns observed between prayer practice and prayer belief.^{12,16-20} Prayer practice was characterized by the actual behaviors of praying, including routine prayers, spontaneous individual prayer, participation in group prayers, and the use of specific prayer rituals during times of medical crisis. Parents reported engaging in prayer frequently, often daily, as a source of emotional support and coping during their child's illness. Prayer in conjunction with Bible and Quran reading provides solace.^{16,18,19}

In contrast, prayer belief referred to parents' underlying faith in the power and meaning of prayer. These beliefs encompassed views that prayer could lead to healing, divine intervention, or inner peace, as well as perceptions of prayer as a means to express hope, surrender, or maintain a connection with a higher power^{6,20}. According to Thanattheerakul, et al.¹⁷ children and their parents frequently turn to prayer for relaxation during challenging circumstances and use it as a coping strategy for the suffering brought on by illness. As a spiritual fulcrum, prayer was offered to the Buddha and the parents' ancestors. They thought that by praying, their requests would be granted.¹⁷ When parents felt hopeless, they only wanted to pray and call God, which these behaviors are classified as active religious surrender.¹⁸

Parents of children with cancer often seek divine assistance through prayer. According to Nikfarid et al.¹⁸, it turns into a channel through which people, their parents speak with God and request comfort and improvements in their hardships. They emphasize the use of prayer as a means of pleading with God for courage and comfort in difficult situations. While most studies highlighted a strong alignment between belief and practice, some parents maintained a strong belief in prayer's efficacy even when they did not engage in it regularly. These findings underscore the importance of addressing both the behavioral and cognitive dimensions of prayer when considering the spiritual needs of caregiving parents in pediatric oncology settings.

Prayer is seen as a resource that can intervene in the situation of illness, preventing disease progression. Parents who used prayer were more likely to identify it as effective in healing of their child treatment. Prayers have been described as positive in coping, providing a feeling of calm, tranquility, and comfort. The four studies^{4,6,16,23} found situations in which the parents manifested the prayers, who resorted to seeking intersections of spiritual strength in healing treatment, as Nicholas et al.⁶ reported. In this study, there is a manifestation in which the mother resorted to spiritual power to assist in treating the sick because she prayed.



Rituals

The use of rituals was presented as a resource linked to religious/ spiritual (R/S) experiences, as well as a support in the mental health conditions of parents. Rituals were employed by parents as structured, symbolic actions to find meaning, gain a sense of control, and express spiritual connection during their child's illness¹⁶. These included using religious symbols, reading sacred texts, and participating in hospital-based or community religious ceremonies. For some parents, rituals were closely linked to religious traditions, serving as a form of spiritual grounding in times of uncertainty. Similarly, Dolan et al.²¹ asserted that rituals often functioned not only as acts of faith but also as coping mechanisms, providing structure, hope, and a sense of agency in caregiving roles. Their presence across diverse cultural and religious backgrounds highlights the universal role of ritual in addressing the spiritual and psychological needs of parents caring for children with cancer.

Since parents play a crucial role in shaping the personality and mental health of their children, their spiritual health can significantly impact their offspring. Engaging in these rituals and traditions provides an opportunity for reflection, contemplation, and a sense of connection with the creator, thereby enhancing the spiritual health of parents and positively affecting other aspects of their mental well-being.²³

Religious and rituals can also be expressed through third parties such as family and health professionals. Parents report it is meaningful when health professionals consider and support their religious and spiritual beliefs, such as giving them objects or having actions related to R/S. In addition, the parents can practice religious rituals during treatment, such as praying or inviting a chaplain to the hospital, as Nicholas et al.⁶ described.

Sermon Books

In this review are presented sermon books such as the Bible, Quran, and Dhamma Pidok. Parents used these strategies to calm down in situations of stress. These books, which contain collections of religious teachings, scriptural interpretations, and spiritual reflections, were used by parents as a source of comfort, guidance, and inner strength during periods of emotional distress and uncertainty.¹⁷ Parents reported that reading sermon books helped reinforce their faith, provided perspective on suffering, and fostered resilience by connecting their experiences to broader spiritual or religious narratives.¹⁹ In some cases, sermon books were integrated into daily routines or used during quiet moments of reflection at the bedside, offering a structured way to engage with spiritual content outside of formal religious settings. Reading a sacred book, for example, can be an essential resource in patients' comfort and healing process, helping them relax in times of tension. Buddhist participants described making merit, reading Dhamma books, respecting the Buddha, and purifying the mind¹⁷.

This practice was especially important for parents who were unable to attend regular religious services due to caregiving responsibilities, allowing them to maintain a spiritual connection despite physical and emotional constraints¹⁷. Overall, the use of sermon books reflects the role of textual engagement as a personal and accessible form of spiritual nourishment for parents navigating the challenges of pediatric cancer care.

Meditation

One study found that parents use meditation as a spiritual practice.¹⁷ Parents reported that medication supported the patients/caregivers in feeling calm and peaceful. The parents thought meditation enhanced their ability to handle the difficult situation of caring for a child with cancer, or could facilitate transcendence.



In Thai Buddhism, extrication or liberation from everything is the expected way of life. Parents reported they showed transcendence by devoting themselves to caring for their children, and trying to make merit for their good deeds.¹⁷ Meditation, including mindfulness-based techniques, breathing exercises, and silent reflection, allows parents to momentarily disengage from the overwhelming demands of their child treatment and reconnect with their inner selves.

For some parents, meditation is a non-religious yet deeply spiritual practice that cultivates presence, gratitude, and acceptance of uncertainty—a common experience in pediatric oncology settings. Moreover, when integrated into daily routines, meditation practices can help parents sustain emotional well-being and maintain supportive relationships with their children and healthcare providers.

The spiritual support of formal religions is not appropriate for non-religious theistic parents due to their absence of espoused belief in the existence of God or gods and purposeful beliefs. Other aspects of spiritual support, such as family support groups and bereavement programs, may be more appropriate for non-religious families. Medical staff, relatives, friends, and other bereaved parents can provide spiritual support differently. Religious parents who are giving medications, taking care of their children and houses, and working their jobs have reported that religious beliefs and practices helped them remain calm, accept situations, and recognize their own limitations when their child is undergoing treatment for cancer.⁴

Finding Social Support

Finding Social Support from this review were included: Connectedness with Other Parents, Support from a Faith Community, and Support from Health Professionals.

Connectedness with Other Parents

Doumit et al.²¹ found that interaction with other parents was an essential element of spiritual coping. When requested to support new parents joining the center, parents revealed their inner strength. They had the impression that they were surrounded by people who had experienced similar experiences.

Some parents demonstrated how hearing encouraging tales from other parents gave them hope and inner serenity. Those involved benefited greatly from the peer support.¹⁹ Support from other parents experiencing similar challenges plays a pivotal role in the spiritual and emotional resilience of parents caring for children and adolescents with cancer. Peer support provides a unique source of empathy, understanding, and shared experience that professional support systems may not fully offer.

Similarly, regardless of whether through earthly love or a more common love—often referred to as a connection to a higher being—the patients and their families acknowledged that they felt loved in some way.²² These connections often form in hospital settings, support groups, or online communities, allowing parents to exchange coping strategies, express spiritual beliefs, and find solace in mutual understanding.¹⁹ Studies have shown that this form of social support fosters a sense of belonging and reduces feelings of isolation, which can strengthen parents' faith, hope, and meaning-making during the cancer journey. Engaging with other parents can also serve as a reflective space where spiritual insights are deepened through shared narratives and witnessing others' resilience and faith practices.^{16,19} In this way, peer relationships may function not only as emotional support but as a spiritually enriching practice that reinforces inner strength and connection.



Support from a Faith Community

Support from friends, family, and frequently their religious community was highly valued by parents. Many found solace in the knowledge that their faith community was still there to support them both practically and spiritually, even though their regular religious rituals or practices (like going to community events) were disrupted.⁶

Faith communities—such as churches, mosques, temples, or other spiritual congregations—often provide both tangible and intangible forms of support including prayers, pastoral care, spiritual counseling, and community rituals.^{16-19,23} These support systems foster a sense of belonging, hope, and meaning during times of profound uncertainty and suffering. Parents often report that prayer chains, visits from religious leaders, and communal worship serve as sources of comfort and connection to the divine, reducing feelings of isolation^{17,19}

Dolan et al.¹⁹ asserted that religious groups frequently provide material resources like food and chances to interact socially with parents who have experienced comparable difficulties. Some families may find that their social support system is strengthened by membership in these groups. However, because social support and religious affiliation overlap, it is challenging to distinguish between the effects of social support, religious coping, and religion because these variables frequently interact in dynamic ways.

Support from Health Professionals

Receiving information about their child's condition from the health professional team gave parents a sense of inner peace and power. This review founded that when health care providers acknowledge and validate the spiritual concerns of parents, it strengthens the therapeutic alliance and helps parents derive meaning, hope, and emotional stability during a time of profound vulnerability.^{16,17,19} Doumit et al.¹⁹ reported that the oncologists who provided thorough prognostic information and a clear explanation of the disease gave parents of children with cancer a sense of peace and support. Parents felt reassured and that their child was receiving quality care thanks to the doctors' and nurses' updates on the present and upcoming treatment plans. They experienced inner strength and calm as a result of this sense of safety, which also translated into spiritual peace.¹⁹



Table 1 Characteristics of Studies Included in the Systematic Review (n = 11)

Author/ Funding resource	Purpose	Design	Sample/ Setting	Intervention	Results/Key Findings
Cai et al. ⁴ This work was supported by Beijing Municipal Administration of Hospitals Clinical Medicine Development of Special Grant (No. ZY201404), Beijing Municipal Administration of Hospital DengFeng Program (No. DFL20151101), and Beijing Municipal Administration of Hospitals Clinical Medicine Development Special Project (No. ZYLX201840).	To understand nonreligious theistic parents' spirituality and to explore how parents discuss death with their terminally ill children in mainland China.	Qualitative study (QL)	N = 16 Parents whose child was diagnosed with cancer received palliative care and have been bereaved for 3–12 months. (China)		Participants described themselves as nonreligious but showed a tendency toward a particular religion. Parents sought religious support in the face of the life-threatening conditions that affected their child and regarded religious belief as an essential way to get psychological and spiritual comfort after experiencing the death of their child. Religious support could partially address parents' spiritual needs. Parents' spiritual needs still require other supports such as bereavement services, death education, and family support



Author/ Funding resource	Purpose	Design	Sample/ Setting	Intervention	Results/Key Findings
Nicholas et al. ⁶ (No funding)	To address parental spirituality in the context of pediatric cancer with a poor prognosis.	Qualitative study (QL)	N = 35 Parents (mother or father) of children with cancer. (Canada)		groups. Some parents stated that it was difficult to find a way to discuss death with their children. For patients who come from nonreligious theistic families, their understanding of death was more complex and may be related to atheism. Spirituality included religious beliefs and practices, notions of a higher force or cosmos, relationships with a divine being, as well as elements emerging from meaning-making and relationships. Parental expectations of spirituality remained relatively constant across data collection time points (3–9 months postdiagnosis).



Author/ Funding resource	Purpose	Design	Sample/ Setting	Intervention	Results/Key Findings
Abdoljabbari M, Sheikhzakaryae N, Atashzadeh- Shoorideh F. ¹⁶ (No funding)	To evaluate the spiritual strategy of parents of children with cancer.	Qualitative study (QL)	N = 15 Parents of hospitalized children with cancer. (Iran)		Eleven sub-themes were extracted in the data analysis, which resulted in the generation of three themes: “spiritual strategy: appealing to God, trust, the esteem of god, Thanksgiving, and remembrance of God” “spiritual escape: lack of communication with God, and religion desertion” and “spiritual growth: spiritual attitude, spiritual tendencies, transcendent beliefs, and providence of God”.
Rossato et al. ²³ The first author has received research grants from Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel (CAPES), organization linked to the Ministry of Education of Brazil.	To understand how family caregivers of Brazilian children and adolescents with cancer experience and use religious-spiritual coping.	Qualitative study (QL)	N = 23 Parents (mother or father) of children with cancer. (Brazil)		The positive and negative religious-spiritual coping affects the quality of life, physical and emotional health of family members, reverberating in the way they deal with and understand cancer in children and adolescents.



Author/ Funding resource	Purpose	Design	Sample/ Setting	Intervention	Results/Key Findings
The fourth author has financial support from the Nacional Council for Scientific and Technological Development (CNPQ), organization linked to the Ministry of Education of Brazil.					The data found demonstrate that pediatric oncology health services and professionals should consider religious-spiritual coping and be prepared to meet the demands of this nature that may arise.
Thanattheerakul C, Tangvoraphonkchai J, Pimsa W. ¹⁷ This work was supported by the Research and Training Center for Enhancing Quality of Life of Working Age People, Faculty of Nursing, Khon Kaen University.	To explore the spiritual needs of chronically ill children and families in the Isan region of Thailand	Qualitative study (QL)	N = 17 Chronically ill children and their parents. (Thailand)		Based on O'Brien's framework, there are three aspects (Personal faith aspect, Religious practice aspect, and Spiritual contentment aspect) to children's and caregivers' expressions of opinion on spiritual needs when children get a chronic illness. The study identified five attributes of spirituality (Meaning and purpose in life, Belief and faith, Related or connectedness, Inner peace, and Transcendence.



Author/ Funding resource	Purpose	Design	Sample/ Setting	Intervention	Results/Key Findings
Nikfarid et al. ¹⁸ This study was funded by the Shahid Beheshti University of Medical Sciences (Grant/Award No. 7172/12/25/P).	To explain the dimensions of religious coping in mothers of children with cancer in Iran.	Qualitative study (QL)	N = 8 Mother of children with cancer. (Iran)		The participants of the study used coping methods in 4 of the 5 objectives of religious coping, which are meaning, control, comfort, intimacy with others, and closeness to God. Three of the most frequently used coping methods by the participants were "Punishing God Reappraisal," "Pleading for Direct Intercession," and "Benevolent Religious Reappraisal," respectively.
Doumit et al. ²⁰ The study was funded by the American University of Beirut Faculty of Medicine Research Fund.	To understand the meaning of spirituality for parents of cancer patients in Lebanon.	Qualitative study (QL)	N = 11 Parents (mother or father) of children with cancer receiving treatment at a tertiary care center in Beirut, Lebanon. (Lebanon)		A constitutive pattern and overarching theme, "spirituality is a two-level relationship. It is a relation with God and with people. It is the act of receiving and giving back" and five major themes emerged from the data. These were "Being there for me; " "Connectedness with other parents is a blessing and a torment; " "The power of knowing; " "Communication with Unknown" and "Spirituality is not religiosity".



Author/ Funding resource	Purpose	Design	Sample/ Setting	Intervention	Results/Key Findings
Livingston et al. ²¹ National Institute of Nursing Research of the National Institutes of Health (NIH) R01 NR015458-05; NIH National Center for Advancing Translational Sciences CTSI-CN UL1RR031988	To understand and honor patients' preferences for future health care by using the functional assessment of chronic illness therapy-spiritual well-being- version 4 (FACIT-Sp-EX-4).	Quantitative study (QN)	N = 126 Adolescents with cancer/family dyads. (USA)	As part of four-site randomized controlled trial of FACE for teens with cancer, the functional assessment of chronic illness therapy-spiritual well-being version 4 (FACIT-Sp-EX-4) was completed independently by 126 adolescents with cancer/family dyads. The prevalence-adjusted and bias-adjusted kappa (PABAK) measured congruence on FACIT-Sp-EX-4.	Agreement at item level between spiritual well-being of adolescents and families was assessed. Three items had $\geq 90\%$ agreement and Excellent prevalence-adjusted and bias-adjusted kappa (PABAK): "I have a reason for living," "I feel loved," "I feel compassion for others in the difficulties they are facing." Three items had $< 61\%$ agreement and Poor PABAK: "I feel a sense of harmony within myself," "My illness has strengthened my faith or spiritual beliefs," "I feel connected to a higher power (or God)." Dyadic congruence was compared by social-demographics using median one-way analysis. Male family members (median = 72%) were less likely to share spiritual beliefs with their adolescent than female family members (median = 83%), $P = .0194$.



Author/ Funding resource	Purpose	Design	Sample/ Setting	Intervention	Results/Key Findings
Dolan et al. ²¹ Cancer Research Training Program T32: 5T32CA009615-29.	To examine associations between psychological distress and self-reported religious coping, religiosity, resiliency, and social support.	Quantitative study (QN) (Cross-sectional observational study)	N = 100 Parents of children recently diagnosed with cancer. (USA)	Cross-sectional observational study of 100 parents of 81 unique children recently diagnosed with cancer. Parents provided demographic information and completed measures of psychological distress, importance of religion, religious coping, resiliency, and social support. Patients' type of tumor and intensity of treatment were collected by medical record abstraction.	Parents of children with cancer reported high scores for psychological distress but similar levels of religiosity, religious coping, and resiliency. Negative religious coping (feelings of negativity related to the divine) was associated with higher levels of psychological distress. This effect was most prominent in parents who reported the highest levels of religiosity. Positive religious coping, religiosity, and social support were not associated with levels of psychological distress.
Vitorino et al. ²² No funding	To investigate whether Positive and Negative spiritual/religious coping (SRC) strategies are associated with depressive symptoms in family caregivers (FCs) of pediatric cancer patients in Brazil.	Quantitative study (QN)	N = 77 Family caregivers of children with cancer patients. (Brazil)	Spiritual/religious coping was assessed using the Brief SRC scale, and depressive symptoms were evaluated by the Beck Depression Inventory. Multiple regression models were performed to identify factors associated with SRC of FCs and their depressive symptoms.	Depressive symptoms were positively associated with Negative SRC ($B = 0.401$; $p < .001$; Adjusted $R^2 = 16.1\%$). Negative SRC was associated with depressive symptoms in FCs of pediatric cancer patients. Health professionals must be aware of the use of Negative SRC strategies in oncology care.



Author/ Funding resource	Purpose	Design	Sample/ Setting	Intervention	Results/Key Findings
Chivukula U, Kota S, Nandinee D. ²⁴ No funding	To investigate the impact of coping and spirituality on parents' burden.	Quantitative study (QN)	N = 100 Mothers and fathers of children diagnosed with acute lymphoblastic leukemia from cancer hospitals in Hyderabad. (India)	The study adopted a correlation design to find the relationship between coping, spirituality, and parents' burden.	The results revealed significant differences were observed between the two groups of parents on five dimensions of coping such as substance use ($t = 5.03, P < 0.01$) use of emotional support ($t = 2.34, P < 0.01$), use of instrumental support ($t = 1.93, P < 0.01$), acceptance ($t = 2.27, P < 0.01$), and religion ($t = 3.55, P < 0.01$). The relationships dimension of spirituality also had made significant contributions in predicting parents' burden. Both groups of parents (mothers and fathers) had a similar experience of burden while caring for their child. Parents experience severe psychological distress when their child is diagnosed with a serious illness like ALL.



Discussion

The main purpose of this study was to systematically summarize the current literature on spiritual practices of parents caring for children with cancer and to synthesize the evidence findings on the components of spiritual practices by parents' caring to use this knowledge to identify future directions for clinical care and research.

This systematic review identified 11 qualitative and quantitative studies assessing spiritual practices of parents caring for children with cancer. Most of studies were conducted in America and Asian countries respectively. However, this review goes further by integrating findings from multiple cultural contexts and highlighting the varied expressions of spirituality beyond traditional religious forms. For example, studies conducted in Western countries often emphasized personal spirituality, inner meaning-making, and meditative practices as forms of spiritual coping. In contrast, findings from non-Western environments, such as in Ghana, Iran, or Brazil, highlighted more communal and faith-driven practices, including public prayer, church or mosque support, spiritual healing, and collective rituals involving extended family or faith leaders²⁵⁻²⁷. Therefore, it is also necessary to develop a parent's spiritual practice promoting program that considers both Western and Eastern cultural characteristics.

This study revealed two major themes: (1) Religious and spiritual practices, and (2) Seeking social support. Parents engage in prayer, meditation, or rituals to maintain hope and resilience. Support from faith communities and peer parents gives meaning and a sense of belonging. These practices are adaptive responses to existential distress.

The spiritual practices often served not only as a source of comfort but also as a way to connect with a higher power, reinforce hope, and make sense of their child's illness. In some studies of this review, parents reported that their spirituality was deepened through the caregiving experience, with many describing a stronger faith and a greater reliance on divine guidance.²⁸ This aligns with earlier findings that spirituality often functions as a protective factor, helping parents maintain resilience in the face of life-threatening pediatric illness.²⁹ However, the findings also highlight the diversity of spiritual expressions. While many parents engaged in traditional religious activities, others found spiritual connection through nature, mindfulness, reflective journaling, or simply through the intimate caregiving relationship with their child.³⁰ Similarly, Danyuthasilpe et al.³¹ identified that chanting was a meaningful practice and powerful health-promoting activity that contributes to the health and well-being of older adults in Thailand. This suggests that spiritual care should not be narrowly defined by formal religion but rather understood as a broad, individualized experience encompassing existential meaning, inner peace, and connection.

In addition to social support-particularly from other parents and faith communities-emerged as a crucial element of spiritual coping. Peer support from other parents of children with cancer provided a sense of understanding, mutual empathy, and shared hope, which reinforced parents' emotional and spiritual well-being.³² These peer relationships were often formed in hospital settings or through online communities and were marked by shared prayer, storytelling, and practical caregiving advice. The spiritual value of these connections lies not only in the emotional reassurance they provide but also in the affirmation of shared meaning and resilience.



Faith communities also played a significant role in supporting parents' spiritual needs. Religious leaders, congregational members, and structured rituals (such as monks or priests) were cited as sources of strength, particularly in collectivist cultures where community identity is tightly interwoven with spiritual life.²⁹ These networks helped parents feel accompanied in their spiritual journey, reinforced their faith in difficult times, and provided practical resources such as meals, transportation, and emotional presence. Despite this, some parents reported unmet spiritual needs, especially when health professionals did not proactively inquire about or support their spiritual concerns.³²

Importantly, the role of health professionals was also highlighted across studies. Parents valued when nurses, physicians, and chaplains showed empathy, engaged in spiritually sensitive communication, and offered access to spiritual resources. In contrast, the absence of such support often left parents feeling spiritually isolated or overlooked.²⁸ This underscores the need for more structured integration of spiritual care into pediatric oncology settings, including training healthcare providers in spiritual assessment and interdisciplinary collaboration.

Limitations

This systematic review offers important insights into the spiritual practices of parents for children and adolescents with cancer, based on recent empirical studies. The majority of the included studies, however, were carried out in Western nations, which restricts the generalizability of our results to other areas, like Eastern countries. A factor that may have affected the results. Hand searching can be extended to scanning reference lists and to identify studies that may be missed by electronic database searches due to incomplete indexing, inconsistent terminology, or limited database coverage.

Implication for practice and research

The findings of this study underscore the need for health professionals:

1. To recognize and support the spiritual dimensions for parents of children with cancer.
2. Should be integrated into routine family-centered care, providing access to chaplaincy services, sacred spaces, and resources for various spiritual traditions.
3. To conduct a meta-analysis design for the future research.

Conclusion

This review highlights the essential role of spirituality and social support in the experience of parents of children with cancer. Spiritual practices not only serve as a coping strategy but also foster resilience and emotional well-being. Health professionals have a unique opportunity to support these practices through compassionate care, faith-sensitive approaches, and the facilitation of supportive networks. Future studies should aim to deepen our understanding of culturally specific spiritual needs and evaluate the effectiveness of interventions designed to support spiritual health in pediatric oncology contexts.



Ethical Consideration

This systematic review was based exclusively on previously published studies and does not involve new data collection from human participants or animals. However, the review process followed established systematic review methodologies and complied with the PRISMA guidelines to ensure transparency and reproducibility.

Declaration of AI Use

The author utilized Perplexity AI to assist in refining language, and enhancing the clarity of the text. All content was reviewed and approved by the authors to ensure accuracy and integrity.

References

1. World Health Organization. Cancer 2021 [Internet]. 2024 [cited 2024 Oct 22]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
2. Lam CG, Howard SC, Bouffet E, Pritchard-Jones K. Science and health for all children with cancer. *Science*. 2019;363(6432):1182-6. doi:10.1126/science.aaw4892
3. Akaberian S, Momennasab M, Yektatalab S, Soltanian M. Spiritual needs of mothers having children with cancer. *Journal of Education and Health Promotion*. 2021;10(1):470. doi:10.4103/jehp.jehp_1328_20
4. Cai S, Guo Q, Luo Y, Zhou Y, Abbas A, Zhou X, et al. Spiritual needs and communicating about death in nonreligious theistic families in pediatric palliative care: A qualitative study. *Palliative Medicine*. 2020;34(4):533-40. doi:10.1177/0269216319896747
5. Puchalski C, Ferrell BR, Borneman T, DiFrances Remein C, Haythorn T, Jacobs C. Implementing quality improvement efforts in spiritual care: Outcomes from the interprofessional spiritual care education curriculum. *Journal of Health Care Chaplaincy*. 2022;28(3):431-42. doi:10.1080/08854726.2021.1917168
6. Nicholas DB, Barrera M, Granek L, D'Agostino NM, Shaheed J, Beaune L, et al. Parental spirituality in life-threatening pediatric cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2017;35(3):323-34. doi:10.1080/07347332.2017.1292573
7. Alfaro-Díaz C, Svavarsdóttir EK, Esandi N, Klink ME, Canga-Armayor A. Effectiveness of nursing interventions for patients with cancer and their family members: A systematic review. *Journal of Family Nursing*. 2022;28(2):95-114. doi:10.1177/10748407211068816.
8. Moghaddasi J, Taleghani F, Moafi A, Malekian A, Keshvari M, Ilkhani M. Family interactions in childhood leukemia: An exploratory descriptive study. *Support Care Cancer*. 2018 ;26(12):4161-8. doi:10.1007/s00520-018-4289-8
9. Tan R, Koh S, Wong ME, Rui M, Shorey S. Caregiver stress, coping strategies, and support needs of mothers caring for their children who are undergoing active cancer treatments. *Clinical Nursing Research*. 2020;29(7):460-8. doi: 10.1177/1054773819888099
10. Rossato L, Ullán AM, Scorsolini-Comin F. Religious and spiritual practices used by children and adolescents to cope with cancer. *Journal of Religion and Health*. 2021;60(6):4167-83. doi:10.1007/s10943-021-01256-z



11. Hawthorne DM, Barry CD. Nurses' use of spiritual practices in caring for self during the pandemic. *Holistic Nursing Practice*. 2021;35(5):242-7. doi:10.1097/HNP.0000000000000467
12. Gijsberts MHE, Liefbroer AI, Otten R, Olsman E. Spiritual care in palliative care: A systematic review of the recent European literature. *Medical Sciences*. 2019;7(2):25. doi:10.3390/medsci7020025
13. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. doi:10.1136/bmj.n71
14. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007;16;19(6):349-57. doi:10.1093/intqhc/mzm042
15. Tufanaru C, Munn Z, Aromataris E, Campbell J, Hopp L. Chapter 3: Systematic reviews of effectiveness. In: Aromataris E, Munn Z, editors. *Joanna Briggs Institute Manual for Evidence Synthesis* [Internet]. Adelaide: The Joanna Briggs Institute; 2020 [cited 2025 Aug 7]. Available from: <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL>
16. Abdoljabbari M, Sheikhzakaryae N, Atashzadeh- Shoorideh F. Taking refuge in spirituality, a main strategy of parents of children with cancer: A qualitative study. *The Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2018;19(9):2575-80. doi:10.22034/APJCP.2018.19.9.2575
17. Thanattheerakul C, Tangvoraphonkchai J, Pimsa W. Spiritual needs and practice in chronically ill children and their families in the Isan region of Thailand. *International Journal of Children's Spirituality*. 2020;25(2):157-71. doi:10.1080/1364436X.2020.1827225
18. Nikfarid L, Rassouli M, Borimnejad L, Alavimajd H. Religious coping in Iranian mothers of children with cancer: A qualitative content analysis. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology Nursing*. 2018 ;35(3):188-98. doi:10.1177/1043454217748597
19. Doumit MA, Rahi AC, Saab R, Majdalani M. Spirituality among parents of children with cancer in a Middle Eastern country. *European Journal of Oncology Nursing*. 2019;39:21-7. doi:10.1016/j.ejon.2018.12.009
20. Livingston J, Cheng YI, Wang J, Tweddle M, Frieber S, Baker JN, et al. Shared spiritual beliefs between adolescents with cancer and their families. *Pediatric Blood & Cancer*. 2020;67(12):e28696. doi:10.1002/pbc.28696
21. Dolan JG, Hill DL, Faerber JA, Palmer LE, Barakat LP, Feudtner C. Association of psychological distress and religious coping tendencies in parents of children recently diagnosed with cancer: A cross-sectional study. *Pediatric Blood & Cancer*. 2021;68(7):e28991. doi:10.1002/pbc.28991
22. Vitorino LM, Lopes-Júnior LC, de Oliveira GH, Tenaglia M, Brunheroto A, Cortez PJO, et al. Spiritual and religious coping and depression among family caregivers of pediatric cancer patients in Latin America. *Psycho-Oncology*. 2018;27(8):1900-7. doi:10.1002/pon.4739



23. Rossato L, Sena BTS, Ullán AM, Scorsolini-Comin F. Religious-spiritual coping in family caregivers of Brazilian children and adolescents with cancer. *Journal of Family Studies*. 2022;29(5):2213-27.
doi:10.1080/13229400.2022.2157313
24. Chivukula U, Kota S, Nandinee D. Burden experience of caregivers of acute lymphoblastic leukemia: Impact of coping and spirituality. *Indian Journal of Palliative Care*. 2018;24(2):189.
doi:10.4103/IJPC.IJPC_209_17
25. Marfo M, Acheampong AK, David DA, Aziato L. Coping strategies adapted by parents caring for children with cancer: A qualitative exploratory study in Ghana. *Discover Psychology*. 2024;4(1):84.
doi:10.1007/s44202-024-00132-7
26. Benites AC, Arantes de Oliveira-Cardoso É, dos Santos MA. Spirituality in Brazilian family caregivers of patients with cancer from the end-of-life care to bereavement. *Death Studies*. 2023;47(3):249-58.
doi:10.1080/07481187.2022.
27. Moreira-Almeida A, Lotufo-Neto F, Koenig HG. Religiousness and mental health: A review. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2019;41(4):376–85. doi:10.1590/s1516-44462006000300018
28. Krikorian A, Maldonado C, Pastrana T. Patient and caregiver outcomes of spiritual interventions in palliative care: A systematic review. *Palliative & Supportive Care*. 2021;19(3):325–42.
doi:10.1016/j.jpainsymman.2019.07.033
29. Harrad R, Cosentino C, Keasley R, Sulla F. Spiritual care in nursing: An overview of the measures used to assess spiritual care provision and related factors amongst nurses. *Acta Biomedica*. 2019;90(4-5):44-55.
doi:10.23750/abm.v90i4-S.8300
30. Saari CZ, Syed Muhsin SB, Zainal Abidin MS, Ahmad SS, Rahman SMHSA, et al. Spiritual growth aspects among caregivers of children with cancer. *Journal of 'Aqidah & Islamic Thought*. 2022;24(1):311-42.
doi:10.22452/afkar.vol24no1.9
31. Danyuthasilpe C, Wasuntarawat C, Hawthorne D, Barry C. Chanting among Thai older adults who are community dwelling in Northern Thailand. *The International Journal for Human Caring*. 2023;27(4):203-13.
doi:10.20467/ijhc-2022-0008
32. Farahaninia M, Abasi M, Seyedfatemi N, JafarJalal E, Haghani H. Nurses' attitudes towards spiritual care and spiritual care practices. *Journal of Client-Centered Nursing Care*. 2018;4(2):61-8.
doi:10.32598/10.32598/jccnc.4.2.61



ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์กับการจัดการความเครียด ของนักศึกษา: กรณีศึกษาวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วิภาดา อนุสุเรนทร์ นศ.พย.¹ วิจิต หมอสัมบุญ นศ.พย.¹

วีรวัฒน์ เวชกามา นศ.พย.¹ ศรัณญา สุพร นศ.พย.¹

ศศิประภา มั่นสลิลา นศ.พย.¹ ศศิพินท์ แดงวิบูลย์ นศ.พย.¹

ภาสินี โทอินทร์ ปร.ด.²

(วันรับบทความ: 16 พฤษภาคม พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 16 กรกฎาคม พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ: 21 กรกฎาคม พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

ปัจจุบันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ เป็นการใช้อินเทอร์เน็ตในการละเมิดสิทธิต่าง ๆ ของผู้อื่น โดยเฉพาะในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล การกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ส่งผลทำให้เครียดและมีผลต่อการเรียนของนักศึกษา การวิจัยเชิงพรรณนาวัดคุณสมบัติเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์กับการจัดการความเครียดของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-4 จำนวน 220 คนที่กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2566 ได้มาโดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมการถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ และแบบสอบถามวิธีการรับมือหรือการจัดการความเครียด ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 และ 0.93 และตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.92 และ 0.95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ในระดับปานกลาง โดยการถูกส่งข้อความรบกวนหรือหมิ่นประมาทพบมากที่สุด กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อหาความสัมพันธ์ พบว่าการถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการความเครียดของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.539$, $p < .001$) ซึ่งสถาบันการศึกษาสามารถนำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนในการสร้างโปรแกรมการจัดการความเครียดเพื่อลดการถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ที่อาจเกิดขึ้น

คำสำคัญ: พฤติกรรมการถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ การจัดการความเครียด นักศึกษาพยาบาล

¹นักศึกษาชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2567 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: pasineethoooin@bcnkk.ac.th Tel: 093-5053435



The Relationship Between Cyberbullying Behavior and Coping with Stress among Students: A Case Study of a Nursing College in Northeastern Thailand

Wikanda Anusuren NS.¹ Witita Morsomboon NS.¹

Weerawat Wedchakama NS.¹ Saranya Suphon NS.¹

Sasiprapa Manassila NS.¹ Sasipin Dangwiboon NS.¹

Pasinee Thoin Ph.D.²

(Received Date: May 16, 2025, Revised Date: July 16, 2025, Accepted Date: July 21, 2025)

Abstract

Cyberbullying is the use of online media to violate the rights of others, and it is especially common among nursing students. Cyberbullying causes stress and affects students' learning. This descriptive research aimed to study the relationship between cyberbullying behavior and students' ability to cope with stress at a college of nursing in the northeast of Thailand. The sample consisted of 220 first- to fourth-year nursing students studying in the 2023 academic year who were selected by simple random sampling. Data were collected from November 2023 to January 2024. The research instruments were the cyberbullying behavior questionnaire and the stress coping or coping with stress questionnaire. The content validity of the questionnaires were validated by experts with an index of content validity of 1 and 0.93, respectively, and the reliability testing using Cronbach's alpha coefficients showed an acceptable reliability of 0.92 and 0.95, respectively. The data were analyzed using descriptive analysis, and the relationships of the studied variables was analyzed using Pearson's product moment correlation coefficients.

The research results found that the sample group had a moderate mean score for being bullied online, with being sent harassing or slanderous messages being the most common occurrence. The sample group had a moderate level of coping with stress. When looking for a relationship, it was found that being bullied online had a statistically significant positive relationship with coping with stress among students ($r = .539, p < .001$). Educational institutions can use the results of the study as supporting information for creating programs for coping with stress to reduce potential cyberbullying.

Keywords: cyberbullying behavior, coping with stress, nursing student

¹Nursing Student, 4th year (Academic year 2024), Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health.

²Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Khon Kean, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

²Corresponding author, Email: pasineethoin@bcnkk.ac.th Tel: 093-5053435



บทนำ

ปัจจุบันเทคโนโลยีสารสนเทศและการใช้อินเทอร์เน็ต มีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว การเข้าถึงอินเทอร์เน็ตสามารถเข้าถึงได้สะดวกและง่าย การใช้อินเทอร์เน็ตจึงมีความสำคัญในชีวิตประจำวัน โดยเป็นช่องทางที่ช่วยให้สามารถติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นได้หลากหลายวิธี ซึ่งได้นำมาซึ่งปัญหาที่เรียกกันทั่วไปว่า ไซเบอร์บูลลี่ (Cyberbullying) หรือการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ เป็นการกระทำรูปแบบหนึ่งที่เกิดขึ้นบนพื้นที่สื่อออนไลน์ เกิดการละเมิดสิทธิของผู้อื่น จนทำให้ผู้อื่นหวาดกลัว ตกใจ รู้สึกแย่ ไร้ค่า จนไปถึงขั้นกลายเป็นตัวตลกของสังคม¹ และเมื่อพิจารณาแนวโน้มการใช้อินเทอร์เน็ต ในช่วงปี พ.ศ. 2563 – 2567 พบว่าประเทศไทยมีผู้ใช้อินเทอร์เน็ตเพิ่มขึ้น โดยผู้ใช้อินเทอร์เน็ตเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 77.80 ในปี พ.ศ. 2563 เป็นร้อยละ 89.70 ในปี พ.ศ. 2567² จากสถิติการกลั่นแกล้งบนอินเทอร์เน็ตในช่วงระหว่าง ปี พ.ศ. 2561-2566 ทั้งในสหรัฐอเมริกาและทั่วโลก พบว่ามีสถิติการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์เพิ่มขึ้นทั่วโลก World Economic Forum (WEF) Global press release ได้เผยแพร่งานวิจัยระดับโลกในเรื่องพลเมืองดิจิทัลของโลกมีสาระสำคัญว่าเด็กไทยมีโอกาเสี่ยงภัยจากพื้นที่สื่อออนไลน์ถึงร้อยละ 60 ขณะที่ค่าเฉลี่ยทั่วโลกอยู่ที่ร้อยละ 56³ ความสุขของพฤติกรรมกรังแกผู้อื่นผ่านโลกไซเบอร์มีมากถึงร้อยละ 20-40⁴ จากสถิติของสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า มีเด็กและเยาวชนไทยเจอภัยคุกคามจากโลกออนไลน์อันดับต้นของเอเชียมีร้อยละ 39 ของเด็กไทย มองว่าพฤติกรรมกระทำความรุนแรงทางไซเบอร์เป็นเรื่องสนุก ร้อยละ 28 มองว่าเป็นเรื่องปกติ และร้อยละ 59 เคยเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมดังกล่าว⁵ และในช่วงปี พ.ศ. 2567 พบว่า กลุ่มอายุ 15 - 24 ปี มีการใช้อินเทอร์เน็ตสูงที่สุด ร้อยละ 99²

จากข้อมูลแสดงให้เห็นถึงการพัฒนาทางด้านเทคโนโลยีการสื่อสารมีมากขึ้น การเข้าถึงสื่ออิเล็กทรอนิกส์และเครือข่ายอินเทอร์เน็ตของประชาชนเป็นไปอย่างง่ายดาย ซึ่งการใช้อินเทอร์เน็ตได้กลายเป็นช่องทางของพฤติกรรมความรุนแรงแบบใหม่ที่เรียกว่า การถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเยาวชนหรือวัยรุ่น ซึ่งอาจขาดการกลั่นกรองในการเลือกรับข้อมูลหรือการนำไปปฏิบัติ หรือวัยรุ่นมีอิสระในการเลือกที่จะกระทำความรุนแรงต่อกันมากขึ้น และเป็นสาเหตุของการกระทำความรุนแรงในการเกิดการกลั่นแกล้งขึ้น⁶ ซึ่งเป็นรูปแบบความรุนแรงรูปแบบหนึ่งที่กำลังเกิดขึ้นแพร่หลายในสังคมไทยและสังคมโลกยุคดิจิทัล พฤติกรรมนี้เกิดขึ้นได้ทุกที่ทุกเวลา และแพร่กระจายไปอย่างกว้างขวางได้ในระยะเวลาอันรวดเร็ว เป็นปัญหากับคนทุกกลุ่มวัยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มวัยรุ่น พฤติกรรมนี้ถือเป็นอาวุธที่ร้ายแรงรูปแบบหนึ่งที่สามารถทำลายชีวิตของผู้อื่น ก่อให้เกิดความเครียด รวมทั้งนำไปสู่สภาวะบีบคั้นทางจิตใจ และปัญหาทางด้านสุขภาพจิตได้^{7,8} การกลั่นแกล้งบนสังคมออนไลน์ในวัยรุ่นเป็นพฤติกรรมที่สังคมไม่ยอมรับและมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้ถูกรังแก ส่งผลให้ได้รับความทุกข์และความเจ็บปวดทางจิตใจ

ผลกระทบของการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ที่เกิดขึ้นทั้ง 3 กลุ่ม คือ ผลกระทบต่อความเป็นอยู่ส่วนตัว ผลกระทบทางจิตใจ และผลกระทบต่อร่างกายและชีวิต ล้วนเป็นผลความรุนแรงที่เกิดขึ้นทั้งทางตรงและทางอ้อม การกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ เป็นผลกระทบที่เกิดกับสภาวะทางจิตใจที่ถูกกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกที่ไม่ดี ความเศร้า มีทัศนคติด้านลบครอบงำจิตใจ กระบวนการคิดอย่างมีเหตุผลถูกทำลาย บางครั้งอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าจนเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้ รวมทั้งความเป็นส่วนตัวที่ถูกรุกราน ซึ่งต้องมีการเผชิญหน้ากันหรือมีสถานการณ์ให้ต้องมาพบกันในโลกความจริง ความรุนแรงที่ส่งผลต่อร่างกายภายนอกอย่างหนักสามารถส่งผลต่อความรู้สึกภายในได้เช่นกัน⁹ การถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ทำให้ผู้ถูกรังแกรู้สึกอับอาย เสียใจ และส่งผลต่อความสัมพันธ์กับเพื่อน จนทำให้ผู้ถูกรังแกต้องหลีกเลี่ยงจากสังคม¹⁰

การเผชิญปัญหาโดยมุ่งเน้นที่อารมณ์ เป็นการบรรเทาความไม่สบายใจเพื่อรักษาสมดุลให้สภาวะความกดดันลดลง การเผชิญความเครียด จึงเป็นกระบวนการที่บุคคลพยายามทั้งการกระทำ และความรู้สึกนึกคิดของตนเองในการจัดการกับความเครียด ซึ่ง Lazarus & Folkman¹¹ ได้แบ่งวิธีการจัดการความเครียดไว้ 2 แบบ คือ 1) การจัดการแบบมุ่งเน้นการแก้ปัญหา (Problem-focused coping) หาทางเลือก พิจารณาข้อดี และข้อบกพร่องของแต่ละทางเลือก จากนั้นจึงตัดสินใจเลือก และลงมือแก้ไขปัญหา ๆ และ 2) การจัดการแบบมุ่งเน้นที่อารมณ์ (Emotional-focused coping) เป็นการจัดการที่มุ่งลดอารมณ์หรือความรู้สึกที่ไม่เป็นสุข



สถานการณ์การถูกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ของนักศึกษาต่อการจัดการความเครียดของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง เป็นการถูกลั่นแกล้งที่เกิดจาก 1) ความขัดแย้งส่วนบุคคลการไม่ชอบหน้า ถูกลั่นแกล้ง ทะเลาะกันระหว่างบุคคลหรือกลุ่มเพื่อน รวมไปถึง การสนทนาระหว่างบุคคลเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการถูกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ 2) ความสนุกคึกคะนองเกิดจากการเล่นสนุก และการใช้คำพูดโดยที่ไม่ได้คำนึงถึงระหว่างกลุ่มเพื่อนเพราะคิดว่าพฤติกรรมเหล่านั้น คือ การเล่นสนุกของตนเท่านั้น จากการผลการศึกษาการรับรู้และการจัดการตนเองเมื่อถูกลั่นแกล้งบนสังคมออนไลน์ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์¹² พบว่า ผลกระทบจากการถูกลั่นแกล้งออนไลน์ ผู้ถูกลั่นแกล้งส่วนใหญ่จะได้รับผลกระทบต้อจิตใจ เกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น ซึมเศร้า โดดเดี่ยว วิตกกังวล รู้สึกสิ้นหวังและเครียดเพราะถูกทำร้ายร่างกายและจิตใจ จากคำพูด และการกระทำจากคนรอบข้างในโลกความเป็นจริง และโลกออนไลน์ซ้ำ ๆ ซึ่งเป็นผลจากการถูกใส่ร้ายป้ายสี การบอกต่อ โดยที่ไม่กลั่นกรองข้อมูล ส่งผลกระทบต่อผู้ที่ถูกลั่นแกล้งทำให้เสื่อมเสียชื่อเสียงภาพลักษณ์เสียหายถูกคนรอบข้างหรือคนในสังคมเกลียดชัง ก่อให้เกิดผลกระทบต่อพฤติกรรม และบุคลิกภาพ

จากข้อมูลจึงสะท้อนให้เห็นว่า การเข้าใช้งานอินเทอร์เน็ตที่มากขึ้นและนานขึ้น ทำให้วัยรุ่นมีความเสี่ยงที่จะเกิดพฤติกรรม การถูกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ และมีแนวโน้มการเกิดความเครียดตามมา ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม การถูกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์กับการจัดการความเครียดของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาสามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผน การดูแลช่วยเหลือนักศึกษาให้สามารถจัดการกับความเครียด ด้วยตนเอง สามารถปรับตัวเพื่อลดความเครียด และสามารถดำเนินชีวิตกับความเครียดได้จนประสบผลสำเร็จในด้านการเรียน และการใช้ชีวิตประจำวันได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการถูกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. เพื่อศึกษาการจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการถูกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์กับการจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ชั้นปีที่ 1-4 ที่มีอายุระหว่าง 18-21 ปี จำนวน 220 คน ที่กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2566 ได้มาโดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2567

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการถูกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์กับการจัดการความเครียด โดยใช้แนวคิดการจัดการความเครียดของ Lazarus & Folkman¹¹ ซึ่งมองว่าความเครียดเกิดจากการประเมินสถานการณ์ว่าภัยคุกคามที่เผชิญนั้นเกินความสามารถในการจัดการ และเน้นกระบวนการการประเมิน และการเผชิญปัญหาของแต่ละบุคคลตัวแปรต้น ได้แก่ พฤติกรรมการถูกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ ซึ่งเป็นประสบการณ์ของบุคคลที่ได้รับพฤติกรรมในเชิงลบหรือคุกคามจากผู้อื่นผ่านช่องทางออนไลน์ เช่น การด่าทอ การล้อเลียน การเปิดเผยข้อมูลส่วนตัว การคุกคามซ้ำ ๆ ตัวแปรตาม คือ วิธีการจัดการความเครียด เป็นกลยุทธ์หรือวิธีการที่บุคคลใช้ในการเผชิญกับสถานการณ์เครียดจากการถูกลั่นแกล้ง ซึ่งตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman¹¹ ได้แก่ 1) การจัดการเชิงปัญหา (Problem-focused coping) เช่น การพยายามกำหนดขอบเขตของปัญหา ค้นหาทางเลือก พิจารณาข้อดี ข้อเสียของแต่ละทางเลือก ตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสม และลงมือแก้ไขปัญหา



โดยมีเป้าหมายที่เปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมและสถานการณ์ให้ลดการคุกคามลง รวมถึงประเมินอุปสรรค วิธีดำเนินการที่เลือกกระทำ และมีเป้าหมายในการแก้ไขปัญหา ได้แก่ การยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การแสวงหาข้อมูลเพิ่ม การแสวงหาทรัพยากรที่เป็นแหล่งประโยชน์ การแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม รวมทั้งเกิดการเรียนรู้ทักษะการแก้ไขปัญหาและวิธีการใหม่ ๆ 2) การจัดการเชิงอารมณ์ (Emotion-focused coping) เช่น การปรับเปลี่ยนมุมมอง การหลีกเลี่ยงไม่คิดถึง การแสดงพฤติกรรม ได้แก่ การออกกำลังกาย การสะกดจิตการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การระบายอารมณ์ การแสวงหาการรองรับทางอารมณ์จากบุคคลอื่น เป็นต้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อหาความสัมพันธ์ ระหว่างพฤติกรรมการถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์กับการจัดการความเครียดของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1-4 วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 463 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Krejcie & Morgan¹³ โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ไม่เกินร้อยละ 5 ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ($X^2 = 3.84$) สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (p) เท่ากับ 0.5 คำนวณกลุ่มตัวอย่างจำนวน 220 คน โดยวิธีการสุ่มประชากรแบบง่าย (Simple random sampling) มีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรี 2) มีสถานภาพ กำลังศึกษา 3) ไม่อยู่ในระหว่างถูกพักการเรียน 4) มีผลการเรียนเฉลี่ยอย่างน้อย 1 ภาคการศึกษา และ 5) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามไม่ครบทุกส่วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้มีการพัฒนาและปรับปรุง จากการทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นแบบเลือกตอบ เป็นคำถามเกี่ยวกับลักษณะของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้นปีที่กำลังศึกษา รูปแบบของการใช้สื่อออนไลน์ ระยะเวลาการใช้สื่อออนไลน์ จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ มีจำนวน 18 ข้อ ข้อคำถามแบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) พฤติกรรมการถูกด่าทอ จำนวน 5 ข้อ 2) การส่งข้อความรบกวนหรือหมิ่นประมาท จำนวน 3 ข้อ 3) การถูกลบหรือบล็อกผู้อื่นออกจากกลุ่ม จำนวน 1 ข้อ 4) การนำความลับหรือข้อมูลส่วนตัวของผู้อื่นไปเปิดเผย จำนวน 4 ข้อ 5) การแอบอ้างตัวตน จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามวิธีการรับมือหรือการจัดการความเครียดของนักศึกษา มีจำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 10 ข้อ และเป็นข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ การจัดการแบบมุ่งเน้นการแก้ปัญหา (Problem-focused coping) จำนวน 10 ข้อ คือ ข้อที่ 1-10 และการจัดการแบบมุ่งเน้นที่อารมณ์ (Emotional-focused coping) จำนวน 10 ข้อ คือ ข้อที่ 11-20

แบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 เป็นแบบ Rating scale ข้อมี 5 ตัวเลือก ได้แก่ ข้อคำถามเชิงบวก ไม่เคย (1 คะแนน) นาน ๆ ครั้ง (2 คะแนน) บางครั้ง (3 คะแนน) บ่อยครั้ง (4 คะแนน) และเป็น ประจำ (5 คะแนน) ข้อคำถามเชิงลบ ไม่เคย (5 คะแนน) นาน ๆ ครั้ง (4 คะแนน) บางครั้ง (3 คะแนน) บ่อยครั้ง (2 คะแนน) และเป็น ประจำ (1 คะแนน)

การแปลผล ระดับพฤติกรรมการถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ และการจัดการกับความเครียดที่ถูกกลั่นแกล้งบนสังคมออนไลน์ ใช้คะแนนเฉลี่ยเป็นเกณฑ์การแบ่ง 5 ระดับ ดังนี้

4.51-5.00 คะแนน หมายถึง อยู่ในระดับมากที่สุด

3.51-4.50 คะแนน หมายถึง อยู่ในระดับมาก

2.51-3.50 คะแนน หมายถึง อยู่ในระดับปานกลาง

1.51-2.50 คะแนน หมายถึง อยู่ในระดับน้อย

1.00-1.50 คะแนน หมายถึง อยู่ในระดับน้อยที่สุด



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ นักจิตวิทยา 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลจิตเวช 2 ท่าน โดยได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity in dex: CVI) ของแบบสอบถามพฤติกรรมการถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ และแบบสอบถามวิธีการจัดการความเครียดเมื่อถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ เท่ากับ 1 และ 0.93 ตามลำดับนอกจากนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทั้ง 2 ส่วนที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และตรวจหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามทั้งฉบับ และหาค่า Cronbach's alpha coefficient ของแบบสอบถามได้ค่า α เท่ากับ 0.92 และ 0.95 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้เริ่มการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้อำนวยการวิทยาลัย จากนั้นผู้วิจัยประสานกับหัวหน้าชั้นปีเพื่อเข้าชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย การเข้าร่วมโครงการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งการตอบแบบสอบถามออนไลน์ผ่านทาง Google form แก่นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ในห้องเรียนของนักศึกษาแต่ละชั้นปี นอกจากนั้นผู้วิจัยทำการประชาสัมพันธ์ตามช่องทางต่าง ๆ ในวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเพื่อหากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่ผู้วิจัยได้มีการตั้งเกณฑ์ไว้
2. เมื่อได้รายชื่ออาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบจำนวนอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยตามที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยติดต่อกับอาสาสมัครตามรายชื่อเพื่อให้อาสาสมัครลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย
3. ผู้วิจัยส่งลิ้งค์ (Link) และคิวอาร์โค้ด (QR code) สำหรับเก็บข้อมูลให้นักศึกษาที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย เพื่อเก็บข้อมูลออนไลน์แบบฟอร์มทางกูเกิ้ล (Google form) โดยภายในลิ้งค์ (Link) สำหรับตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย คำชี้แจงอาสาสมัครและและเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่ได้รับจากโครงการวิจัยแก่อาสาสมัคร อาสาสมัครเข้าตอบแบบฟอร์มทางกูเกิ้ล (Google form)
4. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลการตอบกลับแบบฟอร์มทางกูเกิ้ล (Google form) ทั้งหมดที่ได้ แล้วนำมาวิเคราะห์ และแปลผลตามขั้นตอนการวิจัยต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พฤติกรรมการถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ และวิธีการรับมือหรือการจัดการความเครียดของนักศึกษาเมื่อถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นอกจากนี้ ยังใช้สถิติอ้างอิง (Inferential statistics) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์กับการจัดการความเครียดด้วยสถิติ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient โดยกำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น เลขที่รับรอง IRB-BCNKK-16-2023 ลงวันที่ 5 ตุลาคม พ.ศ. 2566 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะต้องให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงจะสามารถเข้าตอบแบบสอบถามออนไลน์ได้ และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ หลังจากได้รับการรับรองด้านจริยธรรม ผู้วิจัยได้ดำเนินการทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการวิทยาลัย ข้อมูลที่เก็บรวบรวมจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับอย่างเคร่งครัด ในระบบคอมพิวเตอร์ มีการใส่รหัสที่คาดเดาได้ยาก โดยผู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้มีเพียงคณะผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลดังกล่าวได้ ทั้งนี้ งานวิจัยนี้นำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวมและไม่ระบุเจาะจงถึงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมการวิจัยแต่อย่างใด และการไม่สมัครใจเข้าร่วมในงานวิจัยจะไม่ส่งผลกระทบต่อนักศึกษา



ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 220 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.60 รองลงมาเพศชาย และ LGBTQ ร้อยละ 6.40 และร้อยละ 5 ตามลำดับ ส่วนใหญ่กำลังศึกษาในชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 32.70 ด้านการใช้โซเชียลมีเดีย ส่วนใหญ่มีการใช้ Instagram มากที่สุดร้อยละ 97.30 รองลงมา คือ การใช้ Facebook และ Massager ร้อยละ 92.30 และ 91.80 ตามลำดับ และ ส่วนใหญ่มีการใช้งานบนโลกออนไลน์เป็นระยะเวลา 4-7 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 55 รองลงมา คือ มากกว่า 10 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 29.50 ด้านอุปกรณ์ที่ใช้อินเทอร์เน็ตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่ใช้สมาร์ทโฟน ร้อยละ 65.32 รองลงมา คือ คอมพิวเตอร์ตั้งโต๊ะ โน้ตบุ๊ก และแท็บเล็ต ร้อยละ 15.33, 11.81 และ 7.57 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=220)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ (Sex)		
หญิง	195	88.60
ชาย	14	6.40
LGBTQ+	11	5.00
2. ระดับชั้นปี (Year Level)		
ชั้นปีที่ 1	72	32.70
ชั้นปีที่ 2	55	25.00
ชั้นปีที่ 3	69	31.40
ชั้นปีที่ 4	24	10.90
3. การใช้โซเชียลมีเดีย (Social Media Use)		
Tiktok	203	92.30
Facebook	195	88.60
Line	202	91.80
Massager	108	49.10
Twitter	214	97.30
Instagram	181	82.30
YouTube	2	0.90
4. ระยะเวลาในการใช้บนโลกออนไลน์ (ชั่วโมง/วัน) (Length of use social media)		
1-3	16	7.30
4-7	121	55.00
มากกว่า 10	65	29.50
มากกว่า 15	16	7.30
มากกว่า 20	2	0.90
5. ด้านอุปกรณ์ที่ใช้อินเทอร์เน็ต (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (Internet-base device)		
สมาร์ทโฟน	140	63.63
คอมพิวเตอร์ตั้งโต๊ะ	35	15.90
โน้ตบุ๊ก	29	13.18
แท็บเล็ต	16	7.29



2. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมถูกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์กับการจัดการความเครียดของนักศึกษา

2.1 พฤติกรรมถูกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมถูกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ ภาพรวมในระดับปานกลาง (Mean = 2.86, S.D. = 0.94) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมถูกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ระดับปานกลาง 3 ด้าน ได้แก่ การถูกส่งข้อความรบกวนหรือหมิ่นประมาท (Denigration) (Mean = 3.24, S.D. = 1.21) การถูกลบหรือบล็อกผู้อื่นออกจากกลุ่ม (Exclusion) (Mean = 3.17, S.D. = 1.12) และการถูกแอบอ้างตัวตน (Impersonation) (Mean = 2.94, S.D. = 1.17) และพฤติกรรมถูกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์โดยภาพรวมในระดับน้อย 2 ด้าน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมถูกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ของกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรมถูกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ (Cyberbullying behavior)	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับ พฤติกรรม
1. พฤติกรรมถูกลดค่า (Blaming)	2.48	0.75	น้อย
2. การถูกส่งข้อความรบกวนหรือหมิ่นประมาท (Denigration)	3.24	1.21	ปานกลาง
3. การถูกลบหรือบล็อกผู้อื่นออกจากกลุ่ม (Exclusion)	3.17	1.12	ปานกลาง
4. การถูกแอบอ้างตัวตน (Impersonation)	2.94	1.17	ปานกลาง
5. การถูกนำความลับหรือข้อมูลส่วนตัวของผู้อื่นไปเปิดเผย (Tricky)	2.48	1.30	น้อย
รวม	2.86	0.94	ปานกลาง

2.2 การจัดการกับความเครียดเมื่อถูกลั่นแกล้งทางออนไลน์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการกับความเครียดเมื่อถูกลั่นแกล้งทางออนไลน์ภาพรวมในระดับปานกลาง (Mean=2.54, S.D. =1.04) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการแบบมุ่งเน้นการแก้ปัญหา (Problem-focused coping) ระดับมาก (Mean =3.51, S.D. =1.16) รายข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ หากิจกรรมอื่น ๆ ทำเพื่อลดความเครียดหรือทำให้รู้สึกดีขึ้น เช่น ดูซีรีส์ อ่านนิยาย ช็อปปิ้งออนไลน์ นั่งสมาธิ และออกกำลังกาย และการจัดการแบบมุ่งเน้นที่อารมณ์ (Emotional-focused coping) ในระดับน้อย (Mean =1.56, S.D. =0.91) รายข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ร้องไห้หรือตะโกนออกมาดังๆเพื่อระบาย ความเครียด ดังแสดงในตารางที่ 3 และเมื่อพิจารณาความสามารถในการจัดการกับความเครียดเมื่อถูกลั่นแกล้งทางออนไลน์ พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการความเครียดในระดับดีถึง ร้อยละ 65.90 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการจัดการกับความเครียดเมื่อถูกลั่นแกล้งทางออนไลน์ (n=220)

การจัดการกับความเครียด (Coping with stress)	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับ การจัดการกับ ความเครียด
การจัดการแบบมุ่งเน้นการแก้ปัญหา (Problem-focused coping)	3.51	1.16	มาก
1. พยายามทำให้กำลังใจตัวเองเพื่อให้ตัวเองรู้สึกดีขึ้น	3.59	1.40	มาก
2. พยายามหาข้อดีของปัญหาและถือว่าเป็นโอกาสที่ดีที่จะได้เรียนรู้ เพื่อนำมาพัฒนาตัวเองในการจัดการความเครียด	3.71	1.10	มาก
3. พยายามตั้งสติและพยายามหาทางที่ดีที่สุด เพื่อจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นจากปัญหาที่พบเจอ	4.01	1.03	มาก
4. หวังว่าปัญหาใดๆที่คุณพบเจอจะกลับกลายเป็นเรื่องที่ดีได้	3.85	1.19	มาก



การจัดการกับความเครียด (Coping with stress)	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับ การจัดการกับ ความเครียด
5. เลือกที่จะไม่สนใจและปล่อยวางความเครียดที่เกิดขึ้น โดยคิดว่าให้เป็นไปตามเวรตามกรรม	3.67	1.13	มาก
6. เชื่อว่าสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่คณับถือสามารถช่วยจัดการปัญหาและความเครียดที่คุณพบเจอได้	2.78	1.27	ปานกลาง
7. ทำกิจกรรมอื่น ๆ ทำ เพื่อลดความเครียดหรือทำให้รู้สึกดีขึ้น เช่น ดูซีรีส์ อ่านนิยาย ช็อของออนไลน์ นั่งสมาธิ และออกกำลังกาย	4.28	0.99	มาก
8. ขอคำปรึกษาจากบุคคลที่คุณไว้วางใจ เช่น เพื่อน พ่อแม่ อาจารย์	3.65	1.24	มาก
9. ใช้วิธีการลบหรือบล็อกคนที่กลั่นแกล้งคุณบนโลกออนไลน์	3.34	1.45	ปานกลาง
10. จะไปวัดตัว นวดเท้า เพื่อผ่อนคลายความเครียดของตนเอง	2.20	1.34	น้อย
การจัดการแบบมุ่งเน้นที่อารมณ์ (Emotional-focused coping)	1.56	0.91	น้อย
11. ตอบโต้โดยการโพสต์ด่า ใช้ภาษา หรือคำพูดหยาบคาย บนโลกออนไลน์	1.56	0.90	น้อย
12. ทำร้ายตัวเองเพื่อระบายความเครียด	1.29	0.76	น้อยที่สุด
13. ไม่เผชิญกับปัญหา หรือเก็บตัวอยู่ในห้อง เพื่อหนีปัญหา	1.93	1.24	น้อย
14. ร้องไห้หรือตะโกนออกมาดังๆเพื่อระบาย ความเครียด	2.28	1.31	ปานกลาง
15. ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ หรือสิ่งเสพติดเพื่อระบายความเครียด	1.53	0.92	น้อย
16. ขว้างปาสิ่งของเพื่อระบายความเครียด	1.28	0.72	น้อยที่สุด
17. คิดที่จะลาออกจากสถานศึกษาเพื่อหนีปัญหาเมื่อถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์จนผลกระทบต่อการใช้ชีวิต	1.30	0.75	น้อยที่สุด
18. ระบายอารมณ์กับคนรอบข้าง เช่น บ่น ด่า โวยวายใส่คนรอบข้าง	1.47	0.80	น้อยที่สุด
19. ทำตัวให้น่าสงสารเพื่อให้ผู้อื่นเห็นอกเห็นใจ และต้องการให้ผู้อื่นแสดงความเห็นใจ	1.30	0.68	น้อยที่สุด
20. ด่าทอและกล่าวโทษบุคคลที่กลั่นแกล้งคุณบนโลกออนไลน์	1.63	1.03	น้อย
รวม	2.54	1.04	ปานกลาง

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความสามารถในการจัดการกับความเครียดเมื่อถูกกลั่นแกล้งทางออนไลน์ (n=220)

การจัดการกับความเครียด (Coping with stress)	จำนวน	ร้อยละ
มีการจัดการความเครียดในระดับไม่ดี	15	6.80
มีการจัดการความเครียดในระดับปานกลาง	60	27.30
มีการจัดการความเครียดในระดับดี	145	65.90

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์กับการจัดการความเครียดของนักศึกษา
พบว่า พฤติกรรมการถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการความเครียดเมื่อถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .54, p < .001$) โดยเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์สหสัมพันธ์ (r) แล้วพบว่า มีค่า 0.54 ซึ่งแสดงว่า พฤติกรรมการถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์กับการจัดการความเครียดเมื่อถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง รายละเอียดดังในตารางที่ 5



ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการถูกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์กับการจัดการความเครียดเมื่อถูกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล

ตัวแปรที่ศึกษา	พฤติกรรมการถูกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ (Cyberbullying behavior)	การจัดการความเครียดถูกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ (Coping with stress)
พฤติกรรมการถูกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์	1	.54**
การจัดการความเครียดถูกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์	.54**	1

** $p < 0.001$

**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

การอภิปรายผล

พฤติกรรมการถูกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการถูกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ภาพรวมในระดับปานกลาง (Mean = 2.86, S.D. = 0.94) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการถูกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ ซึ่งการถูกส่งข้อความรบกวนหรือหมิ่นประมาทพบมากที่สุด สอดคล้องกับผลการศึกษารับรู้เกี่ยวกับการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ที่พบว่า นักศึกษามีการรับรู้เกี่ยวกับการกลั่นแกล้งบนสังคมออนไลน์ในระดับปานกลาง โดยนักศึกษามีการรับรู้การถูกลั่นแกล้งบนสังคมออนไลน์ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพกาย สุขภาพจิต และปัญหาเกี่ยวกับคนในครอบครัวและคนรอบข้าง¹² อย่างไรก็ตามผลการศึกษารังนี้แตกต่างจากการศึกษาของ บุษราคม ชัชวาลชาวนุชนกิจ และคณะ¹⁴ ที่พบว่า นิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยบูรพา มีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมการกลั่นแกล้งบนโลกโซเชียล โดยภาพรวมอยู่ในระดับน้อยที่สุด ทั้งนี้เกิดมาจากสื่อต่าง ๆ และสังคมออนไลน์ในปัจจุบัน มีการรณรงค์เรื่องการกลั่นแกล้งบนโลกโซเชียลอย่างแพร่หลาย ทำให้นิสิตเกิดการตระหนักรู้ถึงผลกระทบจากพฤติกรรมการกลั่นแกล้งบนโลกโซเชียลมากยิ่งขึ้นจากการศึกษารังนี้เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่จะอยู่ในหอพักวิทยาลัยและจากการเรียนที่เครียดอยู่แล้วเมื่อมีสิ่งที่มีผลกระทบต่อจิตใจจึงทำให้เกิดความทนต่อสิ่งแวดล้อมรอบข้างน้อยกว่านักศึกษาสาขาอื่น ๆ

การจัดการกับความเครียดเมื่อถูกลั่นแกล้งทางออนไลน์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการกับความเครียดเมื่อถูกลั่นแกล้งทางออนไลน์ภาพรวมในระดับปานกลาง (Mean = 2.54, S.D. = 1.04) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการแบบมุ่งเน้นการแก้ปัญหา (Problem-focused coping) ระดับมาก (Mean = 3.51, S.D. = 1.16) รายข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ หากิจกรรมอื่น ๆ ทำเพื่อลดความเครียดหรือทำให้รู้สึกดีขึ้น เช่น ดูซีรีส์ อ่านนิยาย ช็อปปิ้งออนไลน์ นั่งสมาธิ และออกกำลังกาย และการจัดการแบบมุ่งเน้นที่อารมณ์ (Emotional-focused coping) ในระดับน้อย (Mean = 1.56, S.D. = 0.91) รายข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ร้องไห้หรือตะโกนออกมาดังๆเพื่อระบาย ความเครียด และเมื่อพิจารณาความสามารถในการจัดการกับความเครียดเมื่อถูกลั่นแกล้งทางออนไลน์ พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการความเครียดในระดับดีถึงร้อยละ 65.90 ซึ่งลักษณะการจัดการปัญหาทั้ง 2 แบบนี้เป็นไปตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman^{11,15} ที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาโดยการแก้ปัญหา (Problem-focused coping) ซึ่งเป็นการมุ่งแก้ไขปัญหาคือเป็นสาเหตุ เลือกวิธีการแก้ไขปัญหาคือเหมาะสมหลาย ๆ วิธี ค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิพร ไฉไลสภาพร และคณะ¹⁶ ที่พบว่า ประสิทธิภาพและแนวทางการเผชิญปัญหาของเด็กและเยาวชนไทยที่ตกเป็นเหยื่อการกลั่นแกล้งทางโซเชียลมีเดียและเยาวชนไทยสามารถรับรู้และตระหนักถึงการถูกลั่นแกล้งทางโซเชียลได้ทันที การถูกลั่นแกล้งทางโซเชียลส่งผลกระทบบต่อจิตใจและพฤติกรรมของเด็กและเยาวชนไทย วิธีการเผชิญปัญหาการถูกลั่นแกล้งทางโซเชียลของเด็กและเยาวชนไทยแบ่งออกเป็น 2 แบบหลัก ได้แก่ 1) การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการปัญหา และ 2) การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการอารมณ์ แบ่งออกเป็น 5 แนวทางหลัก ได้แก่ 1) การเผชิญหน้า 2) การจัดการทางด้านเทคนิค 3) การหลีกเลี่ยง 4) การเบี่ยงเบนความสนใจ 5) การแสวงหาแรงสนับสนุนทางสังคม โดยพบว่า



ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางด้านจิตใจในการเผชิญปัญหาการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ของเด็กและเยาวชนไทย ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ส่วนใหญ่นักศึกษาใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการปัญหาตามสถานการณ์ปัญหาที่พบ และมีส่วนน้อยที่ใช้การเผชิญปัญหาโดยมุ่งเน้นที่อารมณ์ (Emotional-focused coping) เป็นการบรรเทาความไม่สบายใจเพื่อรักษาสมดุลให้สภาวะความกดดันลดลง¹⁰ ทั้งนี้ความเครียดจะเป็นลักษณะรูปแบบใด ขึ้นอยู่กับการประเมินเหตุการณ์ของแต่ละบุคคล และความสามารถของแต่ละบุคคลในการประเมิน และเลือกใช้กลไกการปรับตัว การจัดการความเครียดเป็นการกระทำ ความรู้สึก ความนึกคิดที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา เพื่อที่จะจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นหาเหตุผลที่เหมาะสม จัดการกับอารมณ์ และความรู้สึก มุ่งมั่นในการแก้ไขอุปสรรคของตนเอง จากเหตุการณ์ ให้ตนเองกลับสู่สภาวะสมดุลตามปกติ¹¹ ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์กับการจัดการความเครียดของนักศึกษา พบว่า พฤติกรรมการถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการความเครียดเมื่อถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .54, p < .001$) ซึ่งแสดงว่า พฤติกรรมการถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์กับการจัดการความเครียดเมื่อถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา คำดี และคณะ¹⁷ พบว่า พฤติกรรมถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมก้าวร้าว นอกจากนี้ยังพบว่า พฤติกรรมรังแกผู้อื่นผ่านโลกไซเบอร์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่ง ปองกมล สุรัตน์¹⁸ ได้กล่าวว่า พฤติกรรมการถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์เป็นพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ประเภทหนึ่งที่สามารถส่งผลกระทบต่อผู้ถูกรังแกได้ ซึ่งการถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์ไม่ว่าจะเป็นถูกรังแกในรูปแบบใดย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ถูกรังแกทั้งด้านร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ และด้านจิตใจโดยเฉพาะด้านอารมณ์ ความรู้สึกเนื่องจากการถูกรังแกย่อมส่งผลกระทบต่อความรู้สึกอัดอั้น รู้สึกเสียใจ ส่งผลกระทบในมิติสุขภาพของผู้ถูกรังแกซึ่งทำให้ผู้ถูกรังแกเกิดความเครียดวิตกกังวลไม่สบายใจ ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้ก็จะส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพของผู้ถูกรังแกในระยะยาว การจัดการความเครียดจะทำให้เกิดการยับยั้งความคิด และพฤติกรรมที่ก้าวร้าว¹⁹

ดังนั้นการที่เยาวชนมีการจัดการปัญหาการถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์ 3 แบบ คือ 1) การจัดการมุ่งตัวปัญหา (Problem base coping) 2) การจัดการด้านอารมณ์ (Emotional coping) และ 3) การจัดการแบบหลีกเลี่ยงรักษาระยะห่าง (Avoidant coping) พบว่า การจัดการมุ่งตัวปัญหาแบบเชิงรุก (Active problem base coping) เป็นการจัดการปัญหาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ได้แก่ การขอความช่วยเหลือ การคุยกับผู้รังแกตัวต่อตัว การสื่อสารความรู้สึก การขอโทษ การปรับพฤติกรรมตนเอง²⁰ อย่างไรก็ตามเยาวชนส่วนใหญ่คิดว่าอยากแก้ไขปัญหาด้วยตัวเองก่อนจะไปถึงมือผู้อื่น ส่วนหนึ่งมาจากความคิดที่ว่าไม่มีใครช่วยได้ แม้แต่กฎหมายก็ยังเป็นการแก้ปลายเหตุที่บางครั้งก็ไม่จริงจั่งสอดคล้องกับริวิตูโซ (Rivituso)²¹ ที่พบว่า ความคับข้องใจไม่ได้เกิดจากการไม่รู้ตัวตนผู้รังแก แต่กลับเกิดจากการไม่รู้ว่าจะติดต่อขอความช่วยเหลือจากผู้ใหญ่คนใดในสถานศึกษา และการบังคับใช้กฎหมายที่ไม่จริงจั่งและช่วยแก้ปัญหาได้อย่างแท้จริง จากการศึกษาครั้งนี้พฤติกรรมการถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการความเครียดเมื่อถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ เป็นการปรับตัว เปลี่ยนบุคลิกภาพ และวิธีสื่อสารในโลกออนไลน์ รวมทั้งการเฝ้าระวังตัวเองโดยมีพลังใจเข้มแข็ง ซึ่งเป็นเงื่อนไขสำคัญที่ทำให้นักศึกษาที่ถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ก้าวพ้นปัญหาการรังแกผ่านโลกไซเบอร์ไปได้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพได้

ข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในนักศึกษาระดับปริญญาตรี ซึ่งมีบริบทและประสบการณ์ที่เฉพาะเจาะจง โดยเฉพาะความเครียดที่เกิดจากการเรียน ส่งผลให้ผลการวิจัยไม่สามารถสรุปอ้างอิงไปยังประชากรกลุ่มอื่นได้ เช่น วัยรุ่นทั่วไปหรือบุคคลในวัยทำงานได้อย่างชัดเจน และการเก็บข้อมูลในช่วงเวลาหนึ่งไม่สามารถสรุปเชิงเหตุและผลได้อย่างชัดเจน ถึงแม้ว่าความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์กับการจัดการความเครียด แต่ก็ยังไม่สามารถระบุได้อย่างแน่นอนว่าพฤติกรรมการถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์นำไปสู่การจัดการความเครียดที่ดีได้ หรือในทางกลับกัน



ข้อเสนอแนะ

1. ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาลเมื่อถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ ควรนำไปใช้ในการจัดการดังนี้ 1) การส่งเสริมความฉลาดทางดิจิทัลให้นักศึกษาโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ การปลูกจิตสำนึกของการมีมารยาทในการใช้สื่อดิจิทัลและเคารพในสิทธิของบุคคลอื่น รวมทั้งส่งเสริมทักษะการใช้สื่อดิจิทัลอย่างเหมาะสมและปลอดภัยให้กับนักศึกษา และ 2) การจัดระบบการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือแก่นักศึกษาที่ตกเป็นเหยื่อของการถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์

2. ควรมีการพัฒนางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาทักษะการจัดการความเครียดเมื่อถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ที่ช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาได้เรียนรู้อย่างถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์และฝึกปฏิบัติกับการรับมือการถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์อย่างเป็นรูปธรรม

การพิจารณาทางจริยธรรม

การเขียนบทความวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์กับการจัดการความเครียดของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้วิจัยไม่ได้ใช้ปัญญาประดิษฐ์เชิงสร้างสรรค์ หรือ GenAI ในการช่วยเขียนบทความ

References

1. Chairungsee U. A guideline to the media literacy of social media for working citizens in Bangkok Based on the Buddhist integration. Journal of Palisueksabuddhaghosa Review. 10(2):266-83. (in Thai)
2. National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society. Summary of important results of the survey on household information and communication technology use in 2024. Bangkok: Forecasting Statistics Division, National Statistical Office; 2025. (in Thai)
3. Thai Health Promotion Foundation. The survey found that Thai children are addicted to the internet higher than the world average [Internet]. 2018 [cited 2023 Feb 16], Available from <https://www.thaihealth.or.th/Content/41463> (in Thai)
4. Tokunaga S. Following you home from school: A critical review and synthesis of research on cyberbullying victimization. Computer in Human Behavior. 2010;26:277-87. doi:org/10.1016/j.chb.2009.11.014
5. National Institute for Child and Family Development. Did you know? 59% of Thai children have been part of Cyberbullying. [Internet]. 2019 [cited 2021 Nov 8], Available from <https://www.eventpop.me./blog/200-cyberbullying,2019>. (in Thai)
6. National Statistical Office. Summary of key results Survey on the use of information technology and communication in households 2023. Bangkok: United Nations Statistics Division; 2023. (in Thai)
7. Dehue F, Bolman C, Vollink T. Cyberbullying: Youngsters' experiences and parental perception. Cyber Psychology & Behavior. 2008;11:217-23. doi:10.1089/cpb.2007.0008
8. Srisoem C, Suntaphun P, Vongtree A. Cyberbullying: Impact, prevention and role of psychiatric nursing. Journal of Nursing, Public Health, and Education. 2019;20:15-27. (in Thai)



9. Khunwong W, Euajarusphan A. Landscape of violence and cyberbullying. *Journal of Humanities and Social Sciences*. 2021;9:146-60. (in Thai)
10. Inthanon S, Sermsinsiri P. The study of how youth can protect themselves from cyberbullying. Paper presented at second UTCC Academic Day. 2018 June 2: University of the Thai Chamber of Commerce; 1396-406. (in Thai)
11. Lazarus RS, Folkman S. *Stress: Appraisal and coping*. New York: Springer Publishing; 1984.
12. Chopsiang L, Srisoem C, Boonchawee P, Thongprasan J, Srichat N. Perception, and self-management for online social media bullying of Nursing Students in Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong. *Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong*. 2021;5(1):22-33. (in Thai)
13. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*. 1970;30(3):607-10.
14. Chatchavanchanchananakj B, Kulsawat T, Phuangthuean P. Factors affecting cyberbullying behavior: A case study of students at Burapha University. *Journal of Public Administration and Politics*. 2023;12(2):42-56. (in Thai)
15. Daopradub P, Worakullattanee K. Types, and audience engagement of online cyberbullying. *Journal of Communication and Management NIDA*. 2018;4(3):63-78. (in Thai)
16. Chailaisathaporn S, Prasertsin U, Techataweewan W. Experiences, and guidelines of coping in young Thai victims of cyberbullying. *Journal of Research and Curriculum Development*. 2017;7(2):215-34. (in Thai)
17. Damdee W, Thaweekoon T, Nintachan P. Relationships of cyberbullying with depression and aggressive behaviors among adolescents in a province of central region. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 2021;35(1):77-90. (in Thai)
18. Surat P. *Cyber bullying in socio-cultural dimensions: Case study of generation Z among Thai Youths*. Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University; 2018. (in Thai)
19. Amaraphibal A. Cyber-bullying victimization among youths: Risk factors, mental health impacts and reporting to the third person. *Research Methodology & Cognitive Science*. 2016;14(1):59-73. (in Thai)
20. Brailovskaia J, Tcismanna T, Margrafa J. Cyberbullying, positive mental health and suicide ideation/behavior. *Psychiatry Research*. 2018;267:240-2. doi:10.1016/j.psychres.2018.05.074
21. Rivituso J. Cyberbullying victimization among college students: An interpretive phenomenological analysis. *Journal of Information Systems Education*. 2014;25(1):71-6.



ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลนครพนม

เจริญชัย หมั่นห่อ พย.ม.¹

นทวรรณ หุ่นพยนต์ พ.บ.²

เพียรระสอน หมั่นห่อ พย.บ.³

จินตพัทธ์ จันทะโคตร พย.ม.^{4,5}

(วันรับบทความ: 30 พฤษภาคม พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 18 กรกฎาคม พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ: 24 กรกฎาคม พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลนครพนม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รักษาโรงพยาบาลนครพนม จำนวน 107 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ความสามารถส่วนบุคคล 3) การรับรู้ภาวะสุขภาพ 4) การสนับสนุนทางสังคม 5) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และ 6) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของเครื่องมือเท่ากับ 0.83, 0.89, 0.97, 0.96 และ 0.84 ตามลำดับวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ Point-biserial correlation Eta Correlation ค่าสัมประสิทธิ์แบบเพียร์สัน และวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และ พฤติกรรมการดูแลตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ความสามารถส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโดยปัจจัย 2 ด้านคือ 1) ความสามารถส่วนบุคคล และ 2) การรับรู้ภาวะสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานได้ ร้อยละ 28.90 ผลการศึกษาสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานได้ อาจจะพัฒนารูปแบบส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยให้ความสำคัญกับกลวิธีการเพิ่มความสามารถส่วนบุคคลของผู้ป่วยให้มากขึ้นรวมทั้งปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลที่เน้นกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงภาวะสุขภาพตนเองและผลกระทบที่อาจเกิดตามมาเพื่อให้เกิดความตระหนักถึงการดูแลตนเองที่ถูกต้อง

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลตนเอง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

²นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลนครพนม

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนครพนม

⁴อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

⁵ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: jintapak.jant@npu.ac.th Tel: 083-3275464



Predictive Factors of Self-Care Behaviors among Patients with Type 2 Diabetes at Nakhon Phanom Hospital

Charoenchai Muenhor M.N.S.¹

Nattawan Hunpayon M.D.²

Peanmason Muenhor B.N.S.³

Jintapak Chanthakot M.N.S.^{4,5}

(Received Date: May 30, 2025, Revised Date: July 21, 2025, Accepted Date: July 24, 2025)

Abstract

This research was a descriptive predictive correlational study aiming to investigate the levels of factors, relationships, and predictors of self-care behaviors among patients with type 2 diabetes (T2DM) at Nakhon Phanom Hospital. The participants consisted of 107 T2DM patients receiving care at Nakhon Phanom Hospital who met the inclusion criteria and were selected using simple random sampling. The research instruments included questionnaires covering: 1) personal information, 2) personal competence, 3) health perception, 4) social support, 5) health literacy related to T2DM, and (6) self-care behaviors of diabetic patients. The Cronbach's alpha coefficients for the instruments were 0.83, 0.89, 0.97, 0.96, and 0.84, respectively. Data were analyzed using Point-biserial correlations, Eta correlations, Pearson's correlation coefficients, and stepwise multiple regression analysis.

The results showed that majority of participants had moderate mean levels of personal competence, health perception, health literacy regarding T2DM, and self-care behaviors. The mean score for social support was rated at a high level and showed a low positive correlation with self-care behaviors, whereas personal competence, health perception, and health literacy demonstrated moderate positive correlations with self-care behaviors. Furthermore, two factors, personal competence and health perception, were found to significantly predict self-care behaviors among T2DM patients, accounting for 28.90% of the variance. The findings of this study can be applied to enhance the self-care capacity of patients with diabetes. A model to promote diabetes care could be developed by emphasizing strategies to improve patients' personal abilities. Additionally, care approaches should be adjusted to focus on stimulating patients' awareness of their own health conditions and their potential consequences in order to raise awareness and encourage appropriate self-care behaviors.

Keywords: self-care behaviors, type 2 diabetes, health literacy

¹Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University.

²Medical Doctor, Senior professional level, Nakhon Phanom Hospital

³Registered Nurse, Professional Level, Nakhon Phanom Hospital

⁴Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University.

⁵Corresponding author, Email: jintapak.jant@npu.ac.th Tel: 083-3275464



บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากร่างกายไม่สามารถใช้อินซูลินได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความผิดปกติในการนำน้ำตาลในกระแสเลือดเข้าเซลล์ร่างกายเพื่อใช้เป็นพลังงาน ส่งผลให้มีน้ำตาลในกระแสเลือดสูงกว่าปกติ¹ โดยเบาหวานชนิดที่ 2 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศรวมทั้งประเทศไทยด้วย สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานจากการรายงานของสมาพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF) พบว่าในปี พ.ศ. 2568 คนอายุ 20 - 79 ปีป่วยด้วยโรคเบาหวาน จำนวน 589 ล้านคนทั่วโลก ซึ่งคิดเป็น สัดส่วน 1 ใน 9 ของคนในกลุ่มนี้ และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 853 ล้านคนในปี พ.ศ. 2593 และยังรายงานเพิ่มเติมอีกว่าโรคเบาหวานเป็นสาเหตุที่ทำให้คนเสียชีวิตประมาณ 3.40 ล้านคนในปี พ.ศ. 2567 หรือเท่ากับว่าโรคเบาหวานสามารถทำให้คนเสียชีวิต 1 คนในทุก ๆ 9 วินาที นอกจากนี้โรคเบาหวานยังทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายที่ต้องนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพที่เกิดจากโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่มาจากโรคเบาหวานทั้งหมดประมาณ 1 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐหรือเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 38 ในช่วงเวลา 17 ปีที่ผ่านมา² สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากสำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ พบว่าความชุกของผู้ป่วยโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากปี พ.ศ. 2560 ความชุกร้อยละ 7.08 เป็นร้อยละ 7.83 ในปี พ.ศ. 2562 และเพิ่มเป็นร้อยละ 8.51 ในปี พ.ศ. 2564 นอกจากนี้ยังพบอัตราการตายจากโรคเบาหวานต่อแสนประชากรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เช่นกัน จากการสำรวจปี พ.ศ. 2560, 2562 และ 2564 อัตราการตายเท่ากับ 21.96, 25.30 และ 24.55 ตามลำดับ³ โดยโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาหลายอย่างทั้งเบาหวานขึ้นตา ไตวาย ปลายประสาทอักเสบและเสื่อมและเป็นที่ปลายเท้าและโรคหลอดเลือดแดงแข็งและทำให้หลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ⁴

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการจัดการและรักษาโรคเบาหวานให้มีประสิทธิภาพเนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องอาศัยการจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นตามมาจากการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานานซึ่งจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพอื่น ๆ เกิดตามมาและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไม่ลดลงไปจากเดิมมากนัก การดูแลตนเองจึงเป็นหัวใจหลักของการรักษาโรคเบาหวานการจัดการโรคเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ทั้งการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การใช้ยาอย่างเหมาะสม และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนด้วยตนเอง ซึ่งพบว่าสิ่งเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีขึ้นสามารถลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้⁵ และผู้ป่วยเบาหวานที่มีการจัดการดูแลตนเองที่ดีย่อมส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองดีไปด้วย⁶ รวมทั้งการรับรู้ภาวะสุขภาพก็มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยผู้ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีมักมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีด้วย⁷

โรคเบาหวานเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญและจำเป็นต้องให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่งสำหรับจังหวัดนครพนม เนื่องจากปัจจุบันความชุกโรคเบาหวานในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไปสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ พ.ศ. 2560- 2564 คือร้อยละ 7.25, 7.64, 8.03, 8.27 และ 8.79 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบอัตราการตายจากโรคเบาหวานต่อแสนประชากรก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกันคือ 36.46, 36.41, 37.64, 39.50 และ 42.77³ และยังพบผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้และมีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลนครพนมจำนวนมากด้วย จากการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานพบว่า อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการป่วยเป็นเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คือ อายุ อาชีพ ระดับน้ำตาลในเลือดและความรู้เรื่องโรคเบาหวาน⁸ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทักษะติดต่อ การเจ็บป่วย การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด⁹ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรค สถานภาพสมรสเป็นตัวแปร



ทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้¹⁰ ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน¹¹ รับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2^{12,13}

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการป่วย ปัจจัยด้านการรับรู้สุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ⁸⁻¹³ เป็นปัจจัยที่มีแนวโน้มเชื่อมโยงกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานแต่ยังยังไม่มีการศึกษาแบบภาพรวมที่รวมปัจจัยทั้งส่วนบุคคล ความสามารถส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการทำนายพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ดังนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการศึกษาปัจจัยดังกล่าวต่อการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลนครพนมว่ามีปัจจัยใดบ้างที่สัมพันธ์และทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยมุ่งหวังว่าจะนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการออกแบบและจัดทำรูปแบบการดูแล การให้คำแนะนำ การเสริมสร้างความตระหนักผู้ป่วยเบาหวานถึงผลกระทบที่เกิดจากโรคเบาหวานให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับบริบทตนเองและชุมชนเพื่อจะได้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน จากโรคเบาหวานซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

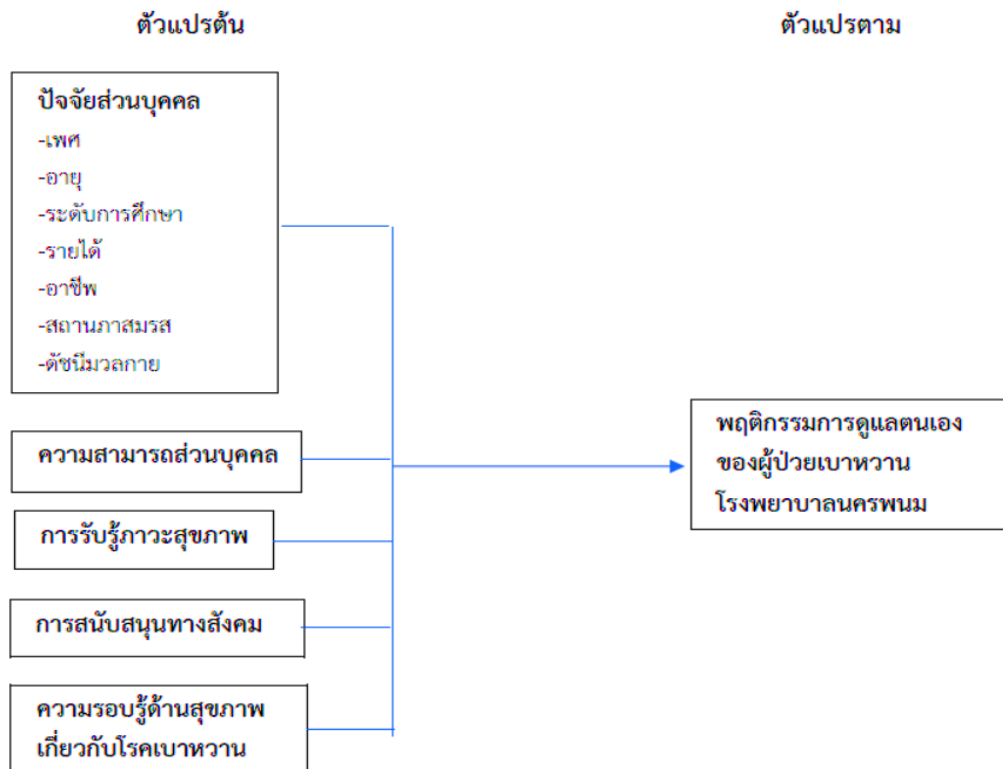
1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลนครพนม จำนวน 107 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามระหว่าง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานมีปัจจัยดังนี้ 1) ด้านปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ ภาวะสุขภาพ และดัชนีมวลกาย 2) ปัจจัยด้านความสามารถส่วนบุคคล 3) ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ 4) ปัจจัยด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคม และ 5) ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2⁸⁻¹⁴ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) มีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพนม ในปี พ.ศ. 2567 โดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) โดยใช้โปรแกรมทางสถิติ G*Power 3.1.9.4¹⁵ กำหนดใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ Linear Multiple Regression (Fix model, R2Deviation from zero) โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.15 และค่า α ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ค่าอำนาจทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.95 ตัวแปรทำนาย 11 ตัว ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 107 คน คัดเลือกแบบสุ่มอย่างง่าย (Simple random Sampling)

ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาด้วยยาชนิดรับประทาน 2) อายุ 20 - 60 ปี 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและสามารถให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยได้ และ 4) มีการรับรู้สติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารเข้าใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามการศึกษาเรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลนครพนม” ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 5 ตอน รวม 98 ข้อประกอบด้วย



ตอนที่ 1 เป็นการสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ สถานภาพสมรส น้ำหนัก ส่วนสูง

ตอนที่ 2 ความสามารถส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความสามารถในการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การดูแลเท้า การค้นหาข้อมูลและติดตามการรักษา และการจัดการความเครียดของตนเอง โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) กำหนดให้เลือกตอบคำถาม 5 ระดับ (1 = น้อยที่สุด, 2 = น้อย, 3 = ปานกลาง, 4 = มาก และ 5 = มากที่สุด) รวมทั้งหมดจำนวน 7 ข้อ แปลผลโดยแบ่งได้เป็น 3 ระดับโดยใช้การแบ่งระดับของเบสท์ (Best)¹⁶ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 แสดงว่า อยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 แสดงว่า อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 แสดงว่า อยู่ในระดับน้อย

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ สอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรค ภาวะแทรกซ้อนของโรค ผลกระทบจากโรคเบาหวาน และภาวะสุขภาพปัจจุบัน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยกำหนดให้เลือกตอบคำถาม 5 ระดับ (1 = น้อยที่สุด, 2 = น้อย, 3 = ปานกลาง, 4 = มาก และ 5 = มากที่สุด) รวมทั้งหมด จำนวน 15 ข้อ แปลผลโดยแบ่งได้เป็น 3 ระดับโดยใช้การแบ่งระดับของเบสท์ (Best)¹⁶ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 แสดงว่า อยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 แสดงว่า อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 แสดงว่า อยู่ในระดับน้อย

ตอนที่ 4 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านการประเมิน และการสนับสนุนด้านเครื่องมือ โดยแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยกำหนดให้เลือกตอบคำถาม 5 ระดับ (1 = น้อยที่สุด, 2 = น้อย, 3 = ปานกลาง, 4 = มาก และ 5 = มากที่สุด) รวมทั้งหมด จำนวน 17 ข้อ แปลผลโดยแบ่งได้เป็น 3 ระดับโดยใช้การแบ่งระดับของเบสท์ (Best)¹⁶ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 แสดงว่า อยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 แสดงว่า อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 แสดงว่า อยู่ในระดับน้อย

ตอนที่ 5 แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 ระดับ คือ 1) ระดับพื้นฐาน จำนวน 14 ข้อ 2) ระดับปฏิสัมพันธ์ จำนวน 6 ข้อ และ 3) ระดับวิจารณ์ญาณ จำนวน 10 ข้อ โดยแต่ละข้อเป็น มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยกำหนดให้เลือกตอบคำถาม 5 ระดับ (1 = น้อยที่สุด, 2 = น้อย, 3 = ปานกลาง, 4 = มาก และ 5 = มากที่สุด) รวมทั้งหมดจำนวน 30 ข้อ แปลผลโดยแบ่งได้เป็น 3 ระดับโดยใช้การแบ่งระดับของเบสท์ (Best)¹⁶ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 แสดงว่า อยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 แสดงว่า อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 แสดงว่า อยู่ในระดับน้อย



ตอนที่ 6 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 4 ด้านคือ 1) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร จำนวน 6 ข้อ 2) การออกกำลังกาย จำนวน 6 ข้อ 3) การรับประทานยา จำนวน 6 ข้อ และ 4) ด้านการจัดการความเครียด จำนวน 4 ข้อ โดยแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยกำหนดให้เลือกตอบคำถาม 5 ระดับ (1 = น้อยที่สุด, 2 = น้อย, 3 = ปานกลาง, 4 = มาก และ 5 = มากที่สุด) รวมทั้งหมดจำนวน 22 ข้อ แปลผลโดยแบ่งได้เป็น 3 ระดับ โดยใช้การแบ่งระดับของเบสท์ (Best)¹⁶ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 แสดงว่า อยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 แสดงว่า อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 แสดงว่า อยู่ในระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหาของ แบบสอบถามปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลนครพนม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน และแพทย์เฉพาะด้านอายุรกรรม ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence : IOC) ทุกข้ออยู่ในช่วง 0.68 – 1.00 และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะ ตรงตามคุณลักษณะประชากรในงานวิจัย คือผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม จำนวน 30 คน แล้วนำแบบสอบถามความสามารถส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบวัดความสนับสนุนทางสังคม แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามเท่ากับ 0.83, 0.89, 0.97, 0.96 และ 0.84 ตามลำดับ

วิธีการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการโครงการวิจัยหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ดังนี้

1. ประสานหน่วยงานคลินิกเบาหวาน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพนมในการเก็บข้อมูล
2. ชี้แจงคณะผู้วิจัยเพื่อให้เข้าใจแบบสอบถามให้ตรงกัน
3. เข้าพบและแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ประโยชน์ ความเสี่ยงการตัดสินใจอย่างอิสระ การลงนาม การรักษาความลับ การยกเลิกการเข้าร่วมและจริยธรรมการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง
4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการแจกแบบสอบถามให้แก่กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม
5. รวบรวม ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย

โครงการนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลนครพนม เลขที่ใบรับรองจริยธรรม คือ NP-EC11-No.51/2567 ผู้วิจัยทำการชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร โดยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวม และข้อมูลในแบบสอบถามจะเก็บไว้เป็นความลับ หลังจากกลุ่มตัวอย่างตกลงเข้าร่วมวิจัย จะให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจและแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามหากมีประเด็นคับข้องใจ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ



การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังนี้

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ สถานภาพสมรส และดัชนีมวลกาย โดยใช้การแจกแจงด้วยความถี่ และ ร้อยละ
2. วิเคราะห์ความสามารถส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอายุ รายได้ ดัชนีมวลกาย ความสามารถส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยใช้สัมประสิทธิ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเพศ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยได้ทำการแปลงเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) ก่อนนำมาวิเคราะห์ผลและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ Point-biserial correlation
5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับการศึกษา อาชีพและสถานภาพสมรสกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยใช้ Eta Correlation
6. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.60) อายุเฉลี่ย 55.07 ปี (S.D. = 16.44) การศึกษาส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 37.40) รองลงมาเป็น จบชั้น ปวส. และระดับปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 15) มีรายได้เฉลี่ย 8,923.64 บาท/เดือน (S.D. = 12,733.91) ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 36.40) รองลงมาอาชีพทำนา ทำไร่ ทำสวน (ร้อยละ 22.40) และมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 57) และโดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างดัชนีมวลกาย (Body mass index: BMI) อยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับ 1 BMI เฉลี่ยเท่ากับ 26.25 (S.D. = 6.51)

2. การศึกษาระดับความสามารถส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.68, S.D. = 0.79) ส่วนความสามารถส่วนบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.57, S.D. = 0.62) การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Mean = 3.38, S.D. = 0.72) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.47, S.D. = 0.75) และพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.99, S.D. = 0.45) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของความสามารถส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และพฤติกรรมการดูแลตนเอง (n=107)

ข้อมูล	Possible range	Actual range	Mean	S.D.	ระดับ
ความสามารถส่วนบุคคล (Personal Ability)	1.00-5.00	1.86-5.00	3.57	0.619	ปานกลาง
การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived Health Status)	1.00-5.00	1.47-5.00	3.38	0.715	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม (Social Support)	1.00-5.00	1.76-5.00	3.68	0.792	มาก
ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Health Literacy on Type 2 Diabetes Mellitus)	1.00-5.00	1.03-5.00	3.47	0.751	ปานกลาง
พฤติกรรมการดูแลตนเอง (Self-Care Behaviors)	1.00-5.00	1.55-3.86	2.99	0.454	ปานกลาง



3. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลนครพนม ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ($r=.23$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความสามารถส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ($r=.45, .43$ และ $.42$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) และ p -value ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ($n=107$)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p -value
1. ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factors)		
เพศ (Gender)	-.076	.439
อายุ (Age) (ปี)	-0.04	.676
ระดับการศึกษา (Educational Level)	0.18	.628
รายได้ (Income) (บาท/เดือน)	0.07	.461
อาชีพ (Occupation)	0.29	.154
สถานภาพสมรส (Marital Status)	0.08	.701
ดัชนีมวลกาย (BMI)	0.09	.410
2. ความสามารถส่วนบุคคล (Personal Ability)	0.45	.000**
3. การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived Health Status)	0.43	.000**
4. การสนับสนุนทางสังคม (Social Support)	0.23	.018**
5. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Health Literacy on Type 2 Diabetes Mellitus)	0.41	.000**

4. ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และสมการพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน จากการวิจัยพบว่า มีปัจจัย 2 ตัวแปรที่สามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานได้ร้อยละ 28.90 ($R^2 = 0.29, F = 12.48, p = .001$) โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความสามารถส่วนบุคคล ($\beta = 0.35, p = .000$) และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ($\beta = 0.31, p = .001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอนระหว่างตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ($n=107$)

ตัวแปร	b	S.E.B.	Beta	t	p -value
ค่าคงที่ (Constant)	1.42	0.23	-	7.79	.000***
ความสามารถส่วนบุคคล (Personal Ability) (X1)	0.25	0.07	0.35	3.93	.000***
การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived Health Status) (X2)	0.19	0.06	0.31	3.53	.001***

R Square (R^2)=0.29 Adjust R Square (AR^2)=0.28 Std. Error of the Estimate (S.E.)=0.39 $F=12.48$ Sig=.001

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$



สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

$$Y = 1.42 + 0.25(X1) + 0.19(X2)$$

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z = 0.35(X1) + 0.31(X2)$$

การอภิปรายผล

1. ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก แต่ความสามารถส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และพฤติกรรมการดูแลตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงช่องว่างระหว่างการได้รับการสนับสนุนทางสังคมกับศักยภาพและพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานซึ่งอาจเป็นเพราะการวิจัยนี้ดำเนินการในกลุ่มตัวอย่างในต่างจังหวัดที่ยังเป็นสังคมชนบทและมีลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวขยายซึ่งสะท้อนถึงวัฒนธรรมชุมชนในจังหวัดนครพนมที่ยังมีความสัมพันธ์ที่ดี สมาชิกในชุมชนยังคงให้การดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ส่วนบุตร หลานก็ยังทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จงรัก เพ็งชัย¹⁷ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส 1ย (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ งดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา และการรับประทานยา) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอวาริชภูมิ จังหวัดคำแพงเพชร ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส 1ย อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.69, S.D. = 0.72) ความสามารถส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และพฤติกรรมการดูแลตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง อาจสะท้อนถึง ข้อจำกัดของระบบบริการสุขภาพที่ยังไม่สามารถส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึงไม่สามารถสร้างความตระหนักให้กับผู้ป่วยเบาหวานเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพของตนเองได้มากพอซึ่งอาจเป็นเพราะรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานยังคงเป็นแบบเดิมที่ยังให้ความสำคัญกับการให้ยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพแบบเหมารวมไม่คำนึงถึงบริบทที่แตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละคนทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่สามารถนำไปปรับใช้กับสถานการณ์ที่แท้จริงของผู้ป่วยได้รวมทั้งแม้จะมีการจัดกิจกรรมหรือให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน แต่หากเนื้อหาที่ให้กับผู้ป่วยไม่สอดคล้องกับระดับการศึกษา ความเข้าใจ หรือวิถีชีวิตของผู้ป่วย อาจส่งผลให้ความรู้ไม่สามารถเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมได้ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพย์รัตน์ เกียรติกุลชัย และคณะ⁹ ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ที่พบว่าการพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 130.44, S.D. = 19.49) และการศึกษาของ ศุภรัฐ พูนกล้า และ สุขสิน เอกา¹⁸ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 66.70) แต่แตกต่างจากการศึกษาของ รัชนิ ปลั่งกลาง¹⁹ ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์บริการสาธารณสุข 2 ส่วนบริการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สำนักงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครนครสวรรค์ ที่พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 65.50) ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเขตเทศบาลซึ่งเป็นชุมชนเมืองอาจจะมีศักยภาพในการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวานทั้งจากเจ้าหน้าที่และสื่อต่าง ๆ ได้ง่ายและสะดวกกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในชนบทจึงอาจส่งผลทำให้การรับรู้ภาวะสุขภาพได้ดีกว่า

2. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลนครพนม ผลการวิจัยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ส่วนความสามารถส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง แสดงให้เห็นว่าแม้ผู้ป่วยจะได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์ แต่การสนับสนุนนั้นอาจยังไม่เพียงพอหรือไม่มีความสำคัญมากพอที่จะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างชัดเจนในขณะที่ยังมีความสามารถส่วนบุคคล



การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งมากกว่าการสนับสนุนทางสังคมแสดงให้เห็นว่าถึงความสำคัญของปัจจัยภายในตัวบุคคลของผู้ป่วยเอง ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจ ปฏิบัติตน และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภฤดา แสงสินศรี²⁰ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของ ประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขตจังหวัดพิจิตร ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขตจังหวัดพิจิตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพย์รัตน์ เกียรติกุลชัย และคณะ⁹ ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมี ความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .001 สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราภรณ์ อริยสิทธิ์¹¹ ที่ศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการควบคุมระดับน้ำตาลใน เลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .024 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพรรณฯ สุวรรณสินธุ์ และ รัฐพล ไกรกลาง¹³ ที่ศึกษา การรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ที่มารับบริการในศูนย์บริการ สาธารณสุขที่ 1 เทศบาลนครขอนแก่น พบว่าการรับรู้สุขภาพด้านต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษาของ อรณัฐ ประดับทองและคณะ¹² ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเรียนรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พบว่าการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 การศึกษาของ ณาเดย หะยิยะจิ และ พิศิษฐ์ พวยพิง²¹ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการตรวจติดตามระดับน้ำตาลที่กองการแพทย์ เทศบาลนครเชียงราย พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า มี 2 ตัวแปรที่สามารถอธิบายความผันแปร ของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลได้ คือ ความสามารถส่วนบุคคล และ การรับรู้ภาวะสุขภาพซึ่งสามารถ ทำนาย ได้ร้อยละ 28.90 ทั้งนี้เนื่องจาก ทั้ง 2 ตัวแปรนี้เป็นปัจจัยภายในที่บุคคลซึ่งสามารถควบคุมได้และเชื่อว่ามีมีความสำคัญ ในการกำหนดพฤติกรรมด้านสุขภาพของตนเอง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมบางอย่างย่อม มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นว่า ตนเองสามารถควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย หรือใช้ยาได้ อย่างถูกต้อง ก็น่าจะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านั้นอย่างสม่ำเสมอมากกว่าการให้คนอื่นมาควบคุมหรือกระตุ้นเตือน ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองอย่างถูกต้องจะสามารถประเมินอาการ ความรุนแรงของโรค รวมถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นได้ แม่นยำมากขึ้น น่าจะส่งผลทำให้เกิดแรงจูงใจและเห็นความสำคัญในการแสดงพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นเนื่องจากไม่ต้องการ ให้เกิดผลกระทบในทางที่ไม่ดีต่อสุขภาพในอนาคต ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ สมพร รักความสุข และ ทุตยรัตน์ รื่นเริง²² ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมือง จังหวัดชลบุรี ที่พบว่าปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 47.20 การศึกษาของ Kim²³ ที่ศึกษาการวิเคราะห์ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าการสนับสนุนจากสังคมสามารถทำนายพฤติกรรม การดูแลตนเองได้ร้อยละ 15.52 และการศึกษาของ Karimy et al.²⁴ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติ ความสามารถตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติตามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานซึ่งพบว่าทั้งสามนี้สามารถร่วมกันทำนาย พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานได้ร้อยละ 39.50 การศึกษาของ วิชชุดา จันทศิลป์ และคณะ²⁵ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในจังหวัดนครราชสีมาซึ่งพบว่า สิทธิการรักษาพยาบาล ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย



เบาหวานได้ร้อยละ 6.80 เหตุที่ผลการวิจัยทั้ง 4 เรื่องนี้แตกต่างจากผลการวิจัยที่ได้ของบทความวิจัยเรื่องนี้มาจากการเลือกปัจจัยนำเข้ามาสู่วิเคราะห์เพื่อทำนายแตกต่างกันทำให้ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายจึงแตกต่างกันไปด้วย ส่วนตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานได้ประกอบด้วยตัวแปรด้านปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทั้งนี้อาจจะเกิดจากปัจจัยส่วนบุคคลทุกตัวทั้งเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ สถานภาพสมรสและดัชนีมวลกาย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และตัวแปรบางตัวอาจมีความสัมพันธ์กันเองสูง เช่น ระดับการศึกษากับการรับรู้ภาวะสุขภาพหรือความรอบรู้ด้านสุขภาพเมื่อนำเข้าโมเดลโปรแกรมจะเลือกเพียงตัวแปรที่อธิบายได้มากที่สุดและตัดตัวอื่นออกไป และตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองซึ่งได้แก่ ความสามารถส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ด้านสุขภาพ แต่โมเดลไม่เลือกการสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ด้านสุขภาพมาทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองอาจเป็นเพราะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองน้อยและตัวแปร 2 ตัวนี้อาจมีความสัมพันธ์กันเองสูงกับความสามารถส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพด้วย

ข้อจำกัดการวิจัย

การวิเคราะห์ตัวแปรทั้ง 11 ตัวแปรเพื่อหาอำนาจการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานพบมีเพียง 2 ตัวแปรที่โมเดลเลือกมาทำนายอาจเป็นเพราะเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลยังไม่ครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการศึกษา ทำให้ผลลัพธ์ที่ได้อาจมีความคลาดเคลื่อนและลดความน่าเชื่อถือลงอาจจะต้องตัดตัวแปรที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กันเองสูงออก และพิจารณาเอาตัวแปรอื่นที่อาจจะทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองเข้ามาศึกษาเพิ่มขึ้น แรงจูงใจ ความเชื่อด้านสุขภาพ การเข้าถึงระบบบริการเป็นต้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานควรให้ความสำคัญกับการเพิ่มศักยภาพในตัวผู้ป่วยเบาหวานให้มากขึ้น ทั้งความสามารถส่วนบุคคล การรอบรู้ด้านสุขภาพรวมทั้งการกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองให้มากขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานตระหนักและให้ความสำคัญกับการปรับพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพมากขึ้น

1.2 พยาบาลและผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานควรปรับวิธีการให้ความรู้ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยใช้กระบวนการของความรอบรู้ด้านสุขภาพมาใช้ทั้งการแนะนำช่องทางในการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวานให้มีความหลากหลาย การกระตุ้นให้ผู้ป่วยเบาหวานทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแลตนเอง การตรวจสอบข้อมูลข่าวสารต่างๆเกี่ยวกับโรคเบาหวานให้ชัดเจน ถูกต้องก่อนที่จะเชื่อและนำมาปฏิบัติตาม

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรขยายขอบเขตการศึกษาไปยังปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้มากขึ้น เช่น ความเชื่อด้านสุขภาพ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ แรงจูงใจในการดูแลตนเอง เป็นต้น

2.2 ควรศึกษาผลการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถส่วนบุคคลและการรับรู้ภาวะสุขภาพต่อการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

References

1. Techasuwan R, Chuttanaphan S, Chamroonsawat K, Sornpaisan B, Thanyasitsunthorn P. Risk factors for type 2 diabetes mellitus in Thai population. Disease Control Journal. 2020;46(3):268-79. (in Thai)
2. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas [Internet]. 2025 [cited 2025 Apr 20]. Available from: <https://diabetesatlas.org>



3. International Health Policy Program. Incidence of newly diagnosed diabetes by province [Internet]. 2025 [cited 2025 May 28]. Available from: <https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/area/index.php> (in Thai)
4. Sunnanbua A, Suwannasarn L. Diabetes care: Role of nurses in tertiary hospitals. *Journal of Nurse and Public Health Chaiyaphum*. 2022;1(1):8-14. (in Thai)
5. Chaladlon P, Anansirikasem P, Klinjampa V. The effect of self-management support on glycemic control behaviors in type II diabetes patients. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 2023;33(1):90-101. (in Thai)
6. Chaladit P, Anansirikasem P, Klinchampa W. Effects of self-management support on glycemic control behaviors in patients with type 2 diabetes. *Nursing Journal of The Public Health Ministry*. 2023;33(1):90-101. (in Thai)
7. Jakkawut K, Apiwan N, Maneerat P, Pongphitsanu B. Factors related to health care behaviors among patients with non-insulin-dependent diabetes in Pa Kluay Health Promoting Hospital, Sukhothai. In: 1st Health Science Academic Conference; 2017; Mae Fah Luang University, Chiang Rai. (in Thai)
8. Kraiphichit P. Factors affecting self-care behaviors among type 2 diabetes patients in health promoting hospitals under Phang Khon Hospital, Sakon Nakhon. *Journal of Sakon Nakhon Hospital*. 2020;23(3):14-26. (in Thai)
9. Thipparat K, Wanphen K, Tassanee R, Juthatip S. Factors predicting glycemic control behavior among type 1 diabetes patients in hospitals under the ministry of defense. *Journal of Nursing and Health Science Research*. 2023;15(1):162-82. (in Thai)
10. Tanin F. Factors influencing health behavior and blood glucose levels in type 2 diabetes patients in Klang Wiang Subdistrict, Nan Province. *Journal of Phrae Public Health for Development*. 2021;1(1):1-16. (in Thai)
11. Jiraporn A. Health literacy and glycemic control among patients with type 2 diabetes. *Sawanpracharak Medical Journal*. 2021;18(2):142-55. (in Thai)
12. Oranuch P, Sukumal S, Thidarat K. Relationship between health perception and health behaviors among type 2 diabetic patients. *Nursing Public Health and Education Journal Boromarajonani College Phayao*. 2020;21(1):55-67. (in Thai)
13. Supansa S, Rattaphon K. Health perception and self-care behaviors in uncontrolled diabetic patients attending Health Service Center 1, Khon Kaen Municipality. *Academic Journal of Community Public Health*. 2023;9(3):135-46. (in Thai)
14. Babazadeh T, Lotfi Y, Ranjbaran S. Predictors of self-care behaviors and glycemic control among patients with type 2 diabetes mellitus. *Front Public Health*. 2023;10:1031655. doi:10.3389/fpubh.2022.1031655.
15. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*. 2007;39(2):175-91. doi:10.3758/bf03193146.
16. Best JW. *Research in education*. New Jersey: Prentice-Hall; 1981.



17. Pengchai J. Factors influencing 3E 2S 1Y-based health behaviors among type 2 diabetes patients in Khanuworakabsaburi District, Kamphaeng Phet [Internet]. Phitsanulok: Naresuan University; 2023 [cited 2024 May 23]. Available from: <https://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/handle/123456789/6137> (in Thai)
18. Suparat P, Suksin E. Factors associated with self-care in type 2 diabetic patients in the community. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin. 2019;9(1):30-45. (in Thai)
19. Ratchanee P. Predictors of complication prevention behaviors in type 2 diabetes patients at Health Center 2, Nakhon Sawan Municipality. Journal of Health Science and Community Public Health. 2018;1(2):86-101. (in Thai)
20. Phruda S. Factors associated with health behaviors among people at risk of diabetes and hypertension in Phichit Province. Journal Public Health Research Academic Phichit. 2021;2(2):43–54. (in Thai)
21. Nadia H, Phisit P. Factors associated with glycemic control in type 2 diabetic patients at Internal Medicine Unit, Chiang Rai Municipality. Journal of Nursing and Public Health Education. 2019;20(3):83-94. (in Thai)
22. Somporn R, Thutiyarat R. Predictors of health behavior among type 2 diabetic patients in urban areas, Chonburi Province. Royal Thai Navy Medical Journal. 2020;47(3):544-61. (in Thai)
23. Kim YO. Predicting factors of self-care behaviors in patients with diabetes. Korean Nursing College Journal. 1998;28(3):625-37. doi:<https://doi.org/10.4040/jkan.1998.28.3.625>
24. Karimy M, Koohestani HR, Araban M. Relationship between attitudes, self-efficacy, and social support with self-care practices in diabetic patients. Diabetology and Metabolic Syndrome Journal. 2018;10:86. doi:10.1186/s13098-018-0386-6
25. Chanthasilp W, Banchornhattakit P, Chusak T, Silparatsamee R. Factors affecting self-care behaviors among uncontrolled type 2 diabetic patients in Nakhon Ratchasima. Journal of Health Center No. 9. 2024;18(2):498-509. (in Thai)



ผลของโปรแกรมการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์ต่อการรับรู้กระบวนการส่งต่อ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของบุคลากรสุขภาพ ในหน่วยงานปฐมภูมิ

ชนันท์ภัทร์ สุขประเสริฐ พย.บ.¹

เนตรชนก ศรีทุมมา ประ.ด.²

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย ประ.ด.³

(วันรับบทความ: 1 มิถุนายน พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 15 กรกฎาคม พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ: 18 กรกฎาคม พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม เปรียบเทียบผลก่อน-หลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของบุคลากรสุขภาพ ในหน่วยงานปฐมภูมิ ก่อนและหลังได้โปรแกรมการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์ กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ จำนวน 48 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 24 คน เท่า ๆ กัน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์ เป็นเวลา 13 ชั่วโมง กลุ่มควบคุมได้รับการสอนแบบปกติ เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์ 2) แบบสอบถามการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.98 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ไคสแควร์ ที่คู่และทีอิสระ โดยสถิติทีอิสระ (Independent t-test) เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าโปรแกรมการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมโดยรวมในระดับมาก ส่วนรายด้านพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการประเมินผู้ป่วยและการคัดกรองอยู่ในระดับมาก รองลงมาคือด้านแนวทางในกระบวนการส่งต่ออยู่ในระดับมาก และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) การวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าการบริหารจัดการบริการสุขภาพเพื่อให้เกิดการพัฒนาบุคลากรเป็นไปตามเป้าหมายการบริการ เครื่องมือการนิเทศด้วยวิธีการโค้ชแบบเพียร์ทำให้เกิดการเพิ่มพูนความรู้และความเข้าใจของบุคลากรทางการสุขภาพที่ส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับบริการตามมาตรฐาน

คำสำคัญ: โปรแกรมการนิเทศ การโค้ชแบบเพียร์ กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม บุคลากรสุขภาพ หน่วยงานปฐมภูมิ

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล

¹นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

³ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

²ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: netchanoks@christian.ac.th Tel: 081-2539361



The Effects of a Peer Coaching Supervision Program on the Perception of the Breast Cancer Patient Referral process among Health Personnel in Primary Care Units

Chananpat Sukparsert B.N.S.¹

Netchanok Sritoomma Ph.D.²

Phechnoy Singchangchai Ph.D.³

(Received Date: June 1, 2025, Revised Date: July 15, 2025, Accepted Date: July 18, 2025)

Abstract

This quasi-experimental research with a two-group, pre-post results approach aimed to compare the perceptions of the breast cancer patient referral process of health personnel in primary care units before and after receiving a peer coaching supervision program. The sample consisted of 48 health personnel in primary care units, divided equally into experimental and a control groups with 24 people in each group. The experimental group received the 13-hours peer coaching supervision program and the control group received conventional teaching. The research instruments were 1) the peer coaching supervision program, and 2) a questionnaire on the perception of the breast cancer patient referral process which had a content validity index (CVI) of 0.98 and a reliability of 0.98. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square tests, and paired t and independent t tests. Independent t-tests were used to compare the differences in the perception of the breast cancer patient referral process between the experimental and the control groups.

The results revealed that, after participating in the peer coaching supervision program, the experimental group had a significantly higher mean score for overall perception of the breast cancer patient referral process at a high level. Regarding the perceptions of specific aspects of the process, the mean score for the perception of patient assessment and screening was high, followed by the perception of the referral process guidelines, which was also at a high level. The mean score for the perception of the breast cancer patient referral process after the experiment was significantly higher than before the experiment, and higher than the control group ($p < .001$). This study suggests that managing health services to achieve personnel development goals can benefit from using peer coaching supervision tools, which enhance the knowledge and understanding of health personnel. This ultimately ensures that clients receive services that meet standards.

Keywords: supervision program, peer coaching, breast cancer patient referral process, health personnel, primary care unit

This article is part of the thesis of Master of Nursing Science program in Nursing Management

¹Student of Master of Nursing Science program in Nursing Management, Faculty of Nursing Christian University

²Assistant Professor, Faculty of Nursing Christian University

³Professor, Faculty of Nursing Christian University

²Corresponding Author, Email: netchanoks@christian.ac.th Tel: 081-2539361



บทนำ

โรคมะเร็งเต้านม มีอุบัติการณ์การเกิดโรคในปี พ.ศ.2565 พบว่า ผู้หญิงทั่วโลกตรวจพบเป็นมะเร็งเต้านม 2.30 ล้านคน¹ ในประเทศไทย พบมะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับ 1 ในเพศหญิง โดยพบมะเร็งเต้านมรายใหม่ 22,158 ราย ต่อปี วันละ 60 คน หรือ และมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม 8,266 รายต่อปี หรือ วันละ 22 คน² การวินิจฉัยและการรักษามะเร็งต้องใช้การรักษาหลายวิธี รวมถึงการผ่าตัด การบำบัดรักษาด้วยเคมีบำบัด ภูมิคุ้มกันบำบัด และการบำบัดด้วยฮอร์โมน และการฉายรังสี ในระบบบริการสุขภาพของไทย มีการขยายตัวของบริการให้บริกรทางสุขภาพในระดับต่าง ๆ โดยทีมสุขภาพในระดับปฐมภูมิถือเป็นกลไกสำคัญในการคัดกรอง เฝ้าระวัง และเริ่มต้นกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมสู่ระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิอย่างเหมาะสมและทันทั่วทั้งที่ ทีมสุขภาพหมายรวมถึง พยาบาลวิชาชีพ และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งเป็นหน่วยงานระดับปฐมภูมิที่ใกล้ชิดกับชุมชน มีบทบาทในการประสานและส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายผลักดันระบบส่งต่อผู้ป่วยผ่านระบบดิจิทัล โดยใช้ MOPH Refer, Thai-Refer, Smart-Refer และ e-Referral เพื่อให้บริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ ปรับปรุงความรวดเร็วและความแม่นยำ อย่างไรก็ตาม ยังพบปัญหาหลักเกี่ยวกับการใช้เอกสารกระดาษ ระบบสารสนเทศไม่เชื่อมโยง การขาดทรัพยากรทีมประสาน และความไม่สม่ำเสมอในการกระจายระบบ ทำให้ยังไม่บรรลุศักยภาพสูงสุดในการรวมของประเทศไทย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า บุคลากรสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง โดยเฉพาะด้านการให้คำแนะนำ การสอน และการเป็นที่ปรึกษา ซึ่งช่วยส่งเสริมความปลอดภัยและประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย³ อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติยังพบปัญหาในกระบวนการส่งต่อระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิสู่โรงพยาบาลตติยภูมิ โดยเฉพาะการดำเนินการของบุคลากรสุขภาพ เช่น การไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนการส่งต่ออย่างครบถ้วน เอกสารที่แนบมากับตัวผู้ป่วยไม่สมบูรณ์ เช่น ข้อมูลสำคัญสำหรับการวินิจฉัยไม่ครบ ไม่มีการระบุคลินิกที่ต้องการส่งต่อ หรือไม่ระบุวันและเวลาที่ชัดเจน ส่งผลต่อความล่าช้าและประสิทธิภาพของการรักษา จึงขาดความต่อเนื่องในการติดตาม การส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยระบบสารสนเทศที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการสุขภาพในทุกกระดับ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาได้อย่างรวดเร็ว ครบถ้วน และลดความซ้ำซ้อนในการดูแล ทั้งนี้ นอกจากการพัฒนาด้านระบบเทคโนโลยีแล้ว ยังจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสุขภาพในระดับปฐมภูมิให้มีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะที่ถูกต้องเกี่ยวกับกระบวนการส่งต่อผ่านการใช้โปรแกรมฝึกอบรมหรือโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ เช่น การโค้ชแบบเพียร์ เพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงในบริบทของตน และเกิดการประสานงานระหว่างทีมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁴ การตรวจพบมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มต้นและการได้รับการรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและเพิ่มโอกาสในการรักษาได้อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม ระบบการส่งต่อจากหน่วยบริการปฐมภูมิไปยังโรงพยาบาลที่เชี่ยวชาญยังคงเผชิญปัญหา เช่น ความล่าช้า ข้อมูลไม่ครบถ้วน และแนวทางการปฏิบัติที่ไม่ชัดเจน การประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงเป็นหัวใจสำคัญของความสำเร็จในการส่งต่อผู้ป่วย การพัฒนาแนวทางที่ชัดเจนและส่งเสริมการทำงานร่วมกันจะช่วยเพิ่มคุณภาพบริการและประสิทธิภาพของระบบดูแลรักษา แม้ปัจจุบันยังมีงานวิจัยจำกัดเกี่ยวกับการประยุกต์แนวทางนี้ในบริบทของคลินิกสำหรับการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจากหน่วยปฐมภูมิ⁵

การส่งต่อผู้ป่วยเป็นกระบวนการสำคัญในการดูแลสุขภาพที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม โดยเริ่มจากการบริการระดับปฐมภูมิแล้วเข้าสู่การดูแลในระดับที่ซับซ้อนขึ้น การส่งต่อผู้ป่วยมักเกิดขึ้นในกรณีที่ต้องการการดูแลเฉพาะทาง เช่น โรคมะเร็งเต้านม ซึ่งต้องการการวินิจฉัยและการรักษาที่รวดเร็ว การส่งต่อที่มีคุณภาพจำเป็นต้องมีความเข้าใจในมาตรฐานและการจัดเตรียมข้อมูลที่ครบถ้วน การแตกต่างในศักยภาพของสถานพยาบาลและข้อจำกัดด้านทรัพยากรทำให้การจัดระบบส่งต่อมีความสำคัญในการให้การดูแลที่ปลอดภัยและมีมาตรฐาน โดยบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีบทบาทสำคัญในการคัดกรอง เฝ้าระวัง และส่งต่อผู้ป่วยอย่างทันทั่วทั้งที่ รวมถึงการติดตามผลการส่งต่อเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการ⁶⁻⁹ จากการศึกษาข้อมูลของโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองและพบความเสี่ยงมะเร็งเต้านมจากหน่วยปฐมภูมิและต้องเข้าสู่ระบบส่งต่อเพื่อเข้าพบแพทย์เฉพาะทาง ในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 45 ราย เข้าพบแพทย์เชี่ยวชาญ



เฉพาะทางภายใน 1 เดือนหลังจากการคัดกรองเพียงร้อยละ 27 ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 38 ราย เข้าพบแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางภายใน 1 เดือน หลังจากการคัดกรองเพียง ร้อยละ 30¹⁰ จากการทบทวนบุคลากรสุขภาพปทุมภูมิ ยังมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเรื่องวันนัดเข้าพบแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรม ร้อยละ 35 เอกสารไม่ชัดเจน ครบคลุม ร้อยละ 29 ในปี พ.ศ.2565 การปฏิบัติการส่งต่อและเอกสารนำส่งเพื่อเข้าพบแพทย์เฉพาะทาง เป็นปัญหาสำคัญในการเข้าถึงกระบวนการรักษา หลังจากการคัดกรองมะเร็งเต้านม จากความเป็นมาของปัญหาดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่า บุคลากรสุขภาพหน่วยงานปทุมภูมิยังมีความคลาดเคลื่อนการรับรู้เกี่ยวกับมาตรฐานเกี่ยวกับกระบวนการส่งต่อที่กำหนดรวมทั้งการจัดการเอกสารที่สำคัญ การโค้ชเป็นวิธีการ นิเทศทางการศึกษาที่ช่วยพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในด้านความรู้ ทักษะ และการรับรู้เกี่ยวกับกระบวนการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะในโรคที่ต้องการการวินิจฉัยเฉพาะทาง เช่น มะเร็งเต้านม ซึ่งต้องได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว ปัจจุบันยังพบปัญหา ความเข้าใจของพยาบาล ส่งผลต่อคุณภาพบริการ การโค้ชแบบเพียร์ (Peer coaching) หมายถึง กระบวนการนิเทศที่ให้บุคลากร ในวิชาชีพเดียวกัน หรือมีบทบาทใกล้เคียงกัน ทำหน้าที่เป็น "โค้ช" เพื่อสนับสนุนการเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพของเพื่อนร่วมงาน ผ่านการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การตั้งคำถามสะท้อนคิด และการชี้แนะแนวทางปฏิบัติอย่างเป็นระบบ โดยเน้นให้เกิดการเรียนรู้ แบบมีส่วนร่วมในบริบทการทำงานจริง จุดเด่นของ Peer coaching คือ การสื่อสารอย่างเปิดใจ การสะท้อนคิดร่วมกัน และการให้ ข้อเสนอแนะ (Feedback) อย่างจริงใจในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ลักษณะเหล่านี้ช่วยให้บุคลากรในระบบส่งต่อผู้ป่วยสามารถ พุดคุยปัญหาอย่างตรงไปตรงมา ร่วมกันหาทางออกที่เหมาะสมกับบริบทหน่วยงาน และสร้างแนวปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้การโค้ชแบบเพียร์ยังส่งเสริมความรู้สึกรับผิดชอบร่วม และสร้างเครือข่ายสนับสนุนภายในทีม ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยสำคัญ ในการทำให้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยเป็นไปอย่างรวดเร็วและแม่นยำมากขึ้น การใช้โปรแกรมการนิเทศแบบเพียร์ (Peer coaching supervision program) จึงเป็นแนวทางที่ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกัน พัฒนาทักษะการทำงาน และเพิ่มประสิทธิภาพระบบส่งต่อ ได้อย่างมีมาตรฐานในระดับเครือข่ายบริการ

การบริหารการพยาบาล นั้นจึงมีส่วนสำคัญในการบริการสุขภาพภาพตั้งแต่ระดับปทุมภูมิ จนถึงตติยภูมิ ทีมบุคลากร สุขภาพมีส่วนสำคัญทั้งการวินิจฉัยและการรักษารวมถึงการส่งต่อผู้ป่วย¹¹ ในปัจจุบันกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจึงมี ความสำคัญในการส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยงานปทุมภูมิไปยังระบบบริการสุขภาพที่ได้คุณภาพมาตรฐานเพื่อวินิจฉัยรักษาและ เข้าถึงการรักษาที่ถูกต้องรวดเร็วและการดูแลแบบต่อเนื่อง¹² การนำการโค้ชแบบเพียร์มาใช้ในระบบบริการปทุมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงเป็นการส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในเชิงปฏิบัติที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน และช่วยให้บุคลากรสามารถประยุกต์แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ทันเวลา และสื่อสารกับหน่วยปลายทางได้อย่างมี ประสิทธิภาพมากขึ้น

ดังนั้น ในฐานะผู้วิจัยเป็นผู้บริหารรับผิดชอบกระบวนการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลตติยภูมิที่ศึกษากับหน่วยงานปทุมภูมิ ที่ศึกษาจึงได้สร้างโปรแกรมการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์ต่อกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตามการรับรู้ของบุคลากร สุขภาพในหน่วยงานปทุมภูมิ เพื่อเพิ่มการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของบุคลากรพยาบาลในหน่วยงานปทุมภูมิ จะเป็นแนวทางในการลดปัญหา และอุปสรรคต่าง ๆ ดังกล่าว ตลอดจนเป็นการช่วยให้โรงพยาบาลสามารถพัฒนา และดำเนินการ ด้านการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปทุมภูมิ ก่อนและหลังการทดลองใช้โปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ในการส่งต่อผู้ป่วย
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปทุมภูมิ ภายหลังใช้โปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ในการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

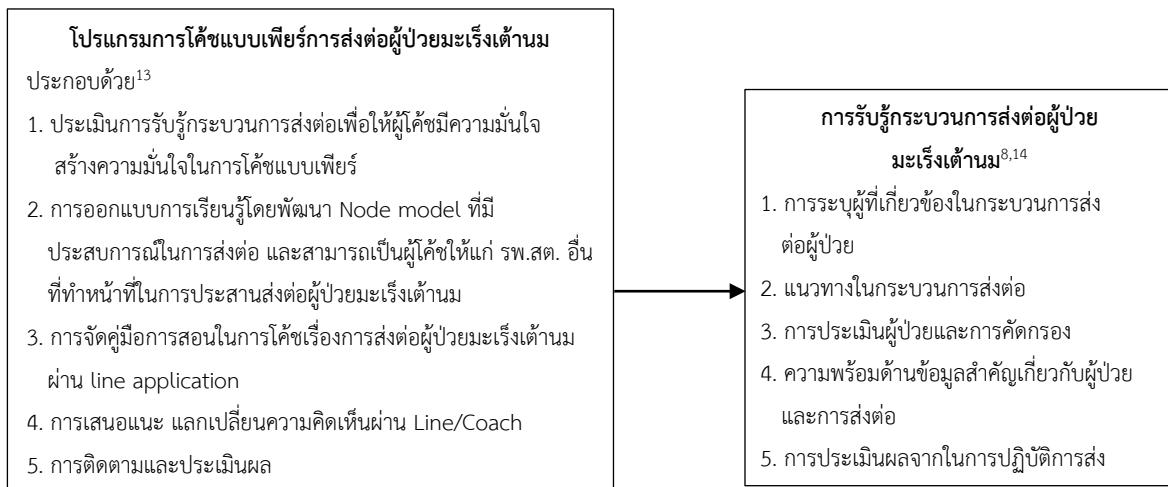


สมมติฐาน

1. การรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ หลังทดลองใช้โปรแกรมการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์ในการส่งต่อผู้ป่วยสูงกว่าก่อนการทดลอง
2. การรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ ภายหลังจากใช้โปรแกรมการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์ในการส่งต่อผู้ป่วยของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผลของโปรแกรมการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์ต่อกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตามการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ ผู้วิจัยได้กำหนดกระบวนการการนิเทศแบบเพื่อนช่วย (Peer coaching) ตามแนวคิดของ Jarvis et al.¹³ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างความเชื่อมั่นและความไว้วางใจ 2) การออกแบบการเรียนรู้โดยพัฒนา Node model ที่มีประสบการณ์ในการส่งต่อ และสามารถเป็นผู้โค้ชให้กับบุคลากรสุขภาพกระบวนการส่งต่อมะเร็งเต้านม 3) การจัดทำสื่อการสอนเพื่อฝึกสอนเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ 4) มีการเสนอแนะ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นที่เป็นปัญหาหรืออุปสรรคจากประสบการณ์ในการส่งต่อ 5) นำการโค้ชแบบเพียร์มาวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคการมาบูรณาการเพื่อนำมาปรับปรุงบริการ 6) การให้ข้อเสนอแนะการติดตามและประเมินผลต่อการรับรู้ การรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหน่วยงานปฐมภูมิ¹⁴ ประกอบด้วย 1) การระบุผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการส่งต่อผู้ป่วย 2) แนวทางในกระบวนการส่งต่อ 3) การประเมินผู้ป่วยและการคัดกรอง 4) ความพร้อมด้านข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วยและการส่งต่อ 5) การประเมินผลจากการปฏิบัติการ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ในการส่งต่อผู้ป่วย และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการปฏิบัติตามปกติการวิจัยนี้วัดผล 2 ครั้ง คือ วัดก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม (Pre-test) และภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรม (Post-test) เพื่อศึกษาผลโปรแกรมการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์ต่อกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตามการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิการออกแบบวิจัย ประชากรและตัวอย่างการเก็บรวบรวมเครื่องมือ และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรสุขภาพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายประสานงานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในโรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตพื้นที่ให้บริการประกอบไปด้วย 19 รพ.สต. จำนวน 57 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรสุขภาพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ปฏิบัติหน้าที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตพื้นที่ให้บริการประกอบไปด้วย 18 รพ.สต. คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงทดลองนี้ ใช้แนวทางการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามหลักการของ Cohen สำหรับการวิจัยที่ใช้การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม (Independent Samples t-test) และคาดหวังขนาดอิทธิพล (Effect Size) ระดับปานกลาง (Medium = 0.50) ควรกำหนดกลุ่มละ 24 คน เพื่อให้การวิเคราะห์ที่มีอำนาจทางสถิติ (Power) อย่างน้อย 0.80 ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ 48 คน โดยดำเนินการรวมรายชื่อบุคลากรทั้งหมด 54 คนจาก 18 รพ.สต. โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 9 รพ.สต. และทำการคัดเลือกบุคลากรสุขภาพ กลุ่มละ 24 คน โดยทำการจับฉลากให้ครบตามลำดับโดยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (Sampling without replacement) โดยกำหนดให้มีพยาบาลจำนวนกลุ่มละ 16 คน และนักวิชาการสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 8 คน โดยมีการกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. บุคลากรสุขภาพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายประสานงานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย
2. สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดโครงการ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. บุคลากรสุขภาพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ลาป่วย ลาคลอดบุตร ลาศึกษาต่อไม่อยู่ในช่วงการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โปรแกรมการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์ต่อกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตามการรับรู้ของบุคลากรพยาบาลในหน่วยงานปฐมภูมิ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างและตรวจสอบคุณภาพดังนี้

1.1 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี หลักการ เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการส่งต่อผู้ป่วยพฤติกรรมกรรมการส่งต่อผู้ป่วยและการเรียนรู้กิจกรรมแบบเพื่อนช่วยเพื่อน

1.2 ผู้วิจัยได้จัดประชุมร่วมกับคณะทำงานซึ่งประกอบด้วย ผู้วิจัยหลัก อาจารย์ที่ปรึกษา เจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร และพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวที่มีประสบการณ์การทำงานใน รพ.สต. ไม่ต่ำกว่า 5 ปี รวมจำนวน 5 คน เพื่อร่วมกัน กำหนดเกณฑ์คุณสมบัติของผู้ที่เหมาะสมจะทำหน้าที่เป็นโค้ชแบบเพียร์ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกโค้ช ได้แก่

1.2.1 คุณสมบัติพื้นฐาน เป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิมีประสบการณ์การส่งต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะกลุ่มโรคมะเร็งเต้านม หรือมีส่วนร่วมในการส่งต่อผู้ป่วยในระบบสุขภาพ และมีประสบการณ์ในการสอนแนะ รวมถึงมีความรู้บริบท ทั้งโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลลูกข่าย (หน่วยงานปฐมภูมิ)

1.2.2 มีทักษะในการสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ มีมนุษยสัมพันธ์ดี สามารถให้คำปรึกษา แนะนำ และถ่ายทอดประสบการณ์แก่เพื่อนร่วมวิชาชีพด้วยทัศนคติที่เป็นบวก

1.2.3 มีความสามารถในการจูงใจ กระตุ้น และสนับสนุนให้เพื่อนพยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของกระบวนการส่งต่อผู้ป่วย

1.2.4 เข้าใจกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยในระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข และมีประสบการณ์ใช้งานระบบส่งต่อจริง สามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับแนวทางการดูแลต่อเนื่องและการสนับสนุนทางจิตสังคมแก่ผู้ป่วยมะเร็ง



1.3 ดำเนินการจัดกิจกรรมโค้ชพัฒนากลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์ต่อกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตามการรับรู้ของบุคลากรพยาบาลในหน่วยงานปฐมภูมิประกอบด้วย 6 กระบวนการ ดังนี้

1.3.1 จัดกิจกรรมประเมินการรับรู้การส่งต่อและเพื่อให้ผู้โค้ชมีความมั่นใจ สร้างความมั่นใจในการโค้ชแบบเพียร์

1.3.2 การออกแบบการเรียนรู้โดยพัฒนา Node model (ต้นแบบของหน่วยบริการ รพ.สต. ที่มีความเชี่ยวชาญในกระบวนการส่งต่อ) และสามารถเป็นผู้โค้ชให้แก่ รพ.สต. อื่นที่ทำหน้าที่ในการประสานส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

1.3.3 การจัดทำคู่มือในการโค้ชเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมผ่าน line application เปิดช่องทางในการส่งต่อข้อมูล เพื่อให้ ร.พ. สต. สามารถทำการนัดหมายผ่านระบบได้ถูกต้อง

1.3.4 มีการเสนอแนะ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นที่เป็นปัญหาหรืออุปสรรคจากประสบการณ์ในการส่งต่อ โดยสร้าง LINE Group ที่มีสมาชิกทั้งหมดตาม Node Model ตั้งชื่อกลุ่ม “Peer Coaching CA Breast PCU” มีผู้ดูแลกลุ่ม (Admin) 2 คน และสมาชิกของกลุ่มโค้ชแบบเพียร์ ประกอบด้วย พยาบาล และนักวิชา/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระบบปฐมภูมิ

1.3.5 นำกิจกรรมโค้ชพัฒนากลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมมาวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคการมาบูรณาการเพื่อนำมาปรับปรุงบริการ โดยพยาบาลโค้ชแบบเพียร์ทำหน้าที่รวบรวมประเด็นปัญหาและถอดบทเรียนร่วมกับเพื่อนร่วมทีม

1.3.6 การให้ข้อเสนอแนะการติดตามและประเมินผล

1.4 เสนอโปรแกรมการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์ต่อกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตามการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ให้ข้อเสนอแนะและปรับปรุงแก้ไขและนำเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน พิจารณาความสอดคล้องของโปรแกรมการนิเทศเพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาความตรงตามโครงสร้างความเหมาะสมของภาษาที่ใช้แล้วนำมาปรับปรุง หลังจากนั้นนำผลการพิจารณามาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.98

2. แบบประเมินการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตามการรับรู้ของบุคลากรพยาบาลในหน่วยงานปฐมภูมิ

2.1 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี หลักการ เอกสารที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการส่งต่อผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2.2 สร้างแบบประเมินการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 คำถามข้อมูลทั่วไป การศึกษา รายได้ ประสบการณ์การปฏิบัติงาน ในวิชาชีพ การได้รับการพัฒนาความรู้ ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา และจำนวนผู้รับบริการเฉลี่ยต่อวัน โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นข้อคำถามแบบให้เลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตามการรับรู้ของบุคลากรพยาบาลในหน่วยงานปฐมภูมิ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

2.3 เสนอแบบประเมินการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตามการรับรู้ของบุคลากรพยาบาลในหน่วยงานปฐมภูมิ ต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ให้ข้อเสนอแนะและปรับปรุงแก้ไข

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

นำแบบประเมินแบบประเมินพฤติกรรมกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตามการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ ต้องมีคำอธิบายเกี่ยวกับสเกลการวัด การแปลผลคะแนน ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ จำนวน 10 ชุด วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ในแต่ละส่วนของแบบสอบถามแยกเป็นรายด้าน และคำนวณทั้งฉบับ โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคที่ได้มีค่ายอมรับได้ คือ 0.70-0.90¹⁵ โดยแบบประเมินมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.98 สัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha)¹⁶ เป็นตัวชี้วัดความเชื่อมั่น (Reliability) หรือความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ของแบบสอบถามหรือเครื่องมือวัด โดยค่าของ Cronbach's Alpha มีช่วงตั้งแต่ 0 ถึง 1



การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ดำเนินการภายหลังจากได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน เป็นที่เรียบร้อยแล้ว จากนั้นผู้วิจัยได้ประสานงานกับ องค์การบริหารส่วนจังหวัดสมุทรสาคร และผู้อำนวยการ รพ.สต. ที่เข้าร่วมโครงการทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อขออนุญาต ดำเนินการภาคสนาม รวมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของโครงการ สิทธิของผู้เข้าร่วม และผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับแก่กลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนการเก็บข้อมูลของกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจาก กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มแรก โดยให้ผู้เข้าร่วมตอบ แบบสอบถามก่อนการทดลองจำนวน 1 ชุด ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จากนั้นดำเนินการ ทดลองด้วยการ นิเทศแบบปกติร่วมกับโปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ (Peer Coaching Program) เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ เมื่อสิ้นสุด การทดลองจึงเก็บข้อมูลภายหลังทดลองด้วย แบบสอบถามชุดเดิมและแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป รวมจำนวนทั้งสิ้น 12 ชุด

ขั้นตอนการเก็บข้อมูลของกลุ่มควบคุม ภายหลังเก็บข้อมูลจากกลุ่มทดลองแล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูลใน กลุ่มควบคุม โดยให้ผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถามก่อนการทดลองในลักษณะเดียวกัน ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยกลุ่มควบคุมได้รับการ นิเทศแบบปกติ (ตามกิจวัตรเดิม) โดยไม่มีการโค้ชแบบเพียร์ เมื่อครบระยะเวลา 6 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูล ภายหลังการทดลองด้วยแบบสอบถามชุดเดิมและแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเช่นเดียวกัน รวมจำนวน 12 ชุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ผลของการจัดการอบรมการใช้โปรแกรมตามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ วุฒิการศึกษา ตำแหน่งหน้าที่ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน การอบรม การใช้โปรแกรม ใน หน่วยงานปฐมภูมิก่อนและหลังการใช้โปรแกรม (กลุ่มทดลอง) วิเคราะห์ด้วย สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจง ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติอ้างอิง (Inferential Statistics)

2.1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมที่เป็นมาตรนามบัญญัติ (Nominal scale) และมาตราจัดลำดับ (Ordinal scale) ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ในการส่งต่อ โดยใช้สถิติ ไคสแควร์ (Chi-Square) ข้อมูลมาตราอันตรภาคชั้น (Interval scale) มาตราอัตราส่วน (Ratio scale) ได้แก่ อายุ โดยใช้สถิติที่ แบบสองกลุ่มอิสระต่อกัน (Independent t-test)

2.2 ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบการกระจายของคะแนนการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของบุคลากร สุขภาพทั้งในภาพรวมและรายด้าน ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test และ Shapiro-Wilk Test ผลการทดสอบพบว่า ข้อมูลมี การแจกแจงแบบปกติ ($p > .05$) ดังนั้น จึงใช้สถิติ Dependent t-test ในการวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังภายใน กลุ่มเดียวกัน ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2.3 ผู้วิจัยได้ทดสอบการแจกแจงของคะแนนรายด้านด้วยสถิติเดียวกัน และพบว่าข้อมูลในแต่ละด้านมีลักษณะ การแจกแจงแบบปกติเช่นกันจึงใช้สถิติ Independent t-test ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนรายด้านของการรับรู้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งในช่วงก่อนและหลังการทดลอง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติวิจัยผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน รับรองเมื่อวันที่ 28 ตุลาคม พ.ศ.2567 หมายเลข น.13/2567 และผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การดำเนินการวิจัย สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย และการปกป้อง การเข้าถึงข้อมูลวิจัยโดยใช้การแทนคำรหัส ซึ่งผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถ เข้าถึงได้ กรณีตีพิมพ์ผลการวิจัยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมโดยใช้เหตุผลทางวิชาการเท่านั้นผู้วิจัยจะทำลายเอกสารวิจัยภายใน 2 ปี หลังจากสิ้นสุดโครงการ เมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงในหนังสือยินยอม



ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 91.67) ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 35.08 ปี ระดับปริญญาตรี 23 คน (ร้อยละ 95.83) ประสบการณ์ในการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม คือ 1-5 ปี (ร้อยละ 5.33) และประสบการณ์การเข้าร่วมการอบรมการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม/ การศึกษาที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ได้แก่ ผู้เข้าร่วมวิจัย เคยอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ไม่เคย (ร้อยละ 83.33) กลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 95.83) ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 37.04 ปี อายุมากที่สุด 49 ปี ระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 95.83) ประสบการณ์ในการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม คือ 1-5 ปี (ร้อยละ 5.33) และประสบการณ์การเข้าร่วมการอบรมการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม/การศึกษาที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ได้แก่ ผู้เข้าร่วมวิจัยเคยอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ไม่เคย (ร้อยละ 79.17) โดยพบว่า การทดสอบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันในทุกตัวแปร

2. เปรียบเทียบการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของบุคลากรสุขภาพ ในหน่วยงานปฐมนุญมิ ก่อนการได้รับโปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ในการส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมนุญมิ ก่อนการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ในการส่งต่อผู้ป่วย อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.98, S.D. = 0.56) ส่วนกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมนุญมิ ก่อนการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ในการส่งต่อผู้ป่วย อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.99, S.D. = 0.68) เมื่อนามาทดสอบทางสถิติแล้ว พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ไม่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมนุญมิ ก่อนการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (n=48)

กลุ่มตัวอย่าง	Mean	S.D.	แปลผล	t	p-value
กลุ่มทดลอง (experimental group)	2.98	0.56	ปานกลาง	0.23	0.82
กลุ่มควบคุม (control group)	2.99	0.68	ปานกลาง		

3. เปรียบเทียบการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมนุญมิ ก่อนและหลังโปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ในการส่งต่อผู้ป่วยของกลุ่มทดลอง

การรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมนุญมิ ก่อนการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ในการส่งต่อผู้ป่วย อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.98, S.D. = 0.56) การรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมนุญมิหลังการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ในการส่งต่อผู้ป่วย อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.97, S.D. = 0.38) โดยมีสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -19.128, p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมนุญมิ ก่อนและหลังโปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ของกลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	Mean	S.D.	แปลผล	t	p-value
ก่อนการได้รับโปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์	2.98	0.56	ปานกลาง	-19.13	0.000*
หลังการได้รับโปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์	3.97	0.38	มาก		

* $p < .001$



4. เปรียบเทียบการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ หลังได้รับการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ในการส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ หลังการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ในการส่งต่อผู้ป่วย อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.97, S.D. = 0.38) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ หลังการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ในการส่งต่อผู้ป่วย อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.00, S.D. = 0.54) เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติแล้ว พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้กระบวนการส่งต่อมะเร็งเต้านมโดยรวมหลังการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของบุคลากรพยาบาลในหน่วยงานปฐมภูมิ หลังการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	Mean	S.D.	แปลผล	t	p-value
กลุ่มทดลอง (experimental group)	3.97	0.38	มาก	19.49	0.000*
กลุ่มควบคุม (control group)	3.00	0.54	ปานกลาง		

* $p < .001$

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยตามสมมติฐานที่ 1 พบว่า การรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปฐมภูมิ หลังทดลอง (Mean = 3.97, S.D. = 0.38) สูงกว่าก่อนการทดลองใช้ (Mean = 2.98, S.D. = 0.56) ผลการเปลี่ยนแปลงนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวอาจมีส่วนช่วยในการส่งเสริมการรับรู้และความเข้าใจของบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผ่านกิจกรรมที่เอื้อต่อการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการสนับสนุนระหว่างเพื่อนร่วมงาน ทั้งนี้ แม้ยังไม่มีผลวัดพฤติกรรมการปฏิบัติงานจริงในครั้งนี้ แต่ผลการเพิ่มขึ้นของระดับการรับรู้อย่างมีนัยสำคัญ อาจสะท้อนศักยภาพของโปรแกรมในการวางรากฐานความเข้าใจเพื่อการพัฒนาในระดับเชิงปฏิบัติในอนาคต ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการโค้ชแบบเพียร์ (Peer Coaching) เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความเข้าใจและความสามารถในการส่งต่อผู้ป่วย โดยสอดคล้องกับ Schaub et al.¹⁷ ที่ระบุว่าโค้ชพยาบาลมีอาชีพอยู่ในสถานพยาบาลทุกแห่งและอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมในการรับบทบาทผู้นำในการนำรูปแบบการนิเทศและดูแลผู้ป่วยแนวทางใหม่ ๆ ที่เน้นด้านสุขภาพและความสมบูรณ์ของแนวทางมาใช้ หลักการพยาบาลแบบบูรณาการและแบบจำลองโค้ชของพยาบาลได้รับการอธิบาย ทฤษฎีการพยาบาลมาบูรณาการเพื่อการโค้ชสำหรับการปฏิบัติการทางการพยาบาล

จากผลการศึกษาพบว่า หลังการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ บุคลากรสุขภาพมีการรับรู้ที่ดีขึ้นในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านแนวทางในกระบวนการส่งต่อ ซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดแสดงให้เห็นว่าการโค้ชช่วยเสริมสร้างความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องในการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้กระบวนการส่งต่อเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์มีประสิทธิภาพในการเพิ่มการรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในทุกด้าน โดยเฉพาะการทำให้แนวทางการส่งต่อชัดเจนขึ้น การระบุผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างแม่นยำ การเตรียมข้อมูลสำคัญ และการประเมินผลการปฏิบัติการส่งต่อผลลัพธ์เหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าการโค้ชช่วยให้บุคลากรพยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมั่นใจและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพปฐมภูมิและการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้นในอนาคตจากผลการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ที่พบว่า การรับรู้ของบุคลากรพยาบาลดีขึ้นในทุกด้าน สอดคล้องกับแนวคิด "เพื่อนช่วยเพื่อน" (Peer Coaching) ของ Jarvis et al.¹³ ที่ชี้ให้เห็นว่าการเรียนรู้ผ่านการสนับสนุนจากคนรอบข้างสามารถช่วยให้บุคคลเข้าใจแนวทางปฏิบัติได้อย่างชัดเจนขึ้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการโค้ชแบบเพียร์มีประสิทธิภาพในการพัฒนาความเข้าใจของบุคลากรและสอดคล้องกับงานวิจัยของ พัทธินันท์ สุนันตะ และคณะ¹⁸ ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ต่อความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชน ผลการวิจัยพบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยความสามารถ



การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ มากกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า การนิเทศตามแนวทางการโค้ชแบบเพียร์ ซึ่งเป็นการนิเทศแบบใหม่ของหน่วยงาน ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความสามารถในการปฏิบัติงานและนำรูปแบบโปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ไปใช้ในการพัฒนาความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานที่มีบริบทคล้ายคลึงกันเพื่อส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ อภิรัฐพร คำกุ่ม และคณะ¹⁹ ทำการศึกษาเรื่อง การติดเชื้ระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ โดยพบว่า การโค้ชทำให้พยาบาลมีความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันการติดเชื้ระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะในสถานดูแลและยาวเพิ่มขึ้น ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้มีการนำรูปแบบการโค้ชไปใช้ในการเพิ่มความรู้และทักษะการปฏิบัติในกิจกรรมการพยาบาลอื่น ๆ ทั้งนี้เนื่องจากการโค้ชแบบเพียร์เป็นกระบวนการที่ให้ผู้บุคลากรที่มีความรู้และประสบการณ์ใกล้เคียงกันช่วยแนะนำและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การที่บุคลากรสุขภาพได้รับการโค้ชจากเพื่อนร่วมงานในลักษณะนี้ อาจช่วยให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งขึ้นเกี่ยวกับแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย รวมถึงลดอุปสรรคที่อาจเกิดจากความไม่เข้าใจหรือขาดความมั่นใจในการดำเนินงาน ผลที่พบว่า สูงขึ้นหลังการทดลอง อาจเป็นผลมาจากการที่บุคลากรได้รับข้อมูลที่ชัดเจนขึ้นเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้อง ทั้งในแง่ของระเบียบปฏิบัติ การใช้แบบฟอร์มการส่งต่อ และการสื่อสารระหว่างหน่วยงานสุขภาพ ซึ่งช่วยลดความคลาดเคลื่อนและเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการ หากบุคลากรสุขภาพสามารถปฏิบัติตามการส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและรวดเร็วย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจด้านสมารถเข้าถึงการรักษาในระดับที่เหมาะสมได้อย่างรวดเร็วขึ้น ซึ่งอาจช่วยลดอัตราการล่าช้าในการรักษาและเพิ่มโอกาสในการได้รับการดูแลที่เหมาะสม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของการนิเทศและการโค้ชแบบเพียร์ที่ชี้ให้เห็นว่า การเรียนรู้ในลักษณะปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรสามารถเพิ่มความเข้าใจและการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น งานวิจัยที่เกี่ยวข้องยังชี้ให้เห็นว่าการนิเทศที่มีรูปแบบการสอนที่เน้นการมีส่วนร่วมสามารถช่วยปรับปรุงกระบวนการทำงานและการตัดสินใจในงานบริการสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยการโค้ชแบบเพียร์เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มการรับรู้เกี่ยวกับกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมีแรงจูงใจด้านในหน่วยงานปทุมภูมิ ซึ่งอาจนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพที่ดีขึ้นและการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับ Stefanczyk et al²⁰ ที่ระบุว่า การเป็นโค้ชสะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงซึ่งรวมถึงการระดมทรัพยากรเพื่อสร้างสรรค์สิ่งใหม่ ๆ และการปรับปรุงมีการกล่าวถึงพฤติกรรมที่เป็นโค้ชสามประเภท ได้แก่ การให้คำแนะนำ การอำนวยความสะดวก และการสร้างแรงบันดาลใจ โค้ชการเปลี่ยนแปลงถือเป็นสิ่งจำเป็นของผู้นำและเป็นทักษะที่ผู้จัดการพยาบาลที่ประสบความสำเร็จต้องการ การเน้นย้ำที่การเป็นโค้ชเพื่อโน้มน้าวให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากขึ้นนั้นต้องได้รับการพัฒนาเพิ่มเติมเพื่อขยายทักษะและพฤติกรรมของผู้นำพยาบาลทุกคน และสอดคล้องกับงานวิจัยของ พรทิพย์ เนตรแสงศรี²¹ ทำการศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลนาแห้ว จังหวัดเลย ที่พบว่า การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินให้เหมาะสมและการแก้ไขปัญหาของระบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินให้สอดคล้องกับปัญหาจะสามารถช่วยลดบรรเทาความรุนแรงของการเจ็บป่วยในผู้ป่วยฉุกเฉิน

ผลการวิจัยตามสมมติฐานที่ 2 พบว่า การรับรู้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมีแรงจูงใจด้านในของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปทุมภูมิ กลุ่มทดลองใช้โปรแกรมการการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์ในการส่งต่อผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ สามารถช่วยเพิ่มการรับรู้ของบุคลากรพยาบาลในหน่วยงานปทุมภูมิเกี่ยวกับกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยมีแรงจูงใจด้านในได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมดังกล่าวมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้กระบวนการส่งต่อในระดับมาก ในขณะที่กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อยู่ในระดับมากเช่นกันแต่ต่ำกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของแต่ละด้านในกลุ่มทดลอง พบว่าบุคลากรพยาบาลมีการรับรู้ที่ดีขึ้นในทุกด้าน โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ แนวทางในกระบวนการส่งต่อ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการโค้ชแบบเพียร์ช่วยให้บุคลากรสุขภาพมีความเข้าใจและสามารถนำแนวทางการปฏิบัติไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รองลงมาคือ การระบุผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการส่งต่อ และความพร้อมด้านข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วยและการส่งต่อ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ในทางกลับกัน กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับ



การโค้ชแบบเพียร์มีคะแนนเฉลี่ยในทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การประเมินและการคัดกรอง และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ ความพร้อมด้านข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วยและการส่งต่อซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดในการจัดเตรียมข้อมูลและการสื่อสารระหว่างหน่วยงาน สามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ส่งผลให้บุคลากรพยาบาลมีการรับรู้กระบวนการส่งต่อที่ดีขึ้นในทุกด้าน โดยเฉพาะในแง่ของแนวทางการปฏิบัติและการระบุผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการส่งต่อ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การส่งต่อผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนั้น ควรมีการนำโปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรพยาบาลในหน่วยงานปทุมธานีต่อไป เพื่อให้การส่งต่อผู้ป่วยมีความรวดเร็ว ถูกต้อง และครอบคลุมมากขึ้น ลดความล่าช้าในการเข้าถึงการรักษา และเพิ่มโอกาสในการรักษาผู้ป่วยระยะเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ พัชรินทร์ สุนันตะ และคณะ¹⁸ ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์ต่อความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลเอกชน ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการโค้ชแบบเพียร์มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ในกลุ่มที่ได้รับการโค้ชแบบเพียร์ บุคลากรมีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ฝึกปฏิบัติจริง และได้รับคำแนะนำเชิงประจักษ์จากเพื่อนร่วมงาน ส่งผลให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งขึ้นเกี่ยวกับกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยระยะเรื้อรัง ตรงกันข้ามกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการโค้ชอย่างเป็นระบบอาจไม่ได้รับข้อมูลที่ชัดเจนหรือขาดโอกาสในการฝึกปฏิบัติ ทำให้ระดับการรับรู้ต่ำกว่ากลุ่มทดลอง การโค้ชแบบเพียร์ส่งเสริมให้บุคลากรกล้าถาม-ตอบ แลกเปลี่ยนจากสถานการณ์จริง และเรียนรู้ร่วมกันในบริบทใกล้เคียงกับการปฏิบัติงานจริง ซึ่งช่วยเพิ่มความมั่นใจและความพร้อมในการนำไปใช้จริง งานวิจัยที่เกี่ยวข้องสนับสนุนว่าการเรียนรู้จากเพื่อนร่วมงานที่มีประสบการณ์ใกล้เคียงกัน ช่วยให้การนำไปประยุกต์ใช้ในงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น จากระดับการรับรู้ที่สูงขึ้นของกลุ่มทดลองอาจคาดการณ์ได้ว่าการปฏิบัติงานจริงของบุคลากรในกลุ่มนี้จะมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้การส่งต่อผู้ป่วยมีความรวดเร็ว ถูกต้อง และครบถ้วนมากขึ้น ลดโอกาสที่โรงพยาบาลปลายทางจะต้องขอข้อมูลซ้ำ ขณะเดียวกันยังส่งเสริมบรรยากาศการทำงานเป็นทีมเพิ่มความร่วมมือภายในหน่วยงาน^{19,20} ในขณะที่กลุ่มควบคุมยังคงมีข้อจำกัดในด้านความมั่นใจ และอาจเกิดข้อผิดพลาดในการส่งต่อ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า การพัฒนาศักยภาพบุคลากรผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมและปฏิสัมพันธ์โดยตรงย่อมส่งผลต่อการเรียนรู้และการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ มากกว่าการเรียนรู้แบบทฤษฎีหรือฝึกรูปแบบเดิม²¹ สอดคล้องกับงานวิจัยของ สะอาด วรบุตร²² ทำการศึกษา เรื่องการพัฒนาคุณภาพระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ผลการพัฒนาค้นคว้าครั้งนี้สามารถนำระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาลไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพบุคลากร จะช่วยให้การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาลที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

ข้อจำกัดการวิจัย

ข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้คือการใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กในพื้นที่เฉพาะ ซึ่งอาจไม่สามารถสะท้อนผลลัพธ์ไปยังพื้นที่อื่นได้อย่างกว้างขวาง อีกทั้งการติดตามผลหลังจบโปรแกรมดำเนินการในระยะสั้น จึงไม่สามารถประเมินผลในระยะยาวได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ เครื่องมือที่ใช้วัดเป็นแบบสอบถามซึ่งอาศัยการประเมินตนเองของผู้เข้าร่วม อาจเกิดอคติในการตอบ และยังมีปัจจัยแวดล้อมอื่นที่ไม่สามารถควบคุมได้ทั้งหมดโดยระหว่างช่วงเวลาของการทดลอง อาจมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลหรือประสบการณ์กับบุคลากรจากหน่วยงานอื่น (Contamination) โดยไม่ได้ตั้งใจ ซึ่งอาจส่งผลให้กลุ่มควบคุมได้รับอิทธิพลบางส่วนจากกลุ่มทดลอง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติบริหารทางการพยาบาล

1.1.1 ควรส่งเสริมให้มีการใช้โปรแกรมการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานปทุมธานี เนื่องจากช่วยเพิ่มการรับรู้และทักษะเกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วยระยะเรื้อรัง



1.1.2 ผู้บริหารงานบุคคลฝ่ายการพยาบาลสามารถนำโปรแกรมการฝึกอบรมบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วยผ่านกระบวนการโค้ชแบบเพียร์อย่างต่อเนื่อง และสนับสนุนให้บุคลากรมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้แบบร่วมมือกัน

1.1.3 การพัฒนาต่อเนื่องเรื่องของการส่งต่อในกลุ่มโรคอื่นและมีการกำกับติดตามผลหลังการฝึกอบรมเพื่อประเมินผลพัฒนาคุณภาพในการให้บริการ

1.1.4 เพื่อให้การใช้โปรแกรมการนิเทศด้วยการโค้ชแบบเพียร์ในกลุ่มทดลองเกิดประสิทธิภาพสูงสุดและส่งผลให้กลุ่มทดลองมีพัฒนาการที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน จึงมีข้อเสนอแนะทางในการเพิ่มการดำเนินการในโปรแกรม โดยควรกำหนดบทบาทของ "เพื่อนโค้ช" (Peer coach) อย่างชัดเจน โดยพยาบาลที่ทำหน้าที่เป็นโค้ชควรได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์ที่เหมาะสม เช่น มีประสบการณ์ด้านการส่งต่อผู้ป่วยมาอย่างน้อย 20 ปี มีความสามารถด้านการสื่อสารและการให้คำปรึกษารวมถึงได้รับการอบรมทักษะการโค้ช (Coaching skill) ที่เน้นการตั้งคำถาม สะท้อนคิด และสนับสนุนการเรียนรู้เชิงร่วมมือนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้รับการโค้ช เสนอให้มีการใช้กลยุทธ์สร้างแรงจูงใจเชิงบวกในกลุ่ม เช่น การยกย่อง "เพื่อนโค้ชดีเด่น" หรือ "สมาชิกที่มีพัฒนาการโดดเด่น" ประจำเดือน รวมถึงการรายงานผลความสำเร็จหรือความก้าวหน้าในการส่งต่อของแต่ละหน่วยงานอย่างเปิดเผยในกลุ่ม LINE เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมและความภาคภูมิใจในทีม

1.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.2.1 ผู้บริหารโรงพยาบาล หรือ ผู้อำนวยการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถนำ แนวทางการโค้ชแบบเพียร์เป็นส่วนหนึ่งของนโยบายการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพในระดับปฐมภูมิ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากข้อจำกัดของการวิจัยในครั้งนี้ที่อาจจำกัดอยู่เพียงกลุ่มประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างเท่านั้น อีกทั้งยังไม่มีผลการวัดผลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับความสามารถในการส่งต่อผู้ป่วยของพยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข หรือเจ้าหน้าที่ในกลุ่มทดลองว่า มีความถูกต้องและแม่นยำเพิ่มขึ้นหรือไม่ เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาติดตามเพิ่มเติมในอนาคต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการขยายกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมหลากหลายพื้นที่ เพื่อเพิ่มความทั่วไปของผลการศึกษา (Generalizability)

References

1. World Health Organization. Breast cancer cases and deaths are projected to rise globally. [internet]. 2022 [cited 2025 Jun 01]. Available from: https://www.iarc.who.int/wp-content/uploads/2025/02/pr361_E.pdf?utm_
2. National Health Insurance Office. Mammography and ultrasound breast cancer screening to be accessible for Thai women with high-risk. [Internet]. 2024 [cited 2025 Jun 01]. Available from: https://eng.nhso.go.th/view/1/DescriptionNews/Mammography-and-ultrasound-breast-cancer-screening-to-be-accessible-for-Thai-women-with-high-risk/592/EN-US?utm_source=chatgpt.com (in Thai)
3. Vorapani P, Vorapari T, Yaebkai Y. Development of a leading sub-district health promotion hospital model in Thailand. Journal of Public Health. 2023;32(1):186–94. (in Thai)
4. Thiwthong K. Academic seminar on the direction and steps towards better health: returning data from the study of the duties and powers of the Phitsanulok Provincial Administrative Organization. [internet]. 2023 [cited 2025 Jun 01]. Available from: <https://www.hsri.or.th/news/1/3846> (in Thai)
5. Thangkratok P. Patient referral systems: key processes of health services management. Journal of Medical and Health Sciences. 2018;25(3):109-21. (in Thai)



6. World Health Organization. Mental health policies and programmes in the workplace. [internet]. 2023 [cited 2025 Jun 01]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43337/9241546794_eng.pdf
7. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease 2021 update. [internet]. 2024 [cited 2025 Jun 01]. Available from: https://www.healthdata.org/sites/default/files/2024-05/GBD_2021_Booklet_FINAL_2024.05.16.pdf
8. Barnett ML, Song Z, Landon BE. Trends in physician referrals in the United States, 1999–2009. *Archives of Internal Medicine*. 2012;172(2):163–70. doi:10.1001/archinternmed.2011.722
9. Songwatthana P. Healthcare service providers' perspective on provision of emergency medical services in security zones: A qualitative study. *Journal of the Thai Nursing and Midwifery Council* 35(3):17-35. (in Thai)
10. Mukem S. Breast cancer screening among women in Thailand: Analyses of population-based household surveys. *Journal of the Medical Association of Thailand*. 2014;97(11):1106-18. (in Thai)
11. Kurniasih DAA, Setiawati EP, Pradipta IS, Subarnas A. Patients' perspectives of interprofessional collaboration in breast cancer unit. *Healthcare (Basel, Switzerland)*. 2023;11(3):332. doi:10.3390/healthcare11030332
12. Bhattacharya S, Sharma N, Singh A. Designing culturally acceptable screening for breast cancer through artificial intelligence: Two case studies. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2019;8(2):760–2. doi:10.4103/jfmpc.jfmpc_5_19
13. Jarvis R, Dempsey K, Gutierrez G, Lewis D, Rouleau K, Stone B. Peer coaching that works: The power of reflection and feedback in teacher triad teams. Denver: McREL International; 2017.
14. Ministry of Health-Ethiopia. Guideline for implementation of a patient referral system. [internet]. 2010 [cited 2025 Jun 01]. Available from: <https://www.medbox.org/document/ethiopia-guideline-for-implementation-of-a-patient-referral-system#GO>
15. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. *Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
16. Cronbach LJ. *Essentials of psychological testing* (5th ed.). New York: Harper & Row; 1990.
17. Schaub BG, Luck S, Dossey B. Integrative nurse coaching for health and wellness. *Alternative and Complementary Therapies*. 2012;18(1):10–4. doi:10.1089/ACT.2012.18110
18. Sunanta P, Aree P, Singhchangchai P. The effect of a peer coaching program on the performance of professional nurses in private hospitals. *Journal of Nursing and Health Sciences*. 2021;15(3):98–111. (in Thai)
19. Khamkum I, Kasetphiban N, Chitrichue J. The effect of coaching on the knowledge and practice of nurses in preventing urinary tract infections in the elderly in long-term care facilities. *Nurse Journal CMU*. 2017;44(Suppl 1):1–10. (in Thai)
20. Stefancyk A, Hancock B, Meadows MT. The nurse manager: change agent, Change coach? *Nursing Administration Quarterly*. 2013;37(1):13–7. doi:10.1097/NAQ.0b013e3182751482
21. Netsaengsri P. Effectiveness of the development of the emergency patient referral system at Na Haeo Hospital, Loei Province. Ubon Ratchathani: Health District Office; 2022. (in Thai)
22. Worabut S. Development of the quality of the emergency patient referral system between hospitals of Kumphawapi Hospital, Udon Thani Province [Internet]. 2023 [cited 2025 Apr 31]. Available from: <https://backoffice.udpho.org/openaccess/control/download.php?id=MTg2>. (in Thai)



การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองบูรณาการไร้รอยต่อ เครือข่าย รพ.มหาราชนครราชสีมา ในจังหวัดนครราชสีมา

เพ็ญศรี รักษ์วงศ์ ปรด.(พยาบาล)^{1,3}

สุนันดา คเชนทร์ชัย ศศ.ม.²

มูจจรินทร์ อัสวพัฒน์ ศศ.ม.²

(วันรับบทความ: 7 สิงหาคม พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 21 กันยายน พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ: 24 กันยายน พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในประเทศไทยเผชิญปัญหาความต่อเนื่องของการบริการ งานวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ 2) ศึกษาผลลัพธ์ของระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ และ 3) สังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย ดำเนินการระหว่างกันยายน พ.ศ. 2567 - สิงหาคม พ.ศ. 2568 แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนาระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ และ 3) ประเมินผลการใช้ระบบกับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย 46 คน และผู้ดูแล 46 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 23 คน เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม สนทนาตามธรรมชาติ การสังเกต การวิเคราะห์เอกสาร แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วย และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการดูแลแบบประคับประคอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ สถิติที และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ มีองค์ประกอบหลัก 3 ประเด็น คือ 1) ปัจจัยนำเข้า ด้านผู้ป่วย ด้านพยาบาล และด้านระบบบริการ 2) กระบวนการ ประกอบด้วย แผนการดูแล 5 ระยะ ขับเคลื่อนผ่านแนวคิดทฤษฎีชีวิตระยะท้ายที่สงบ การจัดการรายกรณี การพยาบาลเจ้าของไข้ กระบวนการพยาบาล และการพยาบาลทางไกล และ 3) ผลลัพธ์ของการนำระบบการพยาบาลไปใช้ พบว่า กลุ่มทดลองมีผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง คุณภาพชีวิต การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับชีวิตระยะท้ายที่สงบของผู้ป่วย และความพึงพอใจของผู้ดูแลดีกว่ากลุ่มควบคุม ผลการวิจัยนำเสนอแนะเชิงนโยบายที่สำคัญ คือ 1) พิจารณาปรับหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตและหลักสูตรต่อยอดพยาบาลเฉพาะทาง 2) ระบุภารกิจผู้จัดการรายกรณี ในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 3) สนับสนุนเทคโนโลยีสารสนเทศการพยาบาลทางไกล และ 4) ปรับตัวชีวิตให้สะท้อนการตายดีผ่านระยะท้ายของชีวิตที่สงบ

คำสำคัญ: วิจัยเชิงปฏิบัติการ การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับชีวิตระยะท้ายที่สงบของผู้ป่วย ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง คุณภาพชีวิต ระบบการพยาบาลไร้รอยต่อ

¹ร.พยาบาลวิชาชีพทรงคุณวุฒิ (ด้านระบบบริการพยาบาล) สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

³ผู้ประพันธ์บรรณกิจ E-mail: pensri33@yahoo.com โทร. 081-9974003



Development of a Seamless Integrated Palliative Cancer Care Nursing System within the Maharat Nakhon Ratchasima Hospital Network in Nakhon Ratchasima Province

Pensri Rukwong PhD. (Nursing)^{1,3}

Sunutda Kachainchai M.Ed.²

Mujjarin Utsawapat M.Ed.²

(Received Date: August 7, 2025, Revised Date: September 21, 2025, Accepted Date: September 24, 2025)

Abstract

End-stage cancer care in Thailand faces challenges regarding continuity of care services. This action research aimed to: 1) develop a seamless nursing care system, 2) study the outcomes of the seamless nursing care system, and 3) synthesize policy recommendations. The study was conducted from September 2024 to August 2025 and was divided into three phases: 1) situational analysis, 2) development of the seamless nursing care system, and 3) outcome evaluation with 46 end-stage cancer patients and 46 caregivers, divided into experimental and control groups of 23 participants each. Data was collected through in-depth interviews, focus group discussions, natural conversations, observations, document analysis, a palliative care outcome evaluation form, a quality of life assessment form, a caregiver perception assessment of patients' peaceful end of life, and a caregiver satisfaction questionnaire regarding palliative care. Data was analyzed using descriptive statistics, two-way repeated measures analysis of variance, t-tests, and content analysis.

The research findings revealed that the seamless nursing care system was comprised of three main components: 1) Input factors including patient factors, nursing factors, and service system factors; 2) Process components, consisting of a 5-phase care plan driven by the peaceful end of life theory concept, case management, primary nursing, nursing process, and telenursing; 3) Outcomes of the nursing system implementation demonstrated that the experimental group demonstrated superior palliative care outcomes, quality of life, caregiver perceptions regarding the patients' peaceful end of life experience, and caregiver satisfaction compared to the control group. The research findings led to the following significant policy recommendations: 1) consideration of curriculum revisions for Bachelor of Nursing Science and advanced specialty nursing programs; 2) identification of case manager roles in health service plans; 3) support for telenursing information technology, and 4) adjustment of indicators to reflect good death through peaceful end of life.

Keywords: action research, caregivers' perception of patients' peaceful end of life, palliative care outcomes, quality of life, seamless nursing system

¹Acting Registered Nurse Advisory Level, Health Technical Office, Ministry of Public Health

²Registered Nurse Senior Professional Level, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

³Corresponding author, E-mail: pensri33@yahoo.com Tel: 081-9974003



บทนำ

ในปี ค.ศ. 2020 ทั่วโลกมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ประมาณ 19.30 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเกือบ 10 ล้านคน^{1,2} คาดว่าอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 47 ภายในปี ค.ศ. 2040² รวมไปถึงองค์การอนามัยโลกยังคาดการณ์ว่าในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลในระยะท้ายประมาณ 40 ล้านคน และประกาศให้ทั่วโลกให้ความสำคัญกับการดูแลแบบประคับประคองด้วยการบูรณาการเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในการรักษา³ ผู้ป่วยเหล่านี้มักพบปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บปวด ความเหนื่อยล้า ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันลดลง มีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพจิตและความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว^{4,5} ข้อมูลในปี ค.ศ. 2019 พบว่าทั่วโลกมีผู้ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองประมาณ 40 ล้านคน แต่มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 14 เท่านั้นที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง³ การดูแลประคับประคองที่มีประสิทธิภาพสามารถลดต้นทุนการดูแลสุขภาพจากการลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลงได้⁵ ตรงกันข้ามถ้าการเข้าถึงบริการในเวลาที่เหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากบริการน้อยลง และส่งผลเสียต่อผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตและการบรรเทาอาการ⁶ อย่างไรก็ตามการเข้าถึงและการให้บริการดูแลแบบประคับประคองในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนายังคงมีความแตกต่างอย่างชัดเจน และเกิดปัญหาความเหลื่อมล้ำ⁷

บริบทประเทศไทยแม้ว่าในปี พ.ศ. 2561 กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นความสำคัญโดยกำหนดให้การดูแลแบบประคับประคองเป็นหนึ่งในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขา การดูแลและเปลี่ยนแปลงผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน และการดูแลแบบประคับประคอง⁸ พัฒนสู่การเป็นแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขา ชีววิถีบาล ในปี พ.ศ. 2568 ขณะเดียวกันผู้ป่วยระยะประคับประคองก็มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2565, 2566 และ 2567 มากถึง 110,908 คน 145,584 คน และ 190,065 คน ตามลำดับ⁹ เมื่อพิจารณาการดำเนินการตามกรอบแนวคิดสามเหลี่ยมนโยบาย¹⁰ ยังพบช่องว่างเชิงนโยบายที่สำคัญ คือ ขาดการกระจายทรัพยากรที่เท่าเทียม และตัวชี้วัดที่ใช้วัดคุณภาพการดูแล คือ การตายดียังมีหลากหลาย⁸ ข้อมูลของจังหวัดนครราชสีมาจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) พบผู้ป่วยระยะประคับประคองในปี พ.ศ. 2565, 2566 2567 มากถึง 10,499 คน 13,885 คน และ 34,920 คน ตามลำดับ⁹ จากปัญหาของระบบการดูแลเดิมที่เป็นไปในเชิงรับสัมพันธ์กับปริมาณผู้ป่วยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทำให้ขาดการติดตามผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ดังสะท้อนจากสถิติการได้รับการดูแลต่อเนื่องที่อยู่ในเกณฑ์ต่ำมากเพียง ร้อยละ 18.40-19.20 ซึ่งต่ำกว่าข้อมูลในระดับประเทศที่พบว่ายังมีข้อจำกัดเช่นเดียวกัน คือ ได้รับการดูแลต่อเนื่องเพียงร้อยละ 39.99-42.98⁹ ขณะที่ผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน การดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพได้รับการพิสูจน์ว่าสามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹¹ พยาบาลซึ่งถือเป็นวิชาชีพหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นผู้ที่ต้องใช้ทักษะผสมผสานในการดูแลโดยเฉพาะการเป็นผู้ประสานงานการดูแลกับผู้ป่วยและญาติ รวมถึงบุคลากรสุขภาพอื่น ๆ¹² เพื่อประสานและปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย จากสถานการณ์ดังกล่าวการบูรณาการเชื่อมต่อระหว่างหน่วยบริการทุกระดับในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจึงเข้ามามีบทบาทสำคัญ คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาระบบการพยาบาลไร้รอยต่อๆ เพื่อให้มีการดูแลที่ต่อเนื่อง เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดี ลดความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงบริการ และสนับสนุนให้แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขา ชีววิถีบาล บรรลุเป้าหมายเชิงนโยบายได้สำเร็จต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาระบบการพยาบาลไร้รอยต่อๆ 2) ศึกษาผลลัพธ์ของระบบการพยาบาลไร้รอยต่อๆ ต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง คุณภาพชีวิต การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับชีวิตระยะท้ายที่สงบของผู้ป่วย ความพึงพอใจของผู้ดูแล และความพึงพอใจของบุคลากร และ 3) เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง



กรอบแนวคิดการวิจัย

วิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ ในครั้งนี้ใช้แนวคิดของ Kemmis and McTaggart¹³ ประกอบด้วย กระบวนการวางแผน (Planning) การลงมือปฏิบัติ (Acting) การสังเกต (Observing) และการสะท้อนผล (Reflecting) และนำไปปฏิบัติในวงจรต่อไปจนกว่าจะแก้ปัญหา หรือสิ่งที่เป็ข้อจำกัดต่อระบบการพยาบาลจะหมดไป โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (Theory of Peaceful End of Life) ของ Ruland and Moore¹⁴ เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายมีการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการลดลง มีคุณภาพชีวิตที่ดี และท้ายที่สุด คือ มีการรับรู้ชีวิตระยะท้ายที่สงบ ผู้ป่วยระยะท้ายจะมีชีวิตที่สงบได้ ต้องได้รับการดูแลที่ครอบคลุม ซึ่งตามทฤษฎีนี้อธิบายว่า การดูแลให้บุคคลมีระยะท้ายของชีวิตที่สงบมีหลักการดูแลที่สำคัญ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) การดูแลไม่ให้อยู่ในความเจ็บปวด 2) การดูแลให้มีความสุขสบาย 3) การดูแลให้สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ 4) การดูแลให้อยู่ในความสงบ และ 5) การดูแลให้ใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน ผลสุดท้าย คือ ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตที่เหลือได้อย่างมีความหมาย มีความสงบ และมีประสบการณ์ของการรับรู้ระยะท้ายที่สงบ ญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน นั่นคือ ผู้ป่วยระยะท้ายจะมีผลลัพธ์ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ดี คุณภาพชีวิตที่ดี และมีชีวิตระยะท้ายที่สงบได้ภายใต้ระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ

วิธีดำเนินการวิจัย

วิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนาระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ ดำเนินการระหว่าง เดือนกันยายน พ.ศ. 2567 – สิงหาคม พ.ศ. 2568 ยื่นพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ได้รับการอนุมัติตามเอกสารรับรองเลขที่ 124/ 2024 ลงวันที่ 19 กันยายน พ.ศ. 2567 ก่อนการดำเนินการวิจัย ทั้งนี้คณะผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิอาสาสมัครวิจัยในทุกขั้นตอน โดยตระหนักถึงสิทธิประโยชน์ การให้ข้อมูลโดยผู้ให้ข้อมูลจะเป็นผู้ตัดสินใจในการเข้าร่วมวิจัยอย่างสมัครใจ ผู้วิจัยมีการเก็บรักษาความลับของข้อมูล และจะทำลายทิ้ง เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม และเพื่อประโยชน์ในการพัฒนางานการพยาบาลตลอดจนเชิงวิชาการเท่านั้น

กระบวนการพัฒนาระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ เกิดขึ้นอย่างเป็นวงจรต่อเนื่อง ผ่านกระบวนการวิจัย 3 ระยะ คือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนาระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ (4 วงรอบ วงรอบละ 4 ขั้นตอน) และ 3) ประเมินผลการใช้ระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ

การเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งตามระยะของการวิจัย รายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ระบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะเี่ยงแบบประคับประคองใน รพ.มหาราชนครราชสีมา และเครือข่ายในจังหวัดนครราชสีมา (กันยายน - พฤศจิกายน พ.ศ. 2567) กิจกรรมประกอบด้วย 1) ศึกษาสถานการณ์โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก สทนากลุ่ม สทนตามธรรมชาติ สังเกต บุคลากรทีมสุขภาพผู้ร่วมพัฒนาระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ จำนวน 8 คน วิเคราะห์ ทบทวนเอกสาร เพื่อวิเคราะห์การดำเนินการของระบบการพยาบาลเดิม เพื่อให้ได้ประเด็นปัญหาสำคัญที่จะนำสู่ข้อเสนอการพัฒนา ระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ 2) คั้นข้อมูลให้ทีมผู้ร่วมพัฒนาระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ ร่วมพิจารณาข้อมูล 3) จัดกิจกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับบทบาทพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะเี่ยงแบบประคับประคอง และ 4) สรุปความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ระบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะเี่ยงแบบประคับประคอง บทบาทพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยระยะเี่ยงแบบประคับประคอง เพื่อต่อยอดไปสู่การพัฒนาระบบในระยะที่ 2

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ ตามแนวคิด Kemmis and McTaggart¹³ (ธันวาคม พ.ศ. 2567 - มกราคม พ.ศ. 2568) โดยมีรายละเอียดการดำเนินการ ดังนี้

วงรอบที่ 1

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ คณะผู้วิจัยนำประเด็นปัญหาที่สำคัญเกี่ยวกับเกี่ยวกับสถานการณ์ระบบการพยาบาลผู้ป่วย ระยะเี่ยงแบบประคับประคอง บทบาทพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะเี่ยงแบบประคับประคอง จากระยะที่ 1 มาพิจารณาร่วมกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อสังเคราะห์และเสนอเป็นร่างระบบ การพยาบาลไร้รอยต่อฯ ร่วมกับทีมพัฒนาระบบ



ขั้นตอนที่ 2 วางแผนปฏิบัติการ คณะผู้วิจัยจัดประชุมร่วมกับทีมพัฒนาระบบเพื่อร่วมกันกำหนดแผนการพัฒนา
ระบบการพยาบาลไว้รอต่อย

ขั้นตอนที่ 3 ปฏิบัติตามแผน 1) ทีมพัฒนาออกแบบระบบการพยาบาลไว้รอต่อย ต้นแบบฉบับที่ 1 2) นำ (ร่าง) ระบบ
การพยาบาลไว้รอต่อย ต้นแบบฉบับที่ 1 ให้ทีมพยาบาลผู้ปฏิบัติได้ทวนสอบ

ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนคิดการปฏิบัติ คณะผู้วิจัยสรุปผลการประเมิน (ร่าง) ระบบการพยาบาลไว้รอต่อย ต้นแบบฉบับที่ 1
พบว่า ยังพบข้อจำกัดด้านความชัดเจนของการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการรายกรณี รวมถึงขาดความเชื่อมโยงกับทฤษฎี
การพยาบาลชีวิตระยะท้ายที่ส่งบอย่างเป็นรูปธรรม

วงรอบที่ 2

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ทบทวนประเด็นความชัดเจนและเป็นไปได้ของการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง
แบบประคับประคอง รวมถึงการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลชีวิตระยะท้ายที่ส่งบในบริบทจริงร่วมกับทีมพัฒนาระบบ

ขั้นตอนที่ 2 วางแผนปฏิบัติการ วางแผนปรับปรุงตามข้อเสนอแนะให้ได้ (ร่าง) ระบบการพยาบาลไว้รอต่อย ต้นแบบฉบับที่ 2

ขั้นตอนที่ 3 ปฏิบัติตามแผน 1) ทีมพัฒนาออกแบบระบบการพยาบาลไว้รอต่อย ต้นแบบฉบับที่ 2 2) นำ (ร่าง) ระบบ
การพยาบาลไว้รอต่อย ต้นแบบฉบับที่ 2 ให้ทีมพยาบาลผู้ปฏิบัติได้ทวนสอบ 3) นำ (ร่าง) ระบบการพยาบาลไว้รอต่อย ต้นแบบฉบับที่ 2
ให้ตัวแทนพยาบาลและทีมสหวิชาชีพได้ทวนสอบและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ 4) ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะได้ (ร่าง) ระบบ
การพยาบาลไว้รอต่อย ต้นแบบฉบับที่ 3 และ 5) พัฒนารายการ (ร่าง) ระบบการพยาบาลไว้รอต่อย ต้นแบบฉบับที่ 3 ออกมาเป็น
คู่มือระบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองเพื่อชีวิตระยะท้ายที่ส่งบซึ่งสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเป็น
ปัจเจกบุคคลด้วยแผนการดูแล 5 ระยะ ขับเคลื่อนผ่านแนวคิดทฤษฎีชีวิตระยะท้ายที่ส่งบ การจัดการรายกรณี การพยาบาลเจ้าของใช้
กระบวนการพยาบาล และการพยาบาลทางไกล

ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนคิดการปฏิบัติ สรุปผลการประเมิน (ร่าง) ระบบการพยาบาลไว้รอต่อย ต้นแบบฉบับที่ 3 พบว่า
ยังพบข้อจำกัดด้านความน่าเชื่อถือของระบบการพยาบาลไว้รอต่อย ที่เป็นรูปธรรม

วงรอบที่ 3

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ทบทวนประเด็นความน่าเชื่อถือของระบบการพยาบาลที่เป็นรูปธรรมร่วมหาแนวทาง
สู่มาตรฐานเป็นที่ยอมรับ นำสู่การใช้ได้จริงอย่างเต็มประสิทธิภาพร่วมกับทีมพัฒนาระบบ

ขั้นตอนที่ 2 วางแผนปฏิบัติการ วางแผนนำร่างระบบการพยาบาลไว้รอต่อย ไปตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

ขั้นตอนที่ 3 ปฏิบัติตามแผน 1) นำร่างระบบการพยาบาลไว้รอต่อย ต้นแบบฉบับที่ 3 และคู่มือระบบการพยาบาลผู้ป่วย
มะเร็งแบบประคับประคองเพื่อชีวิตระยะท้ายที่ส่งบไปตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง
7 คน จนกระทั่งได้ระบบการพยาบาลไว้รอต่อย ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 2) นำเครื่องมือวัดผลลัพธ์ไปตรวจสอบความเที่ยง
ของเครื่องมือในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและผู้ดูแล กลุ่มละ 10 คน

ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนคิดการปฏิบัติ คณะผู้วิจัย ตัวแทนพยาบาลผู้ปฏิบัติ และตัวแทนสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องร่วมสรุปประเด็น
คุณภาพเครื่องมือระบบการพยาบาลไว้รอต่อยที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ความเป็นไปได้ในการนำสู่การทดลองใช้ในกลุ่มเล็ก

วงรอบที่ 4

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ทบทวนประเด็นความเป็นไปได้ของระบบการพยาบาลไว้รอต่อย ที่เป็นที่ยอมรับสู่
การปฏิบัติร่วมกับตัวแทนพยาบาลผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 2 วางแผนปฏิบัติการ 1) วางแผนนำร่างระบบการพยาบาลไว้รอต่อย ไปทดลองใช้เพื่อประเมินปัญหาอุปสรรค
2) วางแผนเตรียมความพร้อมของบุคลากรผู้เกี่ยวข้องในเครือข่าย



ขั้นตอนที่ 3 ปฏิบัติตามแผน 1) นำข้อมูลนำเข้าเปรียบเทียบระหว่างระบบการพยาบาลเดิมกับระบบพยาบาลไร้รอยต่อฯ ให้ทีมพยาบาลผู้ปฏิบัติได้ทวนสอบทำความเข้าใจ 2) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย กลุ่มเป้าหมายพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 178 คน 3) การทดลองใช้ระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและผู้ดูแลนำร่องกลุ่มละ 4 คน ทวนสอบทำความเข้าใจการปฏิบัติตามระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ ให้ตรงกันตามคู่มือระบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองเพื่อชีวิตระยะท้ายที่สงบ 4) แลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการและผลลัพธ์การใช้ระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ ก่อนนำระบบไปใช้จริง

ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนคิดการปฏิบัติ คณะผู้วิจัย ตัวแทนพยาบาลผู้ปฏิบัติ และตัวแทนสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องร่วมสรุปประเด็น แนวทาง ความเป็นไปได้ในการนำสู่การทดลองใช้จริง

ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้ระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ (กุมภาพันธ์ ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2568) ด้วยการนำระบบไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและผู้ดูแล ตั้งแต่ระยะแรกวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในระยะคงที่ สู่ระยะเปลี่ยนผ่านระยะสุดท้าย รวมถึงระยะหลังผู้ป่วยเสียชีวิต ตามลำดับ รวมระยะเวลาติดตามรายละเอียดประมาณ 24 สัปดาห์ มีการประเมินผลลัพธ์ของระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ ได้แก่ ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วย และความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการดูแลแบบประคับประคอง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจากการสุ่มแบบเจาะจง เป็นผู้ป่วยที่มีคะแนนระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale: PPS) ≥ 70 จำนวนขนาดตัวอย่างตามสูตรสำหรับ Sample size for a two-sample t-test ด้วยโปรแกรม G*Power โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วย จากการศึกษานำร่องผู้ดูแลจำนวน 10 คน Mean1 (S.D.1) = 155.90 (12.21), Mean2 (S.D.2) = 142.20 (14.98) ได้ค่า Effect size = 1.003 กำหนดความเชื่อมั่นที่ 95% อำนาจการทดสอบ 80% ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 23 คน สรุปขนาดตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 46 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 23 คน และผู้ดูแลใช้การสุ่มแบบเจาะจงสอดคล้องกับกลุ่มผู้ป่วย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 23 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือในการวิจัยนี้ ประกอบด้วย

1) เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย คือ ระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ ที่พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม การทบทวนข้อมูลและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง พัฒนาเป็นคู่มือระบบการพยาบาลไร้รอยต่อเพื่อชีวิตที่สงบ ครอบคลุมแผนการพยาบาลใน 5 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะประเมินและวางแผนการดูแลล่วงหน้า 2) ระยะจัดการอาการและการดูแลแบบองค์รวม 3) ระยะการบริหารจัดการและการประสานงาน 4) ระยะดูแลระยะท้าย และ 5) ระยะดูแลครอบครัวหลังการสูญเสีย ด้วยการดูแลคนละประมาณ 24 สัปดาห์ ผ่าน 5 แนวคิด ประกอบด้วย ทฤษฎีชีวิตระยะท้ายที่สงบ การจัดการรายการณิการพยาบาลเจ้าของไข้ กระบวนการพยาบาล และการพยาบาลทางไกล โดยมีผู้จัดการรายการณิการเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการประสานการดูแลร่วมกับพยาบาลเจ้าของไข้และทีมสหวิชาชีพ ผ่านการประเมิน ตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผน ปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งประเมินผล ซึ่งระบบการดูแลของผู้ป่วยแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐานเป็นการออกแบบรายบุคคลเพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงของระบบบริการพยาบาลแบบไร้รอยต่อทั้ง 5 ระยะ ให้ได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง

2) เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

2.1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ข้อมูลประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานะอาชีพ ศาสนา ลักษณะครอบครัว การวินิจฉัยโรคมะเร็ง คะแนนระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

2.2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลผู้ดูแล ข้อมูลประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานะอาชีพ ศาสนา ลักษณะครอบครัว และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

2.3) แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care Outcome Scale: POS)¹⁵ ออกแบบมาเพื่อประเมินผลการปฏิบัติทางคลินิกอย่างมีแบบแผน โดยการคำนึงถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล



แบบประคับประคองและครอบครัว ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ได้แก่ คำถามปลายปิด 10 ข้อ ซึ่งมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ มีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 40 คะแนน การแปลผล หากคะแนนน้อยหรือลดลง แสดงว่าผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความทุกข์จากอาการรบกวนและได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้ดีขึ้น

2.4) แบบประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป (Functional Assessment of Cancer Therapy – General: FACT-G) ที่สร้างโดย Cella ในปี 1994 ใช้ FACT-G ฉบับภาษาไทย¹⁶ มีข้อคำถามจำนวน 27 ข้อที่ครอบคลุมการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความผาสุกร่างกาย ด้านความผาสุกด้านสังคม/ ครอบครัว ด้านอารมณ์/ จิตใจ และด้านการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย โดยมีเกณฑ์การประเมิน 5 ระดับ คะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตที่ดี

2.5) แบบประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ที่สร้างขึ้นบนพื้นฐานของทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ¹⁴ โดยปรับจากแบบประเมินการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของ พัทธรัตน์ อันสีแก้ว¹⁷ และ ศิริธัญญา พิมพ์วิชัย¹⁸ แบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 5 ระดับ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านการไม่อยู่ในความเจ็บปวด ด้านการมีประสบการณ์ของความสบาย ด้านการมีประสบการณ์การมีศักดิ์ศรี ด้านการอยู่ในความสงบ และด้านมีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน มีข้อคำถามทั้งหมด 38 ข้อ คะแนนสูง หมายถึง ผู้ดูแลรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยในระดับสูง

2.6) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยแบบประคับประคอง ที่กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุขพัฒนาขึ้นเพื่อจัดเก็บตัวชี้วัดการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ประจำปีงบประมาณ 2563¹⁹ โดยการปรับคำถามให้ครอบคลุมตลอดช่วงเวลาขณะผู้ป่วยอยู่ในระบบการพยาบาลไว้ร่อยต่อๆ ใช้ประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วยตามระบบการพยาบาลไว้ร่อยต่อๆ ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนสูง หมายถึง ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อระบบการพยาบาลไว้ร่อยต่อๆอยู่ในระดับสูง

2.7) แบบประเมินการปฏิบัติตามระบบการพยาบาลไว้ร่อยต่อๆ ใช้การสังเกตการปฏิบัติตามระบบการพยาบาลไว้ร่อยต่อๆ ที่ระบุไว้ 5 ระยะ ซึ่งคณะผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ประเมินการปฏิบัติของพยาบาลผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตามระบบการพยาบาลไว้ร่อยต่อๆ ที่พัฒนาขึ้น โดยการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม มีข้อคำถาม 5 ข้อ ตามระยะของการดูแล ได้แก่ 1) ระยะประเมินและวางแผนการดูแลล่วงหน้า 2) ระยะจัดการอาการและการดูแลแบบองค์รวม 3) ระยะการบริหารจัดการและการประสานงาน 4) ระยะดูแลระยะท้าย และ 5) ระยะดูแลครอบครัวหลังการสูญเสียผ่านกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมิน การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการดูแล การให้การพยาบาลตามแผน และการประเมินผลการให้การพยาบาล ลักษณะการตอบคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ ปฏิบัติ (1 คะแนน) และไม่ปฏิบัติ (0 คะแนน) การวิจัยครั้งนี้มีการหาค่าความเที่ยงระหว่างผู้สังเกตจำนวน 3 คน หาร้อยละของการประเมินที่เหมือนกัน (Percent agreement) ได้เท่ากับ 1

2.8) แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้ระบบการพยาบาลไว้ร่อยต่อๆ แบบสอบถามมีข้อคำถาม 5 ข้อ คือ 1) มีความสะดวกในการนำไปปฏิบัติ 2) เนื้อหามีความชัดเจน 3) สามารถนำไปปฏิบัติได้ 4) มีประโยชน์ต่อหน่วยงาน และ 5) เห็นด้วยกับการใช้ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อคำถามแบบ 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยระดับมาก เห็นด้วยระดับปานกลาง และเห็นด้วยระดับน้อย²⁰ คะแนนรวมมาก หมายถึง บุคลากรมีความพึงพอใจต่อระบบการพยาบาลไว้ร่อยต่อๆอยู่ในระดับมาก

เครื่องมือวิจัยตรวจสอบคุณภาพด้วยความตรงของเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลรักษาแบบประคับประคอง 7 คน เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญประธานแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาที่เกี่ยวข้อง 2 คน พยาบาลระดับนโยบาย 1 คน อาจารย์พยาบาล 3 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 1 คน ผลการตรวจสอบผ่านเกณฑ์ (CVI = 0.92) สำหรับการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย แบบประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยแบบประคับประคองได้ค่าความสอดคล้องภายในเท่ากับ 0.86, 0.83 และ 0.85 ตามลำดับ



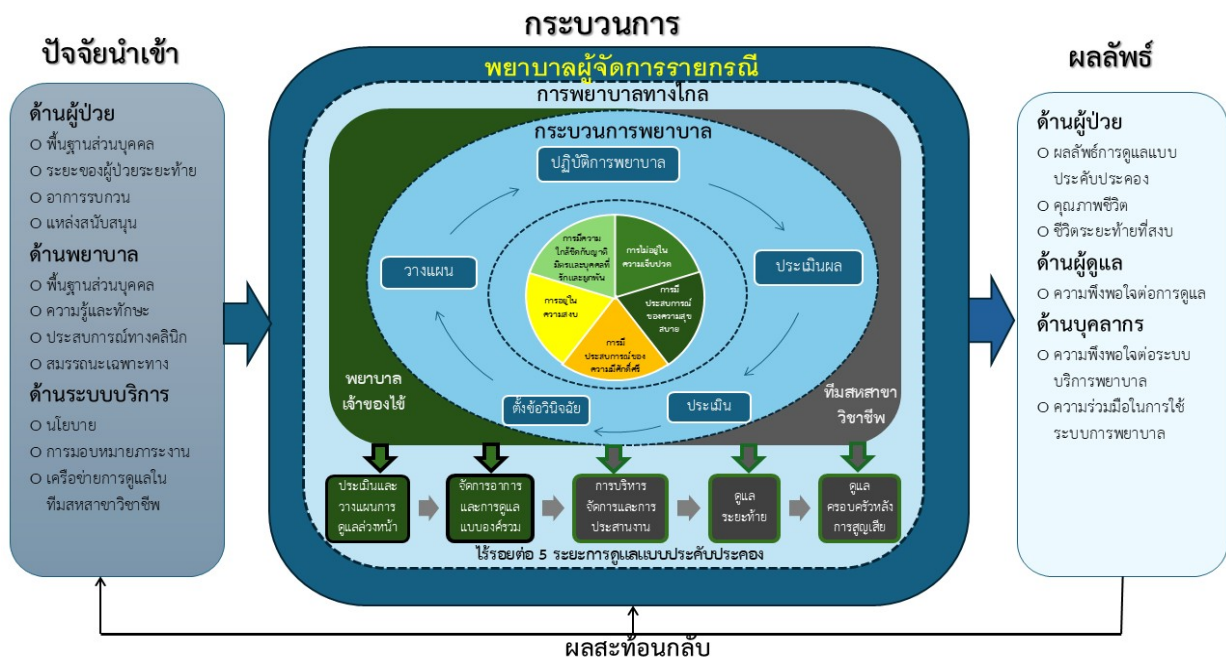
การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (ตัวแปรตามทุกตัวข้อมูลเป็นโค้งปกติจากทดสอบด้วย Kolmogorov Smirnov test $p > .05$) ใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ สถิติที่ กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ และ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลบริบทการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระหว่าง ปี พ.ศ. 2564 – พ.ศ. 2566 พบประเด็นปัญหาที่สำคัญ 6 ประเด็น ได้แก่ 1) ขาดเครือข่ายพยาบาลวิชาชีพโดยเฉพาะในบริบท ภายในโรงพยาบาล 2) พยาบาลวิชาชีพยังมีความรู้และทักษะไม่เท่ากัน 3) ระบบการดูแลยังขาดความต่อเนื่อง (เป็นไปในเชิงรับ) 4) ขาดสารสนเทศเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ 5) ขาดอัตลักษณ์การดูแลที่สะท้อนความเป็นวิชาชีพ และ 6) ขาดการสะท้อน ผลลัพธ์ที่โดดเด่นในเชิงวิชาชีพ จากปัญหานำสู่ข้อเสนอที่สำคัญสู่การพัฒนากระบวนการพยาบาลไร้รอยต่อฯ เพื่อให้เกิดการดูแล ต่อเนื่อง สะท้อนผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี และแสดงถึงเอกลักษณ์ขององค์ความรู้ในเชิงวิชาชีพได้ต่อไป

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ ผ่านกระบวนการ วิเคราะห์สถานการณ์ การวางแผนพัฒนาระบบฯ การดำเนินการ การติดตามและประเมินผลสู่การสะท้อนผลลัพธ์อย่างเป็นระบบและปรับปรุงเป็นวงจรอย่างต่อเนื่องที่ตอบสนอง ความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วยแต่ละราย และสามารถสะท้อนภาพการดูแลต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพจนกระทั่งได้ระบบ การพยาบาลไร้รอยต่อฯ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ

อธิบายได้ว่า ระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประเด็น คือ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ รวมไปถึงผลสะท้อนกลับจากผลลัพธ์ที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนระบบให้มีประสิทธิภาพ



ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยนำเข้ามีองค์ประกอบย่อยที่สำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านผู้ป่วย ด้านพยาบาล และด้านระบบบริการ ด้านผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยถือเป็นสิ่งที่ประเด็นที่สำคัญทั้งเพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ศาสนา ลักษณะครอบครัว การวินิจฉัยโรคมะเร็ง ล้วนเป็นสิ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อการกระบวนการดูแลและผลลัพธ์จากการดูแลที่ดี กรณีที่ผู้ป่วยมีพื้นฐานที่ดีก็มีแนวโน้มที่จะก้าวผ่านระยะนี้ไปได้ ส่วนด้านพยาบาลทั้งข้อมูลพื้นฐานของบุคลากรทางการพยาบาล คือ อายุ เพศ การศึกษา ประสบการณ์การดูแล รวมถึงการผ่านการอบรมเฉพาะทาง ล้วนเป็นเหตุปัจจัยเสริมให้เกิดกระบวนการดูแลที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ปัจจัยด้านระบบบริการก็ถือเป็นอีกหนึ่งปัจจัยนำเข้าที่สำคัญทั้งการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และครอบครัวในหน่วยบริการทุกระดับ มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบ รวมทั้งวางระบบบริการในภาพเครือข่ายสหวิชาชีพให้ชัดเจนสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยนำเข้าที่สำคัญที่จะช่วยให้กระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองขับเคลื่อนไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กระบวนการ กระบวนการประกอบด้วยการดูแล 5 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะประเมินและวางแผนการดูแลล่วงหน้า 2) ระยะจัดการอาการและการดูแลแบบองค์รวม 3) ระยะการบริหารจัดการและการประสานงาน 4) ระยะดูแลระยะท้าย 5) ระยะดูแลครอบครัวหลังการสูญเสีย ขับเคลื่อนผ่าน 5 แนวคิด ประกอบด้วย ทฤษฎีชีวิตระยะท้ายที่สงบ การจัดการรายการณียการพยาบาลเจ้าของไข้ กระบวนการพยาบาล และการพยาบาลทางไกล การมีผู้จัดการรายการณียการเป็นผู้นับถือหลักในการประสานการดูแลร่วมกับพยาบาลเจ้าของไข้และทีมสหวิชาชีพผ่านบทบาทที่สำคัญ 7 บทบาท ได้แก่ 1) ประเมินผู้ป่วยอย่างครอบคลุม 2) วางแผนการดูแลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย 3) ส่งเสริมให้มีการติดต่อสื่อสารและประสานความร่วมมือกันระหว่างสมาชิกในทีมดูแลรักษา และให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 4) ให้ความรู้และข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ทีมบุคลากรผู้มีส่วนร่วมในการดูแล 5) เสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วย 6) สนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้บริการสุขภาพ และสามารถพิทักษ์สิทธิของตนเองได้ และ 7) เอื้ออำนวยให้มีการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม ทั้งด้านผู้ป่วยและครอบครัว ระบบบริการหรือโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ทุกฝ่าย²¹ เป็นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวทั้งในโรงพยาบาล และระบบพยาบาลทางไกล ภายใต้การใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมิน วางแผน ตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งประเมินผล เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงของระบบบริการพยาบาลแบบไร้รอยต่อทั้ง 5 ระยะ ให้เกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง

ผลลัพธ์ สามารถมองผลลัพธ์หลักใน 3 มิติ ได้แก่ ด้านผู้ป่วย ด้านผู้ดูแล และด้านบุคลากร ผลลัพธ์ที่ดีในมิติของผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ป่วยระยะท้ายเหล่านี้ขึ้นอยู่กับต้องเน้นประเด็นการจัดการความทุกข์จากอาการรบกวนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นสามารถประเมินได้จากผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองที่ครอบคลุมความสำเร็จในการจัดการความทุกข์จากอาการรบกวนและได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยที่จะนำไปสู่ชีวิตระยะท้ายที่สงบได้ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลต่อผลลัพธ์ในด้านผู้ดูแล คือ ความพึงพอใจต่อการดูแลแบบประคับประคองที่จะเป็นผลเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ในด้านบุคลากร คือ เกิดความพึงพอใจ และร่วมมือในการใช้ระบบการพยาบาลทำให้สามารถยืนยันได้ถึงผลลัพธ์ที่ดีตามเป้าหมายที่คาดหวังไว้ในทุกด้านทั้งด้านผู้ป่วย ด้านผู้ดูแล และด้านบุคลากร สำหรับระบบการดูแลของผู้ป่วยแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐาน แม้ว่าการดูแลจะเป็นไปในรูปแบบการออกแบบรายบุคคลแต่มีเป้าหมายที่เป็นผลลัพธ์เดียวกัน คือ ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง คุณภาพชีวิต การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับชีวิตระยะท้ายที่สงบของผู้ป่วย และความพึงพอใจ ที่สามารถสะท้อนภาพการดูแลต่อเนื่องไร้รอยต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้ระบบการพยาบาลไร้รอยต่อ

ระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ ที่พัฒนาขึ้นถูกนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายกลุ่มทดลอง จำนวน 23 คน สำหรับผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอีกจำนวน 23 คนได้รับการดูแลตามระบบปกติ ประเมินผลลัพธ์ใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านผู้ป่วย ด้านผู้ดูแล และด้านบุคลากร รายละเอียด ดังนี้



1) ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ผู้ป่วยกลุ่มทดลองอายุเฉลี่ย 60.22 ปี (S.D. = 13.10) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.87) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 78.26) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 73.91) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 43.48) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) อยู่ในครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 73.91) เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคทางอายุรกรรม (ร้อยละ 56.52) มีคะแนน PPS ขณะส่งปรึกษาครั้งแรกเฉลี่ย 73.04 (S.D. = 5.59) และส่วนใหญ่เสียชีวิตที่บ้าน (ร้อยละ 78.26) ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 62.30 ปี (S.D. = 10.56) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 65.22) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 78.26) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 69.57) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 26.09) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) อยู่ในครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 65.22) เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคทางอายุรกรรม (ร้อยละ 60.87) มีคะแนน PPS ขณะส่งปรึกษาครั้งแรกเฉลี่ย 76.09 (S.D. = 7.83) และส่วนใหญ่เสียชีวิตที่บ้าน (ร้อยละ 65.22) เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานของทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

1.1) ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองเฉลี่ย (Mean = 18.61, S.D. = 4.21) ใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุม (Mean = 20.22, S.D. = 5.05) ต่อมาในสัปดาห์ที่ 4 คะแนนของกลุ่มทดลองลดลง (Mean = 15.74, S.D. = 4.75) ขณะที่กลุ่มควบคุมกลับเพิ่มขึ้นเล็กน้อย (Mean = 22.04, S.D. = 5.75) และเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลองมีคะแนนลดลงต่อเนื่อง (Mean = 10.13, S.D. = 5.74) ในขณะที่กลุ่มควบคุมยังคงอยู่ในระดับสูง (Mean = 16.78, S.D. = 3.42) เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระหว่างระยะก่อนทดลอง สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 12 พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .017$) แสดงว่า วิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองส่งผลร่วมกันต่อคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง วิธีการทดลองที่ต่างกันมีผลต่อคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และระยะเวลาของการทดลองที่ต่างก็มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายตามระบบการพยาบาลไร้รอยต่อส่งผลต่อการดูแลแบบประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญทั้งในแง่ของกลุ่ม เวลา และปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง (n = 46 คน)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		แหล่งความแปรปรวน		
	(n=23)		(n=23)		Mean Square	F	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
ผลลัพธ์การดูแลแบบ					ระหว่างกลุ่ม		
ประคับประคอง					วิธีการทดลอง	813.23	27.81
(Palliative Outcome)					ความคลาดเคลื่อน	29.25	< .001
ก่อนทดลอง	18.61	4.21	20.22	5.05	ภายในกลุ่ม		
สัปดาห์ที่ 4	15.74	4.75	22.04	5.75	ระยะเวลา	500.55	23.58
สัปดาห์ที่ 12	10.13	5.74	16.78	3.42	วิธีการทดลองกับระยะเวลา	91.25	4.30
					ความคลาดเคลื่อน	21.23	.017



1.2) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต (Mean = 62.87, S.D. = 12.17) ใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุม (Mean = 65.52, S.D. = 10.77) ต่อมาในสัปดาห์ที่ 4 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น (Mean = 73.87, S.D. = 12.75) ขณะที่กลุ่มควบคุม (Mean = 69.96, S.D. = 12.96) และเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นสูง (Mean = 81.91, S.D. = 9.24) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเพียง (Mean = 67.30, S.D. = 4.37) เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมระหว่างระยะก่อนทดลอง สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 12 พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) แสดงว่าวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองส่งผลร่วมกันต่อคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต วิธีการทดลองที่แตกต่างกันมีผลต่อคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .012$) และระยะเวลาของการทดลองที่แตกต่างกันมีผลต่อคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Greenhouse-Geisser $\epsilon = 0.88$) สรุปได้ว่าการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายตามระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ ส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทั้งในแง่ของกลุ่ม เวลา และปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน ดังข้อมูลที่แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง (n = 46)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=23)		กลุ่มควบคุม (n=23)		แหล่งความแปรปรวน	Mean Square	F	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
คุณภาพชีวิต					ระหว่างกลุ่ม			
(Quality of life)					วิธีการทดลอง	965.40	6.85	.012
ก่อนทดลอง	62.87	12.17	65.52	10.77	ความคลาดเคลื่อน	140.84		
สัปดาห์ที่ 4	73.87	12.75	69.96	12.96	ภายในกลุ่ม			
สัปดาห์ที่ 12	81.91	9.24	67.30	4.37	ระยะเวลา	1527.18	12.87	.001
					วิธีการทดลองกับระยะเวลา	992.16	8.36	.001
					ความคลาดเคลื่อน	118.64		

Greenhouse-Geisser $\epsilon = 0.88$

1.3) การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับชีวิตระยะท้ายที่สงบของผู้ป่วย

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับชีวิตระยะท้ายที่สงบของผู้ป่วยรายด้านและโดยรวมระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 23) และกลุ่มควบคุม (n = 23)

ด้าน	กลุ่มทดลอง (n=23)		กลุ่มควบคุม (n=23)		p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
การไม่อยู่ในความเจ็บปวด	29.78	3.79	22.83	5.96	<.001
การมีประสบการณ์ของความสุขสบาย	31.30	3.14	25.87	5.12	<.001
การมีประสบการณ์การมีศักดิ์ศรี	30.13	2.99	27.70	4.62	.039
การอยู่ในความสงบ	43.08	3.94	39.13	6.29	.014
มีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน	28.9	2.8	27.48	3.94	.153
คะแนนรวมการรับรู้ชีวิตระยะท้ายที่สงบฯ	163.26	13.54	143	22.37	<.001
(Peaceful end of life perception)					



จากข้อมูล ในตารางที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับชีวิตระยะท้ายที่สงบของผู้ป่วยรายด้าน พบว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามระบบการพยาบาลไร้รอยต่อมีคะแนนการรับรู้ชีวิตระยะท้ายที่สงบด้านการไม่อยู่ในความเจ็บปวด ด้านการมีประสบการณ์ของความสุขสบาย ด้านการมีประสบการณ์การมีศักดิ์ศรี และด้านการอยู่ในความสงบสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามระบบปกติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $<.001$, $<.001$, $.039$, และ $.014$ ตามลำดับ ส่วนคะแนนเฉลี่ยด้านมีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพันพบว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามระบบการพยาบาลไร้รอยต่อมีคะแนนสูงกว่าอย่างไม่มีนัยสำคัญ ($p = .153$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับชีวิตระยะท้ายที่สงบของผู้ป่วยโดยรวมพบว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามระบบการพยาบาลไร้รอยต่อ (Mean = 163.26, S.D. = 13.54) มีคะแนนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามระบบปกติ (Mean = 143.00, S.D. = 22.37) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < .001$

2) ผลลัพธ์ด้านผู้ดูแล ผู้ดูแลกลุ่มทดลองอายุเฉลี่ย 44.74 ปี (S.D. = 15.35) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.22) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 69.57) สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 47.83) ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 47.83) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) อยู่ในครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 82.61) และความสัมพันธ์ คือ เป็นบุตรของผู้ป่วย (ร้อยละ 43.48) ส่วนกลุ่มควบคุมอายุเฉลี่ย 44.57 ปี (S.D. = 13.32) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 86.96) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 69.57) สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 39.13) ทำงานบ้าน (ร้อยละ 21.74) เท่ากันกับประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 21.74) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) อยู่ในครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 69.57) และความสัมพันธ์ คือ เป็นบุตรของผู้ป่วย (ร้อยละ 47.83) เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานของทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการดูแลแบบประคับประคองระหว่างกลุ่มทดลอง ($n = 23$) และกลุ่มควบคุม ($n = 23$)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการดูแลแบบประคับประคอง (Caregiver's satisfaction on palliative care)	43.57	3.50	37.65	5.62	$<.001$

จากข้อมูลในตารางที่ 4 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามระบบการพยาบาลไร้รอยต่อ (Mean = 43.57, S.D. = 3.50) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามระบบปกติ (Mean = 37.65, S.D. = 5.62) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < .001$

จากการนำระบบการพยาบาลไร้รอยต่อไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจำนวน 23 ราย พบว่า บุคลากรให้ความร่วมมือในการปฏิบัติในระดับดีมาก ส่วนความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้ระบบการพยาบาลไร้รอยต่อ พบว่าความพึงพอใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก

การอภิปรายผล

จากสภาพปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยระยะเรื้อรังแบบประคับประคองนำสู่การพัฒนาการพยาบาลไร้รอยต่อผ่านกระบวนการตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart¹³ ประกอบด้วยกระบวนการวางแผน (Planning) การลงมือปฏิบัติ (Acting) การสังเกต (Observing) และการสะท้อนผล (Reflecting) และนำไปปฏิบัติในวงจรต่อไปจนแก้ปัญหา หรือสิ่งที่ เป็นข้อจำกัดต่อระบบการพยาบาลไร้รอยต่อให้หมดไปได้ ทำให้ได้ระบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบท รวมทั้งมีการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรในเครือข่าย มีการจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังแบบประคับประคองเพื่อชีวิตระยะท้ายที่สงบที่มีมาตรฐานตามทฤษฎีชีวิตระยะท้ายที่สงบผ่านระบบการพยาบาลรายกรณี การพยาบาลเจ้าของไข้ กระบวนการพยาบาลและ การพยาบาลทางไกล ส่งผลต่อความสำเร็จของการพัฒนาระบบการพยาบาลทั้งในมิติกระบวนการ และผลลัพธ์ ก่อให้เกิดความร่วมมือและเกิดผลลัพธ์



ที่ดีตามที่คาดหวังไว้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาว่า กระบวนการตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart¹³ สามารถช่วยให้เกิดการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี²²⁻²⁴ และสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาในประเด็นผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง¹⁷ คุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะท้าย^{18,25,26} การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับชีวิตระยะท้ายที่สงบของผู้ป่วยระยะท้าย^{17,18,27,28} ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการดูแลแบบประคับประคอง^{25,29} รวมถึงความพึงพอใจของบุคลากรต่อระบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะแบบประคับประคอง^{25,29} อธิบายได้ว่า การพัฒนาระบบโดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองเหล่านี้นำไปสู่ความร่วมมือและความพึงพอใจต่อระบบการพยาบาลที่อยู่ในเกณฑ์ที่ดีส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีได้ นอกจากนี้ปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลต่อความยั่งยืนของการดำเนินการตามระบบการพยาบาลไร้รอยต่อที่พัฒนาขึ้น สิ่งที่สำคัญนอกจากพยาบาลเจ้าของไข้และทีมสหวิชาชีพผู้ให้บริการในเครือข่ายแล้วพยาบาลผู้รับผิดชอบหลักที่ทำหน้าที่เป็นพยาบาลผู้จัดการรายกรณีก็ถือเป็นแกนหลักที่สำคัญที่จะสานต่อความต่อเนื่องของการดูแลตามระบบนี้ผ่านบทบาททั้ง 7 ด้าน²¹ ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่จะส่งผลให้ระบบการพยาบาลไร้รอยต่อ นี้ดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

สรุป

ระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ ที่พัฒนาขึ้นจากระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการภายใต้แนวคิดทฤษฎีชีวิตระยะท้ายที่สงบ การจัดการรายกรณี การพยาบาลเจ้าของไข้ กระบวนการพยาบาล และการพยาบาลทางไกล เมื่อนำไปใช้พบว่า ช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง คุณภาพชีวิต การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับชีวิตระยะท้ายที่สงบของผู้ป่วย ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการดูแลแบบประคับประคอง รวมไปถึงความร่วมมือและความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องอีกด้วย

ข้อจำกัดการวิจัย

งานวิจัยนี้พบข้อจำกัดใน 2 ประเด็น คือ

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ป่วยระยะท้ายและผู้ดูแลยังจำกัดอยู่ในกลุ่มที่สามารถพัฒนาทักษะและความรอบรู้เทคโนโลยีสารสนเทศได้เท่านั้น
2. ระยะทดลองใช้ระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ แม้ว่าข้อมูลพื้นฐานประเด็นเพศไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ก็เห็นแนวโน้มความแตกต่างจึงควรพิจารณาเป็นข้อสังเกตว่าอาจมีผลต่อตัวแปรตามด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในการศึกษานี้ได้

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยนำสู่ข้อเสนอแนะประเด็นข้อเสนอเชิงนโยบาย การปฏิบัติการพยาบาล และการวิจัย รายละเอียด ดังนี้

1. ด้านข้อเสนอเชิงนโยบาย จากผลลัพธ์ที่ดีของการนำระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ ไปใช้ เมื่อพิจารณาระบบทั้งปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ ร่วมกับโอกาสพัฒนาของระบบการพยาบาลที่มีอยู่เดิมนำสู่ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยในการขับเคลื่อนระบบบริการพยาบาลผ่านโครงสร้าง กลไก และแนวทางในระดับชาติ สรุปได้ ดังนี้ 1) จากแนวโน้มความต้องการการดูแลที่เพิ่มมากขึ้นเมื่อพิจารณาพร้อมกับสมรรถนะก่อนอบรมของพยาบาลวิชาชีพควรมีการปรับหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นสมรรถนะพื้นฐานของพยาบาลวิชาชีพ และพัฒนาหลักสูตรต่อยอดเฉพาะทางผู้จัดการรายกรณีเพื่อรองรับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีความยุ่งยากซับซ้อน 2) ระบุภารกิจผู้จัดการรายกรณีในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อการจัดการทั้งระบบบริการและข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพในทุกระดับบริการในเครือข่าย 3) การพยาบาลทางไกลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านจึงควรสนับสนุนเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนบริการโดยเฉพาะการพยาบาลทางไกล และ 4) ควรปรับตัวชี้วัดในแผนบริการสุขภาพทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ให้สะท้อนการตายดีด้วยการผ่านระยะท้ายของชีวิตที่สงบ



2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรมีการนำระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในระบบเครือข่ายระดับจังหวัดเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยก้าวผ่านชีวิตระยะท้ายได้อย่างมีชีวิตระยะท้ายที่สงบได้

3. ด้านการวิจัย 1) ควรมีการพัฒนาต่อยอดงานวิจัยในเชิงการพัฒนาระบบการพยาบาลแบบไร้รอยต่อฯ ในกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ ในกลุ่มที่ไม่ใช่ผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคหัวใจ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์ เป็นต้น 2) ควรมีการขยายระดับของระบบการพยาบาลแบบไร้รอยต่อฯ ให้มีกลุ่มเป้าหมายที่กว้างขึ้น เช่น ระดับเขตสุขภาพ เป็นต้น 3) ควรมีการทำวิจัยซ้ำด้วยระเบียบวิธีวิจัยที่เข้มงวดมากขึ้น ได้แก่ การทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มเปรียบเทียบ (Randomized control trial) เป็นต้น เพื่อยืนยันผลลัพธ์ของระบบการพยาบาลไร้รอยต่อฯ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและครอบครัว ผู้ทรงคุณวุฒิที่ร่วมวิพากษ์และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งบุคลากรทีมสุขภาพทุกท่านในเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วง

References

1. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Parkin DM, Piñeros M, Znaor A, et al. Cancer statistics for the year 2020: An overview. *International Journal of Cancer*. 2021;149:778-89. doi:10.1002/ijc.33588.
2. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2021;71(3):209-49. doi:10.3322/caac.21660.
3. World Health Organization. Palliative care [Internet]. 2020 [cited 2025 Aug 2]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
4. Bova AR. The importance of palliative care in patient therapy. *International Journal of Scientific and Research Publications*. 2017;7(12):556-7.
5. Areia NP, Fonseca G, Major S, Relvas AP. Psychological morbidity in family caregivers of people living with terminal cancer: Prevalence and predictors. *Palliative & Supportive Care*. 2019;17(3):286-93. doi:10.1017/S1478951518000044.
6. Schenker Y, Althouse AD, Rosenzweig M, White DB, Chu E, Smith KJ, et al. Effect of an oncology nurse-led primary palliative care intervention on patients with advanced cancer: The CONNECT cluster randomized clinical trial. *JAMA internal medicine*. 2021;181(11):1451-60. doi:10.1001/jamainternmed.2021.5185.
7. Cerni J, Rhee J, Hosseinzadeh H. End of life palliative care resource utilization in cancer care: A focus on the urban-rural continuum. *Journal of Clinical Oncology*. 2019;17(4):4955. doi:10.1200/jco.2019.37.31_suppl.52.
8. Ministry of Public Health. Ministry of public health strategic plan, fiscal year 2017. Nonthaburi: Office of Policy and Strategy, Ministry of Public Health Thailand; 2017. (in Thai)
9. Health Data Center, Ministry of Public Health, Thailand. Data support service plan (Intermediate & Palliative care) [Internet]. 2025 [cited 2025 Aug 2]. Available from: <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-subcatalog/b08560518ca0ebcaf2016dab69fb38b5>. (in Thai)
10. Walt G, Gilson L. Reforming the health sector: The central role of policy analysis. *Health Policy and Planning*. 1994;9:353-70. doi:10.1093/heapol/9.4.353.



11. Pomrattanakavee P, Srichan T, Seetalarom K, Saichaemchan S, Oer-Areemitr N, Prasongsook N. Impact of interprofessional collaborative practice in palliative care on outcomes for advanced cancer inpatients in a resource-limited setting. *BMC Palliative Care*. 2022;21(1):229. doi:10.1186/s12904-022-01121-0.
12. Sekse RJT, Hunskar I, Ellingsen S. The nurse's role in palliative care: A meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing*. 2017;17(1-2):e21-e38. doi:10.1111/jocn.13912.
13. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University Press; 1988.
14. Ruland CM, Moore SM. Theory construction based on standards of care: A proposed theory of the peaceful end of life. *Nursing Outlook*. 1998;46(4):169-75. doi:10.1016/s0029-6554(98)90069-0.
15. Sapinan L. Manual for palliative care outcome scale: POS. Chiang Mai: Klang Veing Publisher; 2013. (in Thai)
16. Ratanatharathorn V, Sirilerttrakul S, Jirajarus M, Silpakit C, Maneechavakajorn J, Sailamai P, et al. Quality of life, functional assessment of cancer therapy general. *Journal of the Medical Association of Thailand*. 2001;84(10):1430-42. (in Thai)
17. Anseekaew P, Matchim Y, Ratanabunjerdkul H. The effects of an end of life care program on the palliative care outcomes and perceived peaceful end of life among end-stage cancer patients. [thesis]. Bangkok: Thammasat University; 2018. (in Thai)
18. Pimvichai P. The effects of a nurse-led peace program on perceived peaceful end of life and quality of life among head and neck cancer patients ongoing concurrent chemoradiation. [thesis]. Bangkok: Thammasat University; 2022. (in Thai)
19. Nursing Division. Guidelines for collecting nursing service quality development indicators for fiscal year 2020. Bangkok: Nursing Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2019. (in Thai)
20. Rukwong P, Sukwanichchareon K, Rianwathi C. The effect of knowledge management based clinical nursing practice guidelines on prevention of chemotherapy-induced neutropenia in cancer patients. *Journal of Health and Nursing Research*. 2020;36(2):26-37. (in Thai)
21. Nantachaipan P. Case management in palliative care. *Nursing Journal CMU*. 2015;42(1):153-8. (in Thai)
22. Suyasa P. The development of a palliative care system for cancer patients at Na yai am hospital, Chanthaburi province. *The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center*. 2023;40(3):311-9. (in Thai)
23. Luangphimai S. Development of home care for terminally patients supportive Don Chan hospital, Kalasin province. *Academic Journal of Nursing and Health Sciences*. 2023;3(1):44-53. (in Thai)
24. Nuengwongsa M, Sansri N, Kakarndee A, Naruenatthanasat N. The development palliative care system Mahasarakham hospital. *Mahasarakham hospital Journal*. 2024;21(1):216-30. (in Thai)
25. Luangon P, Nakarit K. The development of the palliative care system for end of life patients by using tele-nursing, Ranong hospital. *Journal of Health Research and Innovation*. 2023;6(2):e265471. (in Thai)
26. Wongkalasin K, Matchim Y, Kanhasing R, Kanan P. Effects of end of life care program on illness uncertainty and distressing symptoms in patients with lung cancer. [thesis]. Bangkok: Thammasat University; 2022. (in Thai)



27. Onanong W, Matchim Y, Chatrkaw P, Armer JM. The effects of a peaceful end of life care program on peaceful death as perceived by end-stage cancer patients receiving chemotherapy. *Science & Technology Asia*. 2020;25(3):131–40. (in Thai)
28. Trakoolngamden B, Monkong S, Chaiviboontham S, Satitvipawee P, Runglodvatana Y. Effect of a peaceful end of life care program on perceived good death in people with advanced cancer and their family caregivers. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 2025;10.1097. doi: 10.1097/NJH.0000000000001100.
29. Maneetapo N, Choosri P, Jedsadayanmetha S, Tuandeang P, Sittisart V. Development of a palliative nursing care system. *Journal of Nursing and Health care*. 2022;40(4):e260167. (in Thai)



ผลของโปรแกรมการทำสมาธิต่อการรับรู้ความฉลาดทางอารมณ์ของพยาบาลหัวหน้าเวร ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง

แพรวพลอย วันนา พย.บ.¹

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย ปร.ด.^{2,4}

กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร ส.ด.³

(วันรับบทความ: 9 มิถุนายน พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 19 กรกฎาคม พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ: 23 กรกฎาคม พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความฉลาดทางอารมณ์ของพยาบาลหัวหน้าเวรระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยใน คำนวณขนาดตัวอย่างจากอำนาจการทดสอบ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการทำสมาธิ และกลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรมการทำสมาธิปฏิบัติงานตามปกติ เป็นเวลา 6 สัปดาห์ เลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือวิจัยมี โปรแกรมการทำสมาธิ และแบบสอบถามการรับรู้ความฉลาดทางอารมณ์ ดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเท่ากับ 1.00 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติอ้างอิงเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความฉลาดทางอารมณ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ Paired t-test, Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการทำสมาธิมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความฉลาดทางอารมณ์โดยรวมในระดับมาก ส่วนรายด้าน พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะทางสังคมที่ดีในที่ทำงานมากที่สุด รองลงมาคือการจัดการอารมณ์ในการทำงานและหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้ยังพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความฉลาดทางอารมณ์ ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการทำสมาธิ ทำให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับมีผลต่อความฉลาดทางอารมณ์สำหรับภาวะผู้นำ การมีโปรแกรมทำสมาธิในหน่วยงานส่งผลต่อการปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในผู้นำทางการพยาบาล ดังนั้นจึงเสนอแนะให้ผู้บริหารในองค์กรพยาบาลและองค์กรอื่น ๆ เห็นความสำคัญและพิจารณากำหนดหลักสูตรการทำสมาธิเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของผู้นำทางการพยาบาล และผู้บริหารในองค์กร

คำสำคัญ: โปรแกรมการทำสมาธิ ความฉลาดทางอารมณ์ พยาบาลหัวหน้าเวร

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล

¹นักศึกษาลัทธิสุทธพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

²ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

⁴ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: professorpechnoy@gmail.com Tel: 089-8797469



The Effects of a Meditation Program on the Perceived Emotional Intelligence of Charge Nurses in a Private Hospital

Preawploy Wanna B.N.S.¹

Phechnoy Singchangchai Ph.D.^{2,4}

Kannikar Chatdokmaiprai Dr.P.H.³

(Received Date: June 9, 2025, Revised Date: July 19, 2025, Accepted Date: July 23, 2025)

Abstract

The objective of this quasi-experimental research was to compare the mean scores for the perceived emotional intelligence of charge nurses working in a private hospital between an experimental group and a control group. The sample consisted of 60 charge nurses working in inpatient wards, with the sample size calculated based on the power of the test as determined by power analysis who were recruited using purposive sampling and places into an experimental group (n=30) and a control group (n=30). The experimental group participated in a 6-week meditation program, while the control group received standard care. The research instruments included a meditation program and an emotional intelligence perception questionnaire. The content validity index of the instrument was 1.00 and the Cronbach's alpha coefficient was 0.96. Descriptive statistics (means and standard deviations) and inferential statistics, specifically the Paired t-tests and independent t-tests, were used to compare mean scores of the participants' perceived emotional intelligence.

The research findings showed that the experimental group's overall emotional intelligence perception scores were at a high level after participating in the meditation program. The highest mean score found was related to good social skills at work, followed by emotional management at work. It was found that the experiment group's mean scores for perceived emotional intelligence were significantly higher after the intervention compared to before the intervention ($p < .05$). Additionally, the mean scores for perceived emotional intelligence in the experimental group were significantly higher than in the control group ($p < .05$). These results provide empirical evidence of the meditation program's impact on the emotional intelligence of those in leadership roles. This indicates that having a meditation program in the unit affects the efficiency and effectiveness of nursing administrators' performances in healthcare organizations. Therefore, it is recommended that administrators of nursing organizations and other institutions recognize the significance of these impacts and consider incorporating meditation curricula as an integral part of emotional intelligence development for nursing leaders and other organizational executives.

Keywords: meditation program, emotional intelligence, charge nurse

This article is part of the thesis of Master of Nursing Science program in Nursing Management

¹Student of Master of Nursing Science program in Nursing Management, College of Nursing, Christian University

²Professor, College of Nursing, Christian University of Thailand

³Assistant Professor, College of Nursing, Christian University of Thailand

⁴Corresponding Author Email: professorpechnoy@gmail.com Tel: 089-8797469



บทนำ

พยาบาลหัวหน้าเวร (Charge nurse) มีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการหอผู้ป่วยและเป็นผู้ดำเนินการดูแลผู้ป่วย อย่างไรก็ตามพยาบาลกลุ่มนี้ต้องเผชิญกับความท้าทายทางอารมณ์ที่รุนแรงในแต่ละวัน เนื่องจากต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย การจัดการความวิตกกังวลและความรู้สึกเชิงลบของผู้ป่วย รวมถึงภาระงานที่หนักและความขัดแย้งระหว่างบุคคลภายในทีม¹ สถานการณ์เหล่านี้ส่งผลให้เกิดความเครียด ความเหนื่อยหน่าย และส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงานและคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ในโรงพยาบาลเอกชน พยาบาลหัวหน้าเวรต้องเผชิญกับแรงกดดันเพิ่มเติมจากการให้บริการที่เน้นความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นหลัก² การประเมินผลการปฏิบัติงานรายปีมักรวมถึงสมรรถนะด้านการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ การคิดเชิงบวก และการควบคุมตนเอง ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของความฉลาดทางอารมณ์³ ความฉลาดทางอารมณ์เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานและการเป็นผู้นำที่ดี^{4,5} การศึกษาล่าสุดแสดงให้เห็นว่าพยาบาลที่มีความฉลาดทางอารมณ์สูงมีประสิทธิภาพการทำงานที่ดีกว่า มีความยืดหยุ่นในการรับมือกับความเครียดและมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและเพื่อนร่วมงาน⁶ นอกจากนี้ ยังช่วยป้องกันปัญหาการลาออกหรือการหมดไฟในการทำงาน (Quiet quitting และ Job burnout)⁷ การทำสมาธิ (Meditation) หรือการฝึกสติ (Mindfulness) ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์^{8,9} การศึกษาล่าสุดพบว่าการใช้วิธีการทำสมาธิ (Mindfulness-based interventions: MBIs) สามารถลดความเครียด ความเหนื่อยหน่าย และเพิ่มความยืดหยุ่นทางอารมณ์ในบุคลากรทางการแพทย์^{10,11} การทำสมาธิช่วยพัฒนาการตระหนักรู้ในตนเอง การจัดการอารมณ์ และทักษะทางสังคม ซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักของความฉลาดทางอารมณ์^{12,13}

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าการให้โปรแกรม Meditation มีผลดีต่อความฉลาดทางอารมณ์และสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์¹⁴ และยังมีผลต่อกลไกการทำงานของร่างกาย ต่อประสิทธิภาพการทำงานของสมองกลีบหน้าผากส่วนหน้า (Prefrontal lobe) และสมองส่วนลิมบิก (Limbic) ทำให้สามารถควบคุมอารมณ์ให้คงที่ได้มากขึ้น¹⁵ อย่างไรก็ตาม การศึกษาเฉพาะในกลุ่มพยาบาลหัวหน้าเวรในโรงพยาบาลเอกชนยังมีจำกัด ปัจจุบันยังไม่มีกระบวนการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของพยาบาลหัวหน้าเวรด้วยโปรแกรมการทำสมาธิอย่างชัดเจน การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการทำสมาธิต่อการรับรู้ความฉลาดทางอารมณ์ของพยาบาลหัวหน้าเวรในโรงพยาบาลเอกชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความฉลาดทางอารมณ์ของพยาบาลหัวหน้าเวร ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการทำสมาธิ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความฉลาดทางอารมณ์ของพยาบาลหัวหน้าเวร กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการทำสมาธิ กับกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้ความฉลาดทางอารมณ์ของพยาบาลหัวหน้าเวร หลังทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองได้รับโปรแกรมการทำสมาธิ
2. การรับรู้ความฉลาดทางอารมณ์ของพยาบาลหัวหน้าเวร กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการทำสมาธิ สูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการทำสมาธิต่อการรับรู้ความฉลาดทางอารมณ์ ออกแบบโปรแกรมโดยใช้แนวคิดของ Sharma¹⁶ ประกอบไปด้วย 1) การเตรียมร่างกาย (Physical body) 2) เตรียมความพร้อมด้านจิตใจให้ระลึกถึงคุณภาพการทำงาน (Inner faculty) และ 3) การดึงความรู้สึกภายในตนเองในการมีสมาธิในการทำงาน (Deep inner self) ต่อการรับรู้ความฉลาดทางอารมณ์ของพยาบาลหัวหน้าเวร ตามทฤษฎีของ Goleman¹⁷ ประกอบไปด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1) การตระหนักรู้ในตัวเอง (Self-awareness) 2) การจัดการอารมณ์ (Managing emotion) 3) การสร้างแรงบันดาลใจกับตัวเอง (Motivation oneself) 4) ความเข้าอกเข้าใจผู้อื่น (Empathy) และ 5) ทักษะทางสังคม (Social skill) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest-posttest design)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลหัวหน้าเวร (Charge nurse) เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานทางการพยาบาล 1 ปีขึ้นไป ที่เคยมีประสบการณ์การเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร ในโรงพยาบาลเอกชนระดับตติยภูมิ ขนาด 120 เตียง จำนวน 2 โรงพยาบาล และเพื่อลด Contamination และมีบริบทใกล้เคียงกัน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลหัวหน้าเวร (Charge nurse) จำนวน 60 คน การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) ผู้วิจัยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) 0.60 โดยกำหนดขนาดของอิทธิพลของประชากร (Effect size) ระดับ 0.60¹⁸ และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n) ที่ 27 คน และกำหนดอัตราการสูญเสียของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10¹⁹ เท่ากับ 3 คน ดังนั้นได้กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ในการกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง และในกลุ่มทดลองมีจำนวนกลุ่มพยาบาลหัวหน้าเวร จำนวน 35 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ได้แก่การจับฉลากแบบไม่คืนที่²⁰ (Sampling without re-placement)

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานทางการพยาบาลมากกว่า 1 ปีขึ้นไป และไม่เป็นผู้จัดการแผนก 2) สนใจเข้าร่วมในการให้ข้อมูลเพื่อการวิจัยและสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบกระบวนการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) พยาบาลหัวหน้าเวร (Charge nurse) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการทำสมาธิได้แบบต่อเนื่อง 2) พยาบาลหัวหน้าเวร (Charge nurse) ที่ลาป่วย ลาคลอดบุตร ลาศึกษาต่อ ลาออก และไม่อยู่ในช่วงการทำวิจัย



3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการทำสมาธิ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยจัดทำคู่มือโปรแกรมการทำสมาธิตามแนวคิดของ Sharma¹⁶ ประกอบด้วย การเตรียมร่างกาย (Physical body) เตรียมความพร้อมด้านจิตใจให้ระลึกถึงคุณภาพการทำงาน (Inner faculty) และการดึงความรู้สึกภายในตนเองในการมีสมาธิในการทำงาน (Deep inner self) โดยโปรแกรมมีระยะเวลา 6 สัปดาห์ จัดอบรมเชิงปฏิบัติการทุกสัปดาห์ ๆ ละ 1 ชั่วโมง 30 นาที และให้กลับบ้านปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินการรับรู้ความฉลาดทางอารมณ์สำหรับพยาบาลหัวหน้าเวร ประกอบไปด้วยเนื้อหา 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบไปด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ประสบการณ์ การปฏิบัติงานพยาบาลหัวหน้าเวร ประสบการณ์การทำสมาธิ และวิธีการจัดการกับอารมณ์ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้ความฉลาดทางอารมณ์ (Perceptual emotional intelligent) ซึ่งประยุกต์มาจากข้อคำถามที่สร้างขึ้นจากทฤษฎีความฉลาดทางอารมณ์ของ Goleman¹⁷ ประกอบไปด้วย 5 ด้าน ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ แบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert) ทั้งหมด 50 ข้อคำถาม ด้านละ 10 ข้อคำถาม โดยใช้เกณฑ์การแปลผล ระดับคะแนนเฉลี่ยแต่ละด้าน ประกอบไปด้วย 5 ระดับ ดังนี้

- | | |
|------------|---|
| 4.5 - 5.00 | หมายถึงการรับรู้ความฉลาดทางอารมณ์ระดับมากที่สุด |
| 3.5 - 4.49 | หมายถึง การรับรู้ความฉลาดทางอารมณ์ระดับมาก |
| 2.5 - 3.49 | หมายถึง การรับรู้ความฉลาดทางอารมณ์ระดับปานกลาง |
| 1.5 - 2.49 | หมายถึง การรับรู้ความฉลาดทางอารมณ์ระดับน้อย |
| 1.0 - 1.49 | หมายถึง การรับรู้ความฉลาดทางอารมณ์ระดับน้อยมาก |

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ 1) แบบการรับรู้ความฉลาดทางอารมณ์ของพยาบาลหัวหน้าเวร ผ่านการตรวจสอบด้วยค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (Scale-Content Validity Index: S-CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบไปด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการทำสมาธิ 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านความฉลาดทางอารมณ์ 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารทางการพยาบาล 1 ท่าน ได้ค่า S-CVI = 1 โดยมีการแก้ไขค่าในข้อคำถาม²⁰ 2) ความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้ทำวิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงให้มีความเที่ยงตรงแล้วได้นำไปทดสอบก่อนการนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ชุด โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค = 0.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ดำเนินการหลังได้รับหนังสือรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

- 1) ผู้วิจัยได้เสนอโครงการนี้แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
- 2) ภายหลังผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน ผู้วิจัยติดต่อประสานงาน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
- 3) เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยได้คัดเลือกประชากรกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด
- 4) หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นัดพบกลุ่มตัวอย่างเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์รายละเอียดของวิจัย สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยที่จะได้รับและการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานแต่อย่างใด ผู้วิจัยให้สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจได้ด้วยตนเองโดยมีเวลาในการตัดสินใจได้อย่างอิสระ



5) ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยเซ็นยินยอมในแบบฟอร์มยินยอม ให้ทำการวิจัย (Informed consent form) โดยทราบว่าข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ

2. ขั้นตอนการดำเนินการในกลุ่มทดลอง

1) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองในกลุ่มทดลอง โดยให้ตอบแบบสอบถาม 1 ชุด ได้แก่ แบบประเมินการรับรู้ความฉลาดทางอารมณ์ของพยาบาลหัวหน้าเวร

2) ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยใช้โปรแกรมการทำสมาธิในกลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมการเตรียมความพร้อม โดยการประชุม การประเมินปัญหา ศึกษารูปแบบการทำสมาธิ จัดทำคู่มือโปรแกรมการทำสมาธิ และประเมินการรับรู้ความฉลาดทางอารมณ์โดยการทำแบบสอบถาม ครั้งที่ 1 คือ Pre-test

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมการฝึกสติในที่ทำงาน กลุ่มทดลองเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการการทำสมาธิ ในพยาบาลหัวหน้าเวรโดยวิทยากร ผู้เชี่ยวชาญด้านการทำสมาธิ แจ้งวัตถุประสงค์ ข้อตกลงผู้เข้าร่วมงานวิจัยจะต้องเข้าอบรมสัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 1.5 ชั่วโมง และต้องทำการบ้านในที่ทำงานทุกวัน วันละ 1-3 กิจกรรม โดยการฝึกสติในกิจกรรมในที่ทำงาน 1-3 กิจกรรม และทำสมาธิวันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 5 นาที ตามที่ได้รับมอบหมาย เลิกประชุมและนัดหมายครั้งต่อไปอีก 1 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการโดยวิทยากรผู้เชี่ยวชาญด้านการทำสมาธิ โดยเริ่มด้วยการทบทวนการบ้าน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิทยากรบรรยาย ฝึกปฏิบัติ มอบหมายการบ้าน เลิกประชุมและนัดหมายครั้งต่อไปอีก 1 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 4 และ 5 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการโดยผู้เชี่ยวชาญการทำสมาธิ อบรมเชิงปฏิบัติการ เริ่มด้วยการทบทวนการบ้าน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ มอบหมายการบ้าน จบการอบรมและนัดหมายครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 6 ทำการประเมินการทำสมาธิ แจกแบบสอบถามประเมินผลหลังเข้าร่วมโปรแกรมทบทวนการทำสมาธิทั้งหมด และผู้วิจัยติดตามการปฏิบัติการทำสมาธิ ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกความคิดเห็นจากผู้เข้าร่วมอภิปรายเพื่อนำไปเป็นข้อมูลในการปรับปรุงแก้ไขต่อไป ผู้วิจัยแจกแบบประเมินการรับรู้ความฉลาดทางอารมณ์ของพยาบาลหัวหน้าเวรทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ครั้งที่ 2 (Post-test) และเก็บคืนหลังเสร็จสิ้น 6 วัน²¹

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติเชิงอนุมาน ใช้ทดสอบสมมติฐาน การเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ได้ทดสอบความเป็นอิสระของกลุ่มทดลองกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระต่อกัน ($p > .05$) และทดสอบการกระจายเป็นโค้งปกติด้วย Shapiro-Wilk test ($p > .05$) การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความฉลาดทางอารมณ์ของพยาบาลหัวหน้าเวรในโรงพยาบาลเอกชน ก่อนและหลังของกลุ่มทดลอง ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ใช้สถิติที่แบบสองกลุ่มสัมพันธ์กัน (Dependent t-test) และเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความฉลาดทางอารมณ์ของพยาบาลหัวหน้าเวร ก่อนและหลัง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมใช้สถิติแบบสองกลุ่ม อิสระต่อกัน (Independent t-test)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน เลขที่ น.30/2567 เมื่อวันที่ 6 ธันวาคม พ.ศ. 2567 และได้ดำเนินการเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้อธิบายถึง วัตถุประสงค์ของการศึกษา และขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรผ่านแบบฟอร์มให้ความยินยอม (Informed consent form) และกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งยุติก่อนสิ้นสุดการศึกษาได้ตลอดเวลาและข้อมูลทุกอย่างจะถูกปิดเป็นความลับ ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์สำหรับการศึกษามีข้อสงสัยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา



ผลการวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการทำสมาธิต่อการรับรู้ความฉลาดทางอารมณ์ของพยาบาลหัวหน้าเวร ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษามีรายละเอียด ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนและ ร้อยละ ของพยาบาลวิชาชีพ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามลักษณะทั่วไปและค่าสถิติทดสอบ ความอิสระของกลุ่มทดลอง ($n_1 = 30$) และกลุ่มควบคุม ($n_2 = 30$)

ข้อมูลส่วนบุคคล (Personal Information)	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2 (p -value)
	จำนวน ($n_1 = 30$)	ร้อยละ	จำนวน ($n_2 = 30$)	ร้อยละ	
อายุ (Age) (ปี)					0.88
Generation Z (18 - 26 ปี)	6	20.00	4	13.30	
Generation Y (27 - 42 ปี)	21	70.00	24	80.00	
Generation X (43 - 58 ปี)	3	10.00	2	6.70	
(Mean ₁ = 32.20, S.D. ₁ = 5.96, Max ₁ = 46, Min ₁ = 24)					
(Mean ₂ = 32.83, S.D. ₂ = 5.96, Max ₂ = 45, Min ₂ = 24)					
วุฒิการศึกษา (Education)					-
ปริญญาตรี	30	100	30	100	
ประสบการณ์การทำงานเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร (Experience as a Charge Nurse) (ปี)					0.60
1 - 5 ปี	10	33.30	17	56.70	
6 - 10 ปี	13	43.30	10	33.30	
11 - 15 ปี	4	13.30	3	10.00	
16 - 20 ปี	3	10.00	-	-	
(Mean ₁ = 7.90, S.D. ₁ = 4.95, Max ₁ = 20, Min ₁ = 1)					
(Mean ₂ = 6.20, S.D. ₂ = 3.70, Max ₂ = 15, Min ₂ = 1)					
ประสบการณ์การทำสมาธิ (Meditation Experience)					0.60
ไม่เคย	15	50.00	15	50.00	
เคย	15	50.00	15	50.00	
ระยะเวลาการทำสมาธิ (Duration of Meditation Practice) อย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์อย่างสม่ำเสมอ					0.06
ไม่เคยทำสมาธิ	15	50.00	15	50.00	
ไม่เกิน 1 เดือน	6	20.00	6	20.00	
เคยทำสมาธิ 1 - 3 เดือน	9	30.00	2	6.70	
เคยทำสมาธิ 4 - 6 เดือน	-	-	1	3.30	
เคยทำสมาธิ 7 เดือน - 1 ปี	-	-	4	13.30	
เคยทำสมาธิ 1 ปีขึ้นไป	-	-	2	6.70	



ข้อมูลส่วนบุคคล (Personal Information)	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2 (p-value)
	จำนวน (n ₁ = 30)	ร้อยละ	จำนวน (n ₂ = 30)	ร้อยละ	
วิธีการจัดการอารมณ์เมื่อมีสถานการณ์เชิงลบในที่ทำงาน (Strategies for emotional regulation in negative workplace situations)					0.85
วิธีที่ 1 หาทางระบายความรู้สึก	15	50.00	13	43.30	
วิธีที่ 2 มองหาสาเหตุของปัญหา	6	20.00	15	50.00	
วิธีที่ 3 ฝึกสมาธิและทำจิตใจให้สงบ	6	20.00	1	3.30	
วิธีที่ 4 ขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ	3	10.00	1	3.30	

จากตารางที่ 1 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า เป็นเพศหญิงทั้งหมดร้อยละ 100 และส่วนใหญ่เจนเนอเรชันวาย (Generation Y) (ร้อยละ 70, 80) มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีทั้งหมดร้อยละ 100 ในกลุ่มทดลองมีประสบการณ์การทำงานเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรมากที่สุดอยู่ในช่วง 6 - 10 ปี คือ ร้อยละ 43.30 ส่วนกลุ่มควบคุมมากที่สุดอยู่ในช่วง 1 - 5 ปี ร้อยละ 56.70 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเคยและไม่เคยมีประสบการณ์การทำสมาธิในอัตราส่วนเท่ากัน ร้อยละ 50 ทั้งสองกลุ่มมีระยะเวลาที่ทำสมาธิมากที่สุด คือระยะเวลาไม่เกิน 1 เดือนเท่ากัน โดยทำสมาธิอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 20 และทุกคนมีวิธีการจัดการกับอารมณ์ในสถานการณ์เชิงลบในที่ทำงาน มากที่สุดคือหาทางระบายความรู้สึก ร้อยละ 50 ส่วนกลุ่มควบคุมมีวิธีที่มากที่สุดคือมองหาสาเหตุของปัญหาร้อยละ 50 และได้ทดสอบความเป็นอิสระของกลุ่มตัวอย่างด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) ผลการวิเคราะห์ ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p > .05$)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ความฉลาดทางอารมณ์โดยรวมของพยาบาลหัวหน้าเวร ก่อน - หลังได้รับโปรแกรมการทำสมาธิ

กลุ่มตัวอย่าง	Mean	S.D.	แปลผล	t	p-value
กลุ่มทดลอง (Experimental group)	4.12	0.22	มาก	10.78	.000
กลุ่มควบคุม (Control group)	3.42	0.27	ปานกลาง		

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการทำสมาธิ พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความฉลาดทางอารมณ์โดยรวมอยู่ระดับมาก (Mean₁ = 4.12, S.D.₁ = 0.22) ในขณะที่กลุ่มควบคุมหลังผ่านไป 6 สัปดาห์โดยปฏิบัติตัวในการทำงานปกติ มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความฉลาดทางอารมณ์อยู่ระดับปานกลางดังเดิม (Mean₂ = 3.42, S.D.₂ = 0.27) เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติแล้วพบว่า การรับรู้ความฉลาดทางอารมณ์โดยรวมมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)



ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ความฉลาดทางอารมณ์รายด้านของพยาบาลหัวหน้าเวร
หลังได้รับโปรแกรมการทำสมาธิ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ข้อ	ความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Intelligence)	กลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรม			กลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรม			t	p-value
		Mean ₁	S.D. ₁	แปลผล	Mean ₂	S.D. ₂	แปลผล		
1.	การตระหนักรู้ในตัวเองเกี่ยวกับการทำงาน (Self-awareness)	4.10	0.25	มาก	3.46	0.26	ปานกลาง	9.56	.000
2.	การจัดการอารมณ์ในการทำงาน (Managing emotion)	4.14	0.27	มาก	3.35	0.42	ปานกลาง	7.28	.000
3.	การสร้างแรงบันดาลใจให้กับตนเองในการทำงาน (Motivation oneself)	4.03	0.27	มาก	3.46	0.26	ปานกลาง	9.73	.000
4.	ความเข้าใจในการทำงานร่วมกับผู้อื่น (Empathy)	4.09	0.31	มาก	3.29	0.44	ปานกลาง	8.04	.00จ
5.	การมีทักษะทางสังคมที่ดีในที่ทำงาน (Social skill)	4.24	0.29	มาก	3.56	0.40	มาก	7.52	.000

จากตารางที่ 3 พบว่า หลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการทำสมาธิ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความฉลาดทางอารมณ์ ทั้งสองกลุ่มมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือด้านการมีทักษะทางสังคมที่ดีในที่ทำงาน อยู่ในระดับมาก (Mean₁ = 4.24, S.D.₁ = 0.29) (Mean₂ = 3.56, S.D.₂ = 0.40) ด้านที่ค่าคะแนนเฉลี่ยที่น้อยที่สุดคือ ด้านการสร้างแรงบันดาลใจให้กับตนเองในการทำงานอยู่ในระดับมาก (Mean₁ = 4.03, S.D.₁ = 0.27) กลุ่มควบคุมด้านที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือ ด้านความเข้าใจในการทำงานร่วมกับผู้อื่นระดับปานกลาง (Mean₂ = 3.29, S.D.₂ = 0.44) เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติแล้ว พบว่าการรับรู้ความฉลาดทางอารมณ์รายด้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ความฉลาดทางอารมณ์ของพยาบาลหัวหน้าเวร
ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการทำสมาธิของกลุ่มทดลอง

ความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Intelligence)	Mean ₁	S.D. ₁	แปลผล	t	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรมการทำสมาธิ (Pre- meditation program)	3.34	0.21	ปานกลาง	14.78	.000
หลังได้รับโปรแกรมการทำสมาธิ (Post- meditation program)	4.12	0.22	มาก		

จากตารางที่ 4 พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการทำสมาธิของกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความฉลาดทางอารมณ์โดยรวม ระดับปานกลาง (Mean₁ = 3.34, S.D.₁ = 0.21) แต่หลังได้รับโปรแกรมการทำสมาธิ พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความฉลาดทางอารมณ์โดยรวมเพิ่มมากขึ้น ระดับมาก (Mean₁ = 4.12, S.D.₁ = 0.22) เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติแล้ว พบว่าการรับรู้ความฉลาดทางอารมณ์โดยรวมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)



ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ความฉลาดทางอารมณ์รายด้านของพยาบาลหัวหน้าเวร ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการทำสมาธิของกลุ่มทดลอง

ข้อ ความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Intelligence)	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม			t	p-value
	Mean ₁	S.D. ₁	แปลผล	Mean ₂	S.D. ₂	แปลผล		
1. การตระหนักรู้ในตัวเองเกี่ยวกับการทำงาน (Self-awareness)	3.48	0.25	ปานกลาง	4.10	0.25	มาก	10.34	.000
2. การจัดการอารมณ์ในการทำงาน (Managing emotion)	3.32	0.40	ปานกลาง	4.14	0.27	มาก	9.64	.000
3. การสร้างแรงบันดาลใจให้กับตนเองใน การทำงาน (Motivation oneself)	3.26	0.29	ปานกลาง	4.03	0.27	มาก	10.21	.00จ
4. ความเข้าอกเข้าใจในการทำงานร่วมกับผู้อื่น (Empathy)	3.33	0.34	ปานกลาง	4.09	0.31	มาก	10.24	.00จ
5. การมีทักษะทางสังคมที่ดีในที่ทำงาน (Social skill)	3.33	0.34	ปานกลาง	4.24	0.29	มาก	11.97	.000

จากตารางที่ 7 พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความฉลาดทางอารมณ์ของพยาบาลหัวหน้าเวรรายด้าน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการทำสมาธิเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความฉลาดทางอารมณ์เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมากทั้ง 5 ด้าน ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ การมีทักษะทางสังคมที่ดีในที่ทำงานก่อนระดับปานกลาง ($Mean_1 = 3.33, S.D._1 = 0.34$) เป็นระดับมาก ($Mean_2 = 4.24, S.D._2 = 0.29$) รองลงมาคือ การรับรู้การจัดการอารมณ์ในการทำงาน ก่อนระดับปานกลาง ($Mean_1 = 3.32, S.D._1 = 0.40$) เป็นระดับมาก ($Mean_2 = 4.14, S.D._2 = 0.27$) ถัดมาคือ การตระหนักรู้ในตัวเองเกี่ยวกับการทำงาน จากระดับปานกลาง ($Mean_1 = 3.48, S.D._1 = 0.25$) เป็นระดับมาก ($Mean_2 = 4.10, S.D._2 = 0.25$) และความเข้าอกเข้าใจในการทำงานร่วมกับผู้อื่น จากระดับปานกลาง ($Mean_1 = 3.33, S.D._1 = 0.34$) เป็นระดับมาก ($Mean_2 = 4.09, S.D._2 = 0.31$) และระดับน้อยที่สุด คือ ค่าคะแนนเฉลี่ยการสร้างแรงบันดาลใจให้กับตนเองในการทำงานระดับปานกลาง ($Mean_1 = 3.26, S.D._1 = 0.29$) เป็นระดับมาก ($Mean_2 = 4.03, S.D._2 = 0.27$) โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผล

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการทำสมาธิมีประสิทธิภาพสูงในการเพิ่มการรับรู้ความฉลาดทางอารมณ์ของพยาบาลหัวหน้าเวรทั้งในภาพรวมและทุกด้านย่อย ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาล่าสุดที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่าง Mindfulness และความฉลาดทางอารมณ์ในบุคลากรทางการแพทย์¹⁵ ผลการอภิปรายผลแต่ละด้านของการจัดการอารมณ์มีรายละเอียด ดังนี้

ด้านทักษะทางสังคม ที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($Mean = 4.24$) สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการสื่อสารและการทำงานเป็นทีมในบทบาทผู้นำ ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Oweidat และคณะ²² ที่พบว่าความฉลาดทางอารมณ์ด้าน Emotional awareness of others มีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด การที่พยาบาลหัวหน้าเวรส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงาน 6 -10 ปี อาจทำให้มีการพัฒนาทักษะการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงานและผู้ป่วยมาแล้วในระดับหนึ่ง การทำสมาธิ ช่วยเพิ่มความฉลาดทางอารมณ์ ด้านการมีทักษะทางสังคมของพยาบาลหัวหน้าเวรในที่ทำงานเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้องค์กรมีบรรยากาศการทำงานที่ดี มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ



ด้านการจัดการอารมณ์ ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang และคณะ¹¹ ที่พบว่า Mindfulness-based interventions มีประสิทธิภาพในการลดความเครียดและภาวะหมดไฟในพยาบาล โรงพยาบาลเอกชนที่เน้นความพึงพอใจของผู้รับบริการทำให้พยาบาลต้องจัดการกับอารมณ์ของตนเองและผู้อื่นอย่างระมัดระวัง การทำสมาธิช่วยพัฒนาความสามารถในการรับรู้อารมณ์และจัดการได้อย่างเหมาะสม

ด้านการตระหนักรู้ในตัวเอง มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มมากที่สุด (Cohen's $d = 2.52$) ซึ่งเป็นไปตามที่คาดหวัง เนื่องจากการทำสมาธิมุ่งเน้นการพัฒนาการตระหนักรู้ในปัจจุบันขณะ (present moment awareness) เป็นหลัก²³ การศึกษาของ Othman และคณะ²⁴ พบผลลัพธ์ที่คล้ายคลึงกันในพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต ที่ดูแลผู้ป่วย COVID-19

ด้านการสร้างแรงบันดาลใจกับตัวเอง แม้จะมีคะแนนต่ำสุดจึงต้องการปรับปรุงอย่างมีนัยสำคัญ ผลลัพธ์นี้สำคัญเป็นพิเศษสำหรับพยาบาล Generation Y ที่เป็นกลุ่มใหญ่ในการศึกษานี้ เนื่องจากกลุ่มนี้มักมีความต้องการในการเติบโตและพัฒนาตนเองสูง²³ การทำสมาธิช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจภายในและความมุ่งมั่นในการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Fadli และคณะ²⁵ ที่พบว่าแรงบันดาลใจในการทำงานส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนด้านความเข้าอกเข้าใจผู้อื่น (Empathy) มีการปรับปรุงอย่างชัดเจน ซึ่งมีความสำคัญต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย การศึกษาของ Jiménez-Picón และคณะ¹⁴ ชี้ให้เห็นว่าความสัมพันธ์ระหว่าง Mindfulness และความฉลาดทางอารมณ์ช่วยเป็นปัจจัยป้องกันสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ การเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้อื่นเป็นพื้นฐานสำคัญของการดูแลแบบองค์รวมและการสร้างความไว้วางใจกับผู้ป่วย

ผลการวิจัย พบว่า การรับรู้ความฉลาดทางอารมณ์ของพยาบาลหัวหน้าเวร ในกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการทำสมาธิสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ผลการวิจัยข้างต้นแสดงให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของความฉลาดทางอารมณ์ของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการทำสมาธิระดับมาก ($Mean_1 = 4.12, S.D._1 = 0.22$) และคะแนนเฉลี่ยของความฉลาดทางอารมณ์ของกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง ($Mean_2 = 3.42, S.D._2 = 0.27$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Li และคณะ²⁶ พบว่าความฉลาดทางอารมณ์ของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ในกลุ่มตัวอย่างพยาบาลส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงาน กลุ่มทดลองอยู่ในช่วง 6-10 ปี ร้อยละ 43.30 กลุ่มควบคุมช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 56.70 ในระยะเวลาของประสบการณ์การเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร และลักษณะงานมีผลต่ออารมณ์ ส่งผลให้พยาบาลหัวหน้าเวรส่วนใหญ่มักเจอสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่ออารมณ์ รวมถึงประสบการณ์การจัดการสถานการณ์ต่างๆ ที่มีผลกระทบทางอารมณ์ในที่ทำงาน ทำให้พยาบาลส่วนใหญ่มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะด้านการตระหนักรู้ในตนเอง และการจัดการกับอารมณ์ของตนเอง อย่างไรก็ตามมีการศึกษาจำนวนมากที่ชี้ให้เห็นว่ายิ่งผู้นำที่มีความฉลาดทางอารมณ์มากขึ้น ก็จะส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน²⁷ และประสิทธิผลสำหรับผู้บริหารในองค์กรพยาบาล ทำให้องค์กรสามารถบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ ความฉลาดทางอารมณ์ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วย คุณภาพการบริการ ความสัมพันธ์ของทีม เป็นขวัญกำลังใจของทีมงาน ส่งเสริมการปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่น ทั้งเพื่อนร่วมงาน บุคลากรอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ ตลอดจนให้บริการแก่ผู้รับบริการให้เป็นไปในทางที่ดีช่วยให้คุณภาพการพยาบาลในภาพรวมเป็นไปในทางบวก สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตนา ไพบูลย์ธนานนท์ และคณะ²⁸

เมื่อพิจารณารายรวมและรายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความฉลาดทางอารมณ์ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความฉลาดทางอารมณ์ โดยรวมอยู่ระดับปานกลาง ($Mean_1 = 3.34, S.D._1 = 0.21$) และ ($Mean_2 = 3.36, S.D._2 = 0.20$) ตามลำดับ และหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความฉลาดทางอารมณ์เพิ่มมากขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมากทุกด้าน แต่กลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยทั้งรายรวมและรายด้านยังคงอยู่ระดับปานกลาง แต่ในด้านทักษะทางสังคมที่ดีในที่ทำงาน พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ระดับมากเช่นเดียวกัน (ตารางที่ 3) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์การเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรที่มีประสบการณ์มากสุดอยู่ในช่วง 6-10 ปี ร้อยละ 43.30 อาจจะทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ด้านทักษะทางสังคมของกลุ่มควบคุมสูงขึ้นด้วยได้ และระยะเวลาการทำงานมีผลต่อการสร้างความผูกพัน (Building bonds) ซึ่งเป็นส่วนประกอบหนึ่งของทักษะทางสังคม กล่าวคือการพุ่มพักสายสัมพันธ์ในการทำงาน สร้างความสัมพันธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อทั้งสองฝ่าย ทำให้เกิดความสนิทสนมมีทักษะทางสังคมที่ดีในที่ทำงานเพิ่มมากขึ้น



ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะจากการวิจัย

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ ได้นำผลการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการทำสมาธิต่อการรับรู้ความฉลาดทางอารมณ์ของพยาบาล หัวหน้าเวร ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง โดยผู้วิจัยมีข้อจำกัด และข้อเสนอแนะ ดังนี้

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้ได้ศึกษาเฉพาะในโรงพยาบาลเอกชนเพียงสองแห่ง ซึ่งมีลักษณะเฉพาะที่อาจแตกต่างจากโรงพยาบาลรัฐหรือโรงพยาบาลในสังกัดอื่น ๆ จึงไม่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรทั้งหมดได้

ข้อเสนอแนะงานวิจัย

1. ด้านการบริหาร

1) ผู้บริหารในองค์กรทุกประเภท โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์กรพยาบาล ควรกำหนดนโยบายและพิจารณาบรรจุหลักสูตรการทำสมาธิเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลในทุกระดับ ตั้งแต่ผู้บริหารระดับต้นจนถึงระดับสูง การนำโปรแกรมการทำสมาธิมาประยุกต์ใช้ถือเป็นการลงทุนที่มีต้นทุนต่ำ แต่มีประสิทธิภาพสูงในการเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ ซึ่งส่งผลดีต่อทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตของบุคลากร

2) องค์กรควรสร้างวัฒนธรรมที่ส่งเสริมการพัฒนาด้านจิตใจและสนับสนุนสุขภาวะทางจิต (Mental health) ของบุคลากร เพื่อเป็นรากฐานสำคัญในการยกระดับคุณภาพชีวิตและประสิทธิภาพการทำงานในระยะยาว

2. ด้านบริการ โรงพยาบาลเอกชน หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถออกแบบบริการแก่ผู้รับบริการ โดยเฉพาะกลุ่มบุคคลที่มีความเครียด เพื่อใช้การทำสมาธิเป็นแนวทางการเยียวยาเฉพาะกลุ่ม

3. งานวิจัยในครั้งต่อไป ควรพิจารณาเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้ใหญ่ขึ้น และขยายขอบเขตการศึกษาไปยังโรงพยาบาลหลายแห่ง รวมถึงโรงพยาบาลรัฐ เพื่อเพิ่มความสามารถในการสรุปอ้างอิงผล (Generalizability) ของโปรแกรมการทำสมาธิให้ครอบคลุมและเป็นตัวแทนของประชากรได้ดียิ่งขึ้น รวมถึงการขยายไปในแผนกอื่นๆ ที่มีสถานการณ์ที่มีผลต่ออารมณ์อย่างมาก เช่น แผนกฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยวิกฤต และกึ่งวิกฤต

References

1. Delgado C, Upton D, Ranse K, Furness T, Foster K. Nurses' resilience and the emotional labour of nursing work: An integrative review of empirical literature. *International Journal of Nursing Studies*. 2017;70:71-88. doi:10.1016/j.ijnurstu.2017.02.004
2. Jedaman P. Human resource management using heart and brain. Bangkok: Sutphaisal Builder; 2013. (in Thai)
3. Charoenboon V. Effects of a preparation program for head nurse role in a tertiary hospital under the Ministry of Public Health Medical Affairs [Master's thesis]. Nakhon Pathom: Christian University of Thailand; 2016. (in Thai)
4. Carragher J, Gormley K. Leadership and emotional intelligence in nursing and midwifery education and practice: a discussion paper. *Journal of Advanced Nursing*. 2017;73(1):85-96. doi:10.1111/jan.13141
5. Cherniss C, Goleman D. *The emotionally Intelligent Workplace*. San Francisco: Jossey-Bass; 2001.
6. Turjuman F, Alilyyani B. emotional intelligence among nurses and its relationship with their performance and work Engagement: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*. 2023;2023:5543299. doi:10.1155/2023/5543299



7. Galanis P, Katsiroumpa A, Moisoglou I, Kalogeropoulou M, Gallos P, Vraika I. Emotional intelligence protects nurses against quiet quitting, turnover intention, and job burnout. *AIMS Public Health*. 2024;11(2):601-13. doi:10.3934/publichealth.2024030
8. Khoury B, Lecomte T, Fortin G, Masse M, Therien P, Bouchard V, et al. Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2013;33(6):763-71. doi:10.1016/j.cpr.2013.05.005.
9. Van der Riet P, Levett-Jones T, Aquino-Russell C. The effectiveness of mindfulness meditation for nurses and nursing students: An integrated literature review. *Nurse Education Today*. 2018;65:201-211. doi:10.1016/j.nedt.2018.03.018.
10. Ramachandran HJ, Bin Mahmud MS, Rajendran P, Jiang Y, Cheng L, Wang W. Effectiveness of mindfulness-based interventions on psychological well-being, burnout and post-traumatic stress disorder among nurses: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*. 2023;32(11-12):2323-38. doi:10.1111/jocn.16265.
11. Wang Q, Wang F, Zhang S, Liu C, Feng Y, Chen J. Effects of a mindfulness-based interventions on stress, burnout in nurses: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*. 2023;3;14:1218340. doi:10.3389/fpsyt.2023.1218340
12. Dahl CJ, Lutz A, Davidson RJ. Reconstructing and deconstructing the self: Cognitive mechanisms in meditation practice. *Trends in Cognitive Sciences*. 2015;19(9):515-23. doi: 10.1016/j.tics.2015.07.001.
13. Landry D. Meditation and cognitive function research study [master's thesis]. Norfolk (VA): Old Dominion University; 2021.
14. Jimenez-Picon N, Romero-Martín M, Ponce-Blandón JA, Rodríguez-Nogueira O, Zagalaz-Anula N, García-Guillén RM, et al. The Relationship between mindfulness and emotional intelligence as a protective factor for healthcare professionals: Systematic review. *International journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(10):5491. doi:10.3390/ijerph18105491
15. Lutz A, Greischar LL, Rawlings NB, Ricard M, Davidson RJ. Long-term meditators self-induce high-amplitude gamma synchrony during mental practice. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2004;101(46):16369-73. doi:10.1073/pnas.0407401101.
16. Sharma H. Meditation: Process and effect. *An International Quarterly Journal of Research in Ayurveda*. 2015;36(3):233-7. doi:10.4103/0974-8520.182756
17. Goleman D. Working with emotional intelligence. New York: Bantam Books; 1998.
18. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
19. Polit DF, Hungler BP. Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
20. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. 9th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2012.



21. Lynch M, McGrath J, Fleming C. Mantra meditation programme for emergency department staff: A qualitative study. *BMJ Open*. 2017;7(12):e020685. doi:10.1136/bmjopen-2017-020685.
22. Oweidat I, Alzoubi M, Shosha G, Ta'an W, Khalifeh A, Alzoubi M, et al. Relationship between emotional intelligence and quality of healthcare among nurses. *Frontiers in Psychology*. 2024;15:1423235. doi:org/10.3389/fpsyg.2024.1423235
23. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology Science and Practice*. 2003;10(2):144-56. doi:10.1093/clipsy.bpg016
24. Othman SY, Hassan NI, Mohamed AM. Effectiveness of mindfulness-based interventions on burnout and self-compassion among critical care nurses caring for patients with COVID-19: A quasi-experimental study. *BMC Nurse*. 2023;22:305. doi:10.1186/s12912-023-01466-8.
25. Fadli M, Modding B, Mapparenta, Ramlawati, Zakari J. The influence of work motivation, emotional intelligence, and competence on occupation satisfaction through work achievement in the library service in South Sulawes. *International Journal of Professional Business Review*. 2023;8(6):2306. doi:10.26668/businessreview/2023.v8i6.2306
26. Li MW, Supamanee T, Chitpakdee B. Emotional intelligence and work-related stress of nurses in the people's hospitals of Dali, the People's Republic of China. *Nursing Journal CMU*. 2020;47(2):476-85. (in Thai)
27. O'Boyle EH Jr, Humphrey RH, Pollack JM, Hawver TH, Story PA. The relation between emotional intelligence and job performance: A meta-analysis. *J Organ Behav*. 2011;32(5):788-818.
28. Paiboonatananon J, Petpichetchian W, Wannasuntas S. The ways towards improvement of emotional intelligence in the nursing profession. *Journal of Health and Nursing Research*. 2019;35(1):1-12. (in Thai)



การรับรู้และทัศนคติเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาเพื่อการรักษาทางการแพทย์ ของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลในชุมชนชนบท จังหวัดภาคกลาง

จอนพะจง เฟื่องจิตต์ ปร.ด.¹

ปานจันทร์ ฐานานุกูลศักดิ์ ปร.ด.^{2,4}

สุชาดา ทวีสิทธิ์ ปร.ด.³

(วันรับบทความ : 1 กันยายน พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 21 ตุลาคม พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ: 29 ตุลาคม พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การตัดสินใจเลือกการดูแลในระยะท้ายของชีวิตเป็นความยากลำบากของผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการรับรู้และทัศนคติเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาการดูแลรักษาในระยะท้ายของชีวิตของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล โดยศึกษาในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดภาคกลาง คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารตอบคำถามได้ และมีญาติผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ร่วมกัน มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป ยินดีให้ข้อมูลผ่านการสัมภาษณ์บันทึกเทป ข้อมูลอ้อมตัวที่ 15 ครอบครัว รวมผู้สูงอายุ 15 ราย และญาติผู้ดูแล 15 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้และทัศนคติของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลที่มีผลต่อการทำหนังสือแสดงเจตนามี 6 ประเด็น ได้แก่ 1) การไม่รู้ว่ามีการทำหนังสือแสดงเจตนา เนื่องจากในบริบทสังคมชนบท ข้อมูลข่าวสารยังไม่ทั่วถึง 2) ความเชื่อเรื่องลางร้ายหรืออาจทำให้เสียชีวิตเร็วขึ้น โดยเฉพาะในผู้ที่มีอาการเจ็บป่วย ทำให้รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง และไม่กล้าที่จะทำหนังสือแสดงเจตนา 3) การมองว่าเป็นเรื่องไกลตัว โดยเชื่อว่าไม่จำเป็นต้องทำ เว้นแต่จะมีอายุมาก มีการเจ็บป่วยร้ายแรง หรือไม่มีครอบครัวดูแล 4) ความกังวลต่อการละเลยการรักษา เช่น จะไม่ได้รับการรักษาอย่างเต็มที่ ไม่ได้รับการถามความคิดเห็น และไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ภายหลัง 5) การไม่พบตัวอย่างยืนยันประโยชน์ ทำให้ไม่มั่นใจและต้องการหลักฐานจากประสบการณ์จริง และ 6) วิธีการสร้างการยอมรับ ได้แก่ การให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเข้าใจง่าย สื่อสารโดยบุคลากรสุขภาพ และการประชาสัมพันธ์ให้ทั่วถึง ผลการวิจัยสะท้อนว่า การส่งเสริมการทำหนังสือแสดงเจตนาควรเน้นการให้ความรู้ที่เข้าใจง่าย และการสื่อสารที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน โดยเฉพาะการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายหลัก ได้แก่ ผู้สูงอายุ ครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คำสำคัญ: การรับรู้ ทัศนคติ ผู้สูงอายุ ญาติผู้ดูแล หนังสือแสดงเจตนา

¹รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย กรุงเทพมหานคร

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย กรุงเทพมหานคร

³รองศาสตราจารย์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

⁴ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: panchan.t@stin.ac.th Tel: 089-2012970



Perception and Attitudes Regarding Living Wills Among Older Adults and Family Caregivers in Rural Areas of Thailand's Central Region

Johnphajong Phengjard Ph.D¹

Panchan Thapanakulsuk Ph.D^{2,4}

Suchada Thaweesit Ph.D³

(Received Date: September 1, 2025, Revised Date: October 21, 2025, Accepted Date: October 29, 2025)

Abstract

Decision-making regarding end-of-life care remains a challenge for patients and their families, as most patients never plan for their care in advance. This qualitative study aimed to describe the perceptions and attitudes toward living wills among older adults and their family caregivers in a community in a central province of Thailand. Participants were purposively selected according to the following criteria: older adults aged 60 years or above who were able to communicate and respond clearly, and family caregivers aged 18 years or above who lived together with them. Both groups voluntarily provided information through audio-recorded interviews. Data saturation was reached at 15 families, consisting of 15 older adults and 15 caregivers. Data were analyzed using content analysis.

Findings revealed that the perceptions and attitudes of older adults and family caregivers influencing the completion of living will consisted of six key themes: 1) lack of awareness regarding the existence of living wills, particularly in rural communities where information is not widely accessible; 2) beliefs about bad omens or fears that completing a living will may hasten death, especially among those already ill, leading to discouragement, hopelessness, and reluctance to proceed; 3) viewing a living will as irrelevant or unnecessary at the present stage of life, with the belief that they are only needed when being older, seriously ill, or without family support; 4) concerns about neglect in medical care, such as fears of not receiving adequate treatment, not being consulted, and being unable to revise the directive later; 5) absence of real-life examples to confirm the benefits of having a living will, resulting in uncertainty and the need for evidence from lived experiences; and (6) approaches to fostering acceptance of living wills, including providing accurate and easy-to-understand information through communication by healthcare professionals and community-wide dissemination. The study highlights that the promotion the acceptance of living wills should focus on providing clear and easily understandable information, along with communication strategies appropriate to the community context, specifically formulated to reach key target groups, including older adults, families, and village health volunteers.

Keywords: perception, attitude, older adult, family caregiver, living will

¹Associate Professor, Adult and Gerontological division, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing

²Assistant Professor, Adult and Gerontological division, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing

³Associate Professor, Institute for Population and Social Research, Mahidol University

⁴Corresponding Author, Email: panchan.t@stin.ac.th Tel: 089-2012970



บทนำ

ประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ปัจจุบันมีสัดส่วนผู้สูงอายุร้อยละ 21.31 หรือ จำนวนกว่า 13 ล้านคน แบ่งเป็น เพศชาย ร้อยละ 43.97 และ เพศหญิง ร้อยละ 56.03¹ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าวทำให้ระบบบริการสุขภาพจำเป็นต้องปรับตัวเพื่อรองรับความต้องการดูแลรักษาที่ซับซ้อนมากขึ้น โดยเฉพาะการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับผู้สูงอายุระยะท้ายของชีวิต ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อคุณภาพชีวิตและการตายอย่างสงบ การดูแลดังกล่าวอาจเกิดขึ้นได้หลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นการดูแลในโรงพยาบาล สถานดูแลระยะท้าย หรือการดูแลที่บ้าน อย่างไรก็ตามบริการการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทยยังเผชิญข้อจำกัดหลายประการ โดยเฉพาะประเด็นสิทธิในการตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลรักษา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เคยวางแผนล่วงหน้าว่าต้องการดูแลรักษาแบบใดเมื่อเจ็บป่วยในระยะท้าย ส่งผลให้ครอบครัวต้องเป็นผู้ตัดสินใจแทน ซึ่งมักเผชิญกับความกดดันทั้งจากสภาวะทางอารมณ์ ความเชื่อทางวัฒนธรรมและและค่านิยมเรื่อง “ความกตัญญู” ที่มักถูกตีความว่า การยื้อชีวิตผู้ป่วยคือการตอบแทนบุญคุณ²

แม้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 จะเปิดโอกาสให้ประชาชนทำ “หนังสือแสดงเจตนา” (Living will) เพื่อขอรับการดูแลตามธรรมชาติในวาระสุดท้ายโดยไม่ยื้อชีวิต ซึ่งถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพ และไม่ถือเป็นการุณยฆาต อีกทั้งยังมีบทบัญญัติที่คุ้มครองบุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติตามเจตนาผู้ป่วย³ อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยในประเทศยังพบว่า สัดส่วนของประชาชนที่จัดทำหนังสือแสดงเจตนายังคงอยู่ในระดับต่ำมากในทุกกลุ่ม ไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคมะเร็ง หรือประชาชนทั่วไป⁴ อีกทั้งอุปสรรคสำคัญคือ ประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิด การดูแลแบบประคับประคอง และวิธีการทำหนังสือแสดงเจตนาเพื่อการรักษาทางการแพทย์ ถึงแม้จะมีการสื่อสารและรณรงค์ผ่านสื่อหลากหลายรูปแบบ รวมถึงการนำเสนอเรื่อง “การตายดี” มากขึ้น⁵ แต่ระดับการยอมรับและการปฏิบัติยังคงจำกัด ขณะที่บุคลากรสุขภาพเองยังมีความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับกฎหมายและขั้นตอนการปฏิบัติ หลายคนเกรงว่าจะมีความผิดหากไม่ยื้อชีวิตผู้ป่วย ทั้งที่กฎหมายได้กำหนดสิทธิไว้อย่างชัดเจน⁶ การศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุไทยพบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เจ็บป่วยให้ความสนใจเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าน้อย และมักทำเมื่อตนเองป่วยเป็นโรคที่มีความรุนแรงต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องมากกว่าผู้ที่ไม่ป่วย ในผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังพบว่าพอจะทราบเรื่อง การทำหนังสือแสดงเจตนาเพื่อการรักษาทางการแพทย์ แต่การตัดสินใจเขียนหนังสือแสดงเจตนาเพื่อการรักษาทางการแพทย์มีน้อยและมีอุปสรรคการทำหนังสือนี้เมื่ออยู่ในระยะท้าย เข้าสู่ระยะวิกฤต หรือในวาระสุดท้ายของชีวิต⁷ ด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้สูงอายุ พบว่ามาจากทั้งผู้สูงอายุและครอบครัว ปัจจัยด้านผู้สูงอายุ ได้แก่ ความไม่แน่ใจในอนาคตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ความคิดเกี่ยวกับระยะเวลาที่เหมาะสมในการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ความคิดเกี่ยวกับการตายดี การรับรู้/ยอมรับเรื่องความตาย และการมีความคิดคล้อยตามความเห็นของญาติผู้ดูแล สำหรับครอบครัวและญาติผู้ดูแล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ การหลีกเลี่ยงหรือปฏิเสธที่จะพูดคุยเรื่องการตายและการวางแผนการรักษาล่วงหน้า⁸ การมีความเห็นที่ไม่ตรงกันของสมาชิกในครอบครัวจึงยังไม่มีข้อสรุปในการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ การคิดว่าบุคลากรทางการแพทย์จะช่วยตัดสินใจเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ทำให้บางครอบครัวพาผู้ป่วยหนักที่วางแผนไว้แล้วว่าจะให้เสียชีวิตที่บ้านไปรับการรักษาในโรงพยาบาล⁹ การทำหนังสือแสดงเจตนาเพื่อการรักษาทางการแพทย์จึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่ส่งเสริมสิทธิของผู้สูงอายุในการวางแผนการดูแลสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต และกำหนดแนวทางการดูแลเมื่อถึงวาระสุดท้ายให้เป็นไปตามความประสงค์ของตนเอง จะช่วยให้ครอบครัวหรือบุคลากรสุขภาพสามารถดำเนินการตามความประสงค์ของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม ในต่างประเทศ แนวคิดเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) ได้รับการยอมรับกว้างขวาง โดยมี living will เป็นหนึ่งในเครื่องมือสำคัญ¹⁰ มีงานวิจัยชี้ว่า ACP ช่วยเพิ่มคุณภาพการสื่อสารที่ชัดเจนขึ้น การบอกความต้องการของตนในขณะที่ยังสามารถทำได้ช่วยลดความขัดแย้งระหว่างครอบครัวกับบุคลากร และทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริง¹¹ แม้จะมีความพยายามเผยแพร่และรณรงค์ผ่านสื่อและบุคคลต้นแบบ แต่ระดับการยอมรับและการปฏิบัติยังคงต่ำ สะท้อนถึงอุปสรรคด้านความเชื่อ ค่านิยม และวัฒนธรรม¹² แต่ยังมีอุปสรรคของการวางแผนการรักษาล่วงหน้าเมื่ออายุมากในผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยเรื้อรัง โดยพบว่ามี การวางแผนการรักษาล่วงหน้าในผู้สูงอายุมากกว่า 85 ปี มากกว่ากลุ่มที่อายุน้อยกว่านั้น¹³



ดังนั้น การศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาเพื่อการรักษาทางการแพทย์ จึงยังมีความสำคัญ เพื่อทำความเข้าใจมุมมอง ประสบการณ์ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับหรือการปฏิเสธการทำหนังสือแสดงเจตนาในเชิงลึก ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดแนวทางส่งเสริมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) ที่เหมาะสมกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมไทย

วัตถุประสงค์การวิจัย

ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาการดูแลรักษาในระยะท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้และทัศนคติของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาเพื่อการรักษาทางการแพทย์ ทั้งในด้านความเข้าใจ เจตคติ และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง ประชากรในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลที่อาศัยในชุมชนชนบท ในตำบลแห่งหนึ่ง จังหวัดภาคกลาง กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกโดยวิธีการแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม - มิถุนายน พ.ศ. 2564

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยนี้อยู่บนพื้นฐานวิจัยเชิงคุณภาพ¹⁴ มุ่งศึกษาและทำความเข้าใจประสบการณ์ของบุคคล จากมุมมองของบุคคลที่ประสบเหตุการณ์นั้น โดยเชื่อว่าความหมายของประสบการณ์ของบุคคลเกิดขึ้นจากการรับรู้ และการตีความภายในบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่บุคคลอาศัยอยู่ การศึกษานี้เน้นการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การรับรู้และทัศนคติของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลต่อหนังสือแสดงเจตนาเพื่อการรักษาทางการแพทย์ ซึ่งได้รับอิทธิพลจากปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ ประสบการณ์ชีวิต ความเชื่อ และปัจจัยทางสังคม ได้แก่ วัฒนธรรมของครอบครัว และชุมชน การทำความเข้าใจประสบการณ์เหล่านี้จะช่วยให้เกิดการตีความความหมายของการแสดงเจตนาเพื่อการรักษาในมิติทางวัฒนธรรมและจิตสังคมของชุมชนชนบทไทย

วิธีการศึกษา

รายงานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ภายใต้โครงการวิจัยพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการยอมรับการทำหนังสือแสดงเจตนาในผู้สูงอายุไทยโดยมีชุมชนเป็นฐาน โดยศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาการดูแลรักษาในระยะท้ายของชีวิตและการดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ในชุมชนชนบท จังหวัดภาคกลาง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบท ตำบลแห่งหนึ่ง ของจังหวัดในภาคกลาง เป็นชุมชนเกษตรกรรม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน การวิจัยนี้คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุมีอายุ 60 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารตอบคำถามได้เข้าใจ กลุ่มญาติผู้ดูแล เกณฑ์ในการคัดเลือกได้แก่ เป็นบุตร หลาน หรือญาติที่ทำหน้าที่ดูแลและอาศัยอยู่กับผู้สูงอายุ มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป และทั้งสองกลุ่มยินดีให้ข้อมูลผ่านการสัมภาษณ์บันทึกเทป ในการสัมภาษณ์พบว่าข้อมูลอิ่มตัวที่จำนวน 15 ครอบครัว ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ 15 คน และญาติผู้ดูแล 15 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) ประกอบด้วยคำถามหลักและคำถามเพื่อขยายความ (Probe) ที่สร้างโดยทีมผู้วิจัยที่มีประสบการณ์ทำงานวิจัยเชิงคุณภาพและการดูแลแบบประคับประคอง โดยแนวคำถามการสัมภาษณ์เป็นข้อคำถามปลายเปิด สอบถามการรับรู้ความต้องการ เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนา ประสบการณ์การทำหรือพบผู้ที่ทำหนังสือแสดงเจตนา ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่สนับสนุนและเป็นอุปสรรคในการทำหนังสือ ตัวอย่างคำถาม



เช่น “ท่านรับรู้เกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาหรือไม่ อย่างไร และใครเป็นผู้ให้ข้อมูลกับท่าน” “ท่านคิดว่าการทำหนังสือแสดงเจตนา มีข้อดี ประโยชน์ หรือข้อไม่ดี อะไรบ้าง และเพราะเหตุผลอะไร” ท่านคิดว่าน่าจะมีอุปสรรคอะไรบ้างที่ทำให้ตัวท่านเอง และสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งสมาชิกในชุมชน ไม่ทำหนังสือแสดงเจตนาไว้” “ท่านมีความคิดที่จะทำหนังสือแสดงเจตนาหรือไม่ทำ กรุณาช่วยอธิบายเหตุผลที่จะทำหรือไม่ทำ” เป็นต้น การเก็บข้อมูลมีผู้ช่วยวิจัยที่เป็นนักศึกษาปริญญาเอก มีประสบการณ์ทำวิจัยเชิงคุณภาพ และได้รับการฝึกการสัมภาษณ์โดยทีมนักวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยลงพื้นที่สัมภาษณ์ข้อมูลด้วยกัน ระหว่างเดือนมีนาคม – มิถุนายน พ.ศ. 2564

การเก็บข้อมูลดำเนินการโดย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้ประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย และเป็นผู้นัดหมายผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย มาพบผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ตามวันที่และเวลาที่กำหนดไว้ ดำเนินการสัมภาษณ์พร้อมบันทึกเทป ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้านผู้เข้าร่วมวิจัย จำนวน 3 แห่ง โดยสัมภาษณ์ผู้สูงอายุแยกจากญาติผู้ดูแล ใช้เวลาในการสัมภาษณ์รายละประมาณ 20-30 นาที ร่วมกับการจดบันทึกข้อมูล (Field note) จากข้อสังเกต หรือเหตุการณ์ที่ผู้วิจัยพบเห็นระหว่างการเก็บข้อมูล ทีมผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลพร้อมสรุปประเด็นที่พบในแต่ละครอบครัว จนพบว่าข้อมูลอิ่มตัว (Data saturation) คือข้อมูลในประเด็นที่พบสอดคล้องและซ้ำกับข้อมูลเดิม และไม่พบประเด็นใหม่เพิ่มเติม ที่จำนวนผู้สูงอายุ 15 คน และผู้ดูแล 15 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ของสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย เลขที่ IRB-STIN 2563/042503 COA no.04/2020 ลงวันที่ 3 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 และได้รับการอนุมัติให้ทำวิจัยในพื้นที่จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และการอนุญาตทำการวิจัยในพื้นที่จากผู้ว่าราชการจังหวัด การวิจัยดำเนินการตามหลักการจริยธรรม โดยการคัดเลือกผู้สูงอายุที่สมัครใจตามเกณฑ์การคัดเลือก กระบวนการขอความยินยอม โดยผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์และบันทึกเสียง สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมการวิจัย แจกเอกสารข้อมูลโครงการวิจัย ให้เวลาตัดสินใจ การลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย พร้อมให้สำเนากับผู้เข้าร่วมวิจัย เก็บข้อมูลเป็นความลับโดยใช้รหัส การลบเทปเสียงภายหลังการถอดเทป ข้อมูลถูกวิเคราะห์เป็นข้อสรุปและนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวม ผู้วิจัยระมัดระวังในการเก็บข้อมูลไม่รบกวนผู้เข้าร่วมการวิจัยมากเกินไป โดยเฉพาะกลุ่มสูงอายุ นัดหมายเวลาที่สะดวก ใช้เวลาในการพักระหว่างการสัมภาษณ์ ในระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้สูงอายุและครอบครัวสามารถปฏิเสธการตอบคำถามที่รู้สึกไม่สบายใจ และขอยุติการสัมภาษณ์ได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ตามแนวคิดของ Graneheim & Lundman¹⁵ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การจัดระเบียบของข้อมูล 2) การทำดัชนีข้อมูล หรือ การกำหนดรหัสข้อมูล (Coding) 3) การจัดกลุ่มรหัสข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ (Categories) 4) การสร้างบทสรุป (Themes) และ 5) การพิสูจน์ความน่าเชื่อถือของผลวิเคราะห์ (Trustworthiness) โดยการยืนยันความน่าเชื่อถือของผลวิเคราะห์ (Trustworthiness) ตามแนวคิดของ Lincoln & Guba¹⁴ ประกอบด้วย 3 หลักการ ได้แก่ การถ่ายโอนผลการวิจัย (Transferability) คือ การสามารถนำผลงานนี้ไปอ้างอิงกับงานอื่นที่มีลักษณะคล้ายกันได้ การพึ่งพากับเกณฑ์อื่น (Dependability) คือ โดยนักวิจัยหลายคนร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลและตรวจสอบข้อมูล (Peer review) และความเชื่อถือได้ (Credibility) คือ ความสอดคล้องของข้อมูลและการตีความของผู้วิจัยยืนยันกับข้อมูลและความสอดคล้องของความคิดเห็นของผู้ร่วมการวิจัย



ผลการวิจัย

กลุ่มผู้สูงอายุ ประกอบด้วยผู้สูงอายุเพศชายจำนวน 5 คน และหญิงจำนวน 10 คน อายุเฉลี่ย 71.53 (S.D. = 5.48) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและมี 1 คนที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 46.70) ไม่ได้ประกอบอาชีพ รองลงมาคือ อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 33.30) รับจ้าง (ร้อยละ 13.30) และค้าขาย (ร้อยละ 6.70) ทั้งหมดเป็นชาวบ้านที่อาศัยอยู่ในชุมชน และมี 1 คน ที่เป็น อสม. ผู้สูงอายุร้อยละ 60 ยังไม่แน่ใจว่าจะทำหนังสือแสดงเจตนาหรือไม่ และร้อยละ 40 สนใจที่จะทำ

กลุ่มญาติผู้ดูแล เป็นบุตร หลาน และญาติ ประกอบด้วยเพศชาย 2 คนและเพศหญิง 13 คน อายุเฉลี่ย 41.13 ปี (S.D. = 9.15) ร้อยละ 33.33 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา รองลงมาร้อยละ 26.73 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 20 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช/ปวส และร้อยละ 20 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง รองลงมา ตามลำดับคือ เกษตรกร ค้าขาย พนักงานของรัฐ และไม่ได้ประกอบอาชีพ ในกลุ่มนี้ ร้อยละ 53.33 ทำหน้าที่เป็น อสม. ร้อยละ 40 เป็นชาวบ้านในชุมชน และเป็นผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 1 คน ในจำนวนนี้มีผู้สนใจที่จะทำหนังสือแสดงเจตนา 8 คน (ร้อยละ 53.33) รองลงมา คือ 5 คน (ร้อยละ 33.33) ไม่แน่ใจว่าจะทำหรือไม่ และมี 2 คน (ร้อยละ 13.33) ที่ไม่คิดจะทำหนังสือแสดงเจตนาเลย

ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่ได้จากการสัมภาษณ์เจาะลึกทั้งผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล นำมาวิเคราะห์ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้เกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาของผู้สูงอายุและครอบครัว ที่อาจส่งผลต่อความสำเร็จของการส่งเสริมการทำหนังสือแสดงเจตนาที่สำคัญ 6 ประเด็น ได้แก่ 1) ไม่รู้ว่ามีการทำหนังสือแสดงเจตนา 2) ความเชื่อเรื่องรางร้ายหรืออาจทำให้เสียชีวิตเร็วขึ้น 3) มองว่าเป็นเรื่องไกลตัว 4) กังวลเรื่องการละเลยการรักษา 5) ยังไม่เห็นตัวอย่างที่ยืนยันประโยชน์ และ 6) วิธีการสร้างการยอมรับ รายละเอียดดังนี้

ประเด็นที่ 1 ไม่รู้ว่ามีการทำหนังสือแสดงเจตนา

แม้ว่าการทำหนังสือแสดงเจตนาจะเป็นสิ่งที่ได้รับการส่งเสริมและเผยแพร่สู่สาธารณชนอย่างต่อเนื่อง ตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งมีเจตนารมณ์เพื่อรับรองสิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง (Right to self-determination) ให้สามารถตายอย่างสงบตามธรรมชาติ โดยไม่ถูกยื้อชีวิตด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ไม่จำเป็น อีกทั้งยังมีการจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์และการเผยแพร่ความรู้ในรูปแบบต่าง ๆ รวมถึงตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนาเพื่อเป็นแนวทางแก่ประชาชน อย่างไรก็ตาม ในบริบทของสังคมชนบท ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนา ยังไม่สามารถเข้าถึงประชาชนได้อย่างทั่วถึง

จากการสัมภาษณ์ทั้งผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล พบว่าส่วนใหญ่ไม่เคยได้ยินหรือรับรู้เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนามาก่อน อีกทั้งยังเกิดความสับสนระหว่าง “หนังสือแสดงเจตนา” กับ “หนังสือยินยอมให้การรักษา” บางรายเข้าใจว่าเป็น “พินัยกรรมทรัพย์สิน” หรือ “หนังสือบริจาคร่างกาย” เมื่อได้รับข้อมูลเพิ่มเติมจึงเริ่มเข้าใจว่า หนังสือแสดงเจตนาเป็นเสมือน “การสั่งเสีย” ของผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้สูงอายุ ซึ่งที่ผ่านมา การสั่งเสียมักเป็นเพียงการบอกกล่าวด้วยวาจาต่อคนในครอบครัว เช่น ต้องการให้ดูแลอย่างไรเมื่อใกล้เสียชีวิต แต่ยังไม่เคยรับรู้รายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลและการดูแลแบบประคับประคองที่เป็นทางเลือกที่แพทย์สามารถให้การดูแลเพื่อการตายอย่างสงบได้

“ไม่เคยหรอกเพิ่งจะมา ที่ครั้งที่แล้วเนี่ยที่มารู้ ก่อนนั้นไม่มีหรอก ก็เคยได้ยินในทีวีบ้างเหมือนกันแต่ก็ไม่ได้ใส่ใจอะไรมาก เคยได้ยิน เห็นเขาทำตรงนั้นตรงนี้ เขาก็ชี้แจงอะไรเนี่ย เรารู้ว่าเออ ก็เคยได้ยินแต่ก็ไม่ได้สนใจมากอะ...เพราะว่ามันเหมือนว่ามันอยู่ไกลเราอะ มันมาไม่ถึงเราหรอก” (ผู้สูงอายุ)

“เราก็ไม่ได้คิดว่าถ้าเราทำ เราก็ไม่รู้จะเอาอะไร (สมบัติ) ไปให้ลูก เพราะว่าเราก็มีอยู่ 2 คน (สามี-ภรรยา) ลูกเต้าเขาก็มีครอบครัว” (ผู้สูงอายุ)



ประเด็นที่ 2 ความเชื่อเรื่องลางร้ายและอาจทำให้เสียชีวิตเร็วขึ้น

ด้วยบริบทของสังคมไทย ศาสนา ความเชื่อ และวัฒนธรรมท้องถิ่น ยังมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของคนในชุมชน โดยเฉพาะผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ยังมองว่าการทำหนังสือแสดงเจตนาเป็นการกระทำที่ขัดแย้งกับความเชื่อเรื่องความตาย ถือเป็นลางร้ายและอาจเป็นเหตุให้เสียชีวิตเร็วขึ้น อีกทั้งหากบุตรหลานหรือสมาชิกในครอบครัวชักชวนให้ทำหนังสือแสดงเจตนา ผู้สูงอายุอาจตีความว่าเป็นการแข่งให้ตนเองเสียชีวิตเร็วขึ้น โดยเฉพาะในผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยอยู่แล้ว ยิ่งอาจทำให้รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง และหมดกำลังใจ ส่งผลให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ให้ความสนใจและไม่กล้าที่จะทำหนังสือแสดงเจตนา

“ก็ไม่อยากทำหนังสือ อยากบอกลูกเฉยๆ อยากให้ลูกตัดสินใจ แค่บอกลูกไว้ว่าไม่ต้องยื้อ ไม่ต้องอะไร ไม่ต้องใส่สาย ไม่ต้องทำอะไร ให้ลูกตัดสินใจ ให้ลูกบอกหมอเลยว่าจะเอาแบบนี้ ทำแบบนี้” (ผู้สูงอายุ)

“แต่ในความรู้สึก ก็ไม่อยากทำไว้อยู่ดี มันมีความต่อต้านของตัวเอง เราไม่สมควรทำอะไรล่วงหน้า มันอาจจะตายไวก็ได้ แต่เราก็ไม่ต้องคิดไปก่อน บางทีมันอาจจะทำให้มันเป็นทุกข์กับการดำรงชีวิตของเราได้ เราก็ต้องปล่อยมันไป ถึงเวลามันก็ต้องมาเอง” (ผู้สูงอายุ)

ประเด็นที่ 3 การมองว่าเป็นเรื่องที่ไกลตัว

ผู้สูงอายุและครอบครัวส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าหนังสือแสดงเจตนาเป็นเรื่องที่ยังไกลตัวและไม่จำเป็นที่จะต้องจัดทำ โดยเชื่อว่าควรทำเมื่อมีอายุมากและมีการเจ็บป่วยร้ายแรงหรือในกรณีของผู้ที่ไม่มีครอบครัวหรือบุตรหลานดูแล นอกจากนี้ ยังมีบางส่วนที่เห็นว่าฐานะทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยสำคัญ โดยเชื่อว่าหากครอบครัวมีฐานะดี ก็สามารถให้การดูแลและยื้อชีวิตผู้ป่วยไว้ได้ยาวนานกว่า

“เพราะว่ามันเหมือนว่ามันอยู่ไกลเราอะ มันมาไม่ถึงเราหรอก เพราะฉันยังแข็งแรงอยู่” (ผู้สูงอายุ)

“ก็คิดว่า คงไม่ทำ ทั้งลูกทั้งหลาน ไม่น่าทำ ก็เขายังดีอยู่ ไปไหนมาไหนได้ ช่วยเหลือตัวเองได้” (ญาติผู้ดูแล)

“ควรทำ เพราะว่าเขาไม่มี (ฐานะไม่ดี) คือว่าเขาไม่มีอะไรสักอย่าง ให้ช่วยเขาหน่อย ช่วยบำบัดให้เขามีอายุขึ้นอีกหน่อย ถ้าช่วยไม่ได้เขาก็ให้เขาไปสบาย แต่คนรวยไม่จำเป็น แต่ว่าจะทำก็ได้ไม่ทำก็ได้ คนรวยมีลูกหลานมากที่จะดูแลเขา” (ผู้สูงอายุ)

ประเด็นที่ 4 ความกังวลต่อการละเลยการรักษา

ด้วยข้อจำกัดด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยระยะท้าย หนังสือแสดงเจตนา และการดูแลแบบประคับประคอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุและครอบครัวบางส่วนเกิดความกังวลว่า การมีหนังสือแสดงเจตนาอาจทำให้แพทย์ลดความใส่ใจในการดูแล หรือเลือกใช้วิธีการรักษาที่ลดโอกาสในการมีชีวิตอยู่ต่อไป อีกทั้งยังมีความกังวลว่าแพทย์อาจไม่สอบถามความคิดเห็นเพิ่มเติมจากผู้ป่วยหรือญาติ แต่ปฏิบัติตามที่ระบุในหนังสืออย่างเคร่งครัด ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับความประสงค์ที่เปลี่ยนแปลงได้ในภายหลัง นอกจากนี้ ยังมีความเข้าใจผิดว่าหนังสือแสดงเจตนาเท่ากับการปฏิเสธการรักษาทุกกรณี และหากเกิดภาวะฉุกเฉิน ผู้ป่วยอาจไม่ได้รับการรักษาที่จำเป็น ทำให้เกิดความกลัวว่าหนังสือดังกล่าวจะเป็นข้อผูกมัดที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงความประสงค์ได้

“หมออาจจะไม่ดูแล หรือดูแลเราไม่ดี ไม่ใช่เขียนไม่เขียน เขาก็ดูแลเราเหมือนเดิม แต่ถ้าเขียนเขาก็จะปล่อย ๆ เรา เช่น พ่อ พี่ตอนนั้น เจาะคอ หมอก็มาบอกมาถามก่อน เราก็จะรู้เหตุผลในการเจาะ เราก็ยินยอม แต่พอเจาะไปแล้ว อาทิตย์เดียวก็ติดเชื้อ เพราะมันติดเชื้อง่าย ใกล้ช่องปอด แล้วก็เข้า ICU ไม่กี่วันก็เสียชีวิต เหมือนพี่ก็เริ่มรู้แล้ว จากการเห็นว่าหมอจะทำแบบนี้ ๆ นะ เช่น เขาต้องถามเรา ต้องถามลูกก่อน เพราะฉะนั้นก็ให้มันถึงวันนั้น พี่คิดว่าต้องเป็นแบบนั้น เราก็อยากยื้อ ยื้อให้นาน บางคนเขาก็บอกว่า บางทีถ้าเจาะแล้ว เขาก็ดีขึ้น เช่น บางคนจะตายแล้ว พอเจาะก็หายก็หายกลับมาแล้วก็ปิด เป็นความมหัศจรรย์ เป็นความหวังของเรา เราก็อยากทำให้มันดีที่สุด คิดอย่างจี้ พี่คิดเยอะ คิดมาก อย่างบางทีที่ออกข่าวมา ว่าเขาอาจจะล้ม หรือไม่เอาใจใส่กับคนไข้คนนี้ ทำให้คนไข้คนนี้อาการแย่ง พี่คิดแบบนี้” (ผู้สูงอายุ)



นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลยังระบุว่า ตนเองและสมาชิกในชุมชนมีความเชื่อว่าหนังสือแสดงเจตนาอาจเป็นเอกสารที่ทำให้ประชาชนไม่สามารถฟ้องร้องหรือเอาผิดกับแพทย์ได้ หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม หรือในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ทางสุขภาพและการดูแล โดยเฉพาะเมื่อเกิดความขัดแย้งระหว่างญาติกับแพทย์ที่ให้การรักษา

“แต่จริง ๆ ที่จะทำให้ทำหนังสือเนี่ยะ ก็จะทำให้เพื่อให้ดูแลเราหรือเปล่า เราเป็นอะไรขึ้นมาแล้ว เราจะไปเอาผิดกับเขาไม่ได้ มันมีคนคิดแบบนี้เหมือนกับพี่โยะนะ มันมีคนคิดแบบนี้โยะเลย... ชาวบ้าน คนบ้านนอกเขาจะคิดแบบนี้ คิดต่อต้าน เพราะเขาไม่มีความรู้จริง ๆ ถ้าพูดไม่เข้าใจเขาจริง ๆ เขาก็จะต่อต้าน เพราะมันก็มีหมอที่ไม่ดูแลเอาใจใส่คนไข้ คือมีแค่ 1 ราย คนที่ดูแลรักษาดีโยะโยะ เขาก็ไม่ใส่ใจนะ เขาดูแลแค่คนเสียคนเดียว ที่เข้าไปในสมองของเขา มันแค่อายากปกป้องตัวเอง ให้เราทำหนังสือไว้ เนี่ยะ ถ้าเราไม่รู้จริง ๆ ก็จะไปพูดไม่ได้” (ญาติผู้ดูแล)

ในประเด็นความกังวลต่อการละเลยการรักษา จะเห็นได้ชัดว่าญาติผู้ดูแลจะมีความกังวลสูงกว่าผู้สูงอายุเนื่องจากให้เหตุผลว่า ตนเองต้องเป็นผู้รับผิดชอบดูแล และตัดสินใจเมื่อมีการเข้าสู่ระยะท้ายของผู้สูงอายุ และเกรงว่าผู้สูงอายุจะไม่ได้รับการดูแลที่ดี หากบุคลากรทางการแพทย์รู้ว่าผู้สูงอายุได้ทำหนังสือแสดงเจตนาไว้แล้ว

ประเด็นที่ 5 การที่ยังไม่เห็นตัวอย่างที่ยืนยันประโยชน์

ผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เห็นว่าการทำหนังสือแสดงเจตนาเป็นเรื่องที่มีประโยชน์ แต่ยังคงลังเลในการดำเนินการเนื่องจากยังไม่เคยพบเห็นผู้ที่ทำและนำไปใช้จริง จึงยังไม่มั่นใจในประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น และต้องการการยืนยันจากประสบการณ์จริง โดยเฉพาะผู้ญาติผู้ดูแลที่เป็นอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ซึ่งมีบทบาทในการเผยแพร่ความรู้เรื่องหนังสือแสดงเจตนาให้กับประชาชนในชุมชนที่ตนรับผิดชอบ

“เชื่อว่าจะมีข้อดี แต่ ณ ขณะนี้ไม่รู้ มันก็น่าจะดี แต่ไม่รู้ดีแบบไหน ตัวเองอาจจะเข้าใจไม่ถึงก็ได้ เพราะไม่มีความรู้ หรือประสบการณ์ เกี่ยวกับหนังสือตรงนี้ เช่น เรื่องเกี่ยวกับการตาย หรือการบาดเจ็บโยะโยะ อะไรแบบนี้ แต่การจะให้ทำอะไรแบบนี้ มันก็ต้องมีข้อดีและข้อเสียอยู่แล้ว ... ” (ญาติผู้ดูแล)

“ไม่รู้ว่าจะดีมันจริงแท้แค่ไหน เพราะยังไม่เคยมีใครทำ ไม่เคยเห็น ถ้ามันผ่านมาสัก 4-5 รายแล้วเขามันจริงจริงอะไรเงี้ย บอกต่อ ๆ มาสักปีนึง มีเหตุผลว่ามันดีกว่าไม่ทำ นั่นคือความรู้ที่ได้ยินมาฟังมาจะได้รู้เพราะว่าเป็น อสม. เราจะต้องมีความรู้ตรงนี้” (ญาติผู้ดูแล)

ประเด็นที่ 6 วิธีการสร้างการยอมรับการทำหนังสือแสดงเจตนา

ผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ให้ข้อเสนอแนะวิธีการส่งเสริมให้เกิดการยอมรับและมีการทำหนังสือแสดงเจตนาและนำไปใช้เมื่อเจ็บป่วยระยะท้าย สรุปได้ดังนี้

1. การให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเข้าใจง่าย โดยจัดการพูดคุยให้ข้อมูลทั้งผู้สูงอายุและครอบครัว โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เน้นสาระสำคัญ เช่น หนังสือแสดงเจตนาเป็นการบอกความต้องการเมื่อเจ็บป่วยระยะท้าย รักษาไม่หายและจะเสียชีวิต สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ควรบอกให้ครอบครัวรับรู้ ระบุผู้ตัดสินใจแทน และเก็บเอกสารไว้ใช้เมื่อต้องการให้แพทย์/ญาติปฏิบัติตามความประสงค์ โดยยังคงได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

“ถ้าเราจะกระจายข่าว คือเราต้องอธิบายให้คนในครอบครัวเราฟังก่อน ทำความเข้าใจกับครอบครัวเราก่อน แล้วให้ครอบครัวเราช่วยกระจายข่าวหรือช่วยอธิบายถึงข้อดี ข้อเสีย ให้รู้ว่ามันเป็นแค่หนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าก่อนเสียชีวิต ไม่ได้เป็นการแข่ง” (ผู้สูงอายุ)

2. กำหนดผู้ให้ข้อมูลที่ประชาชนเชื่อถือ การอธิบายให้ข้อมูลควรทำโดยแพทย์ พยาบาล หรือ อสม. ที่มีบทบาทสนับสนุน และให้ข้อมูลเสริมเมื่อประชาชนมีข้อสงสัย



“ถ้าเป็นคนที่จะพูดให้ยอมรับและรู้ทัน ก็เป็นเกี่ยวกับหมอและพยาบาลมากกว่า คือชี้แจงให้ฟังได้ แต่คนอื่นก็คงไม่ได้จะชี้แจงอะไรให้ฟัง ไม่ใช่งานแล้วไม่ใช่ธุระอะไรของเขา เขาก็อาจจะทำให้ได้ไม่ดีพอ แต่ถ้ายังหมกกับพยาบาลก็พอจะรู้เรื่องนี้อยู่ก็อาจจะอธิบายให้เข้าใจได้ง่าย ถ้าเขาอยากทำเขาก็ทำถ้าเขาไม่อยากทำก็ไม่ทำ” (ผู้สูงอายุ)

3. การสื่อสารและประชาสัมพันธ์ในชุมชน เช่น เสี่ยงตามสายโดยผู้ใหญ่บ้าน ป้ายประชาสัมพันธ์ ชี้แจงในการประชุม และเครือข่ายแกนนำ ในประชาคมของรพ.สต. และ อสม. เผยแพร่ความรู้ในครอบครัวที่รับผิดชอบ การพูดคุยกันในครอบครัว เป็นต้น

“ถ้าผมจะผมบอกตรง ๆ ผมจะประชาสัมพันธ์แบบกระจายข่าว เวลาเข้ามา ประชาคมอะไรอย่างนี้ ต้องมอบหน้าที่นี้ให้กับผู้ใหญ่บ้าน ผู้ใหญ่บ้านชักชวน แล้วก็กลุ่ม อสม.เราเป็นตัวเสริม” (ญาติผู้ดูแล)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าข้อมูลเกี่ยวกับความรู้การทำหนังสือแสดงเจตนาในสังคมไทยยังจำกัด โดยเฉพาะในชุมชนระดับอำเภอ ในเขตภาคกลาง แม้ว่าจะมีการประกาศใช้ พรบ. สุขภาพ มีการรณรงค์ทำให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนา หรือการวางแผนการดูแลรักษาในระยะท้าย ไม่ว่าจะเป็นทั้งการออกสื่อโทรทัศน์ การขยายบริการการดูแลแบบประคับประคอง^{3,5} แต่ข้อมูลดังกล่าวไม่ได้มีการถ่ายทอดลงไปสู่ประชาชนในชุมชน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุและสมาชิกครอบครัวที่ให้ข้อมูลในการศึกษานี้ ไม่เคยรู้เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนามาก่อน ถึงจะเคยได้ยินแต่ไม่รู้รายละเอียดและไม่ได้ให้ความสนใจ ผลการศึกษาสอดคล้องกับ ผลสำรวจในประชาชนทั่วไปประเทศฮ่องกงจำนวน 2,002 คน พบว่าประชาชนรับรู้เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาอย่างมาก มีเพียงร้อยละ 11 ที่เคยได้ยินเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาแต่ไม่รู้รายละเอียด และมีเพียง 11 คน (ร้อยละ 0.50) ที่ทำหนังสือแสดงเจตนาไว้แล้ว¹⁶ เช่นเดียวกับการศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในประชาชนเชื้อสายจีน พบว่าผู้สูงอายุเจ็บป่วยระยะท้ายและครอบครัว ร้อยละ 81-95 ไม่เคยได้ยินเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนา และไม่เข้าใจเกี่ยวกับการรักษาเพื่อยื้อชีวิตที่ระบุไว้ในการทำหนังสือแสดงเจตนาจึงทำให้ไม่สามารถตัดสินใจได้เกี่ยวกับการรักษาระยะท้าย และไม่รู้ว่าจะหาข้อมูลได้อย่างไร จึงไม่สนใจที่จะทำหนังสือแสดงเจตนา¹⁷ การศึกษาในประเทศไทยในกลุ่มผู้ป่วยและญาติที่คลินิกผู้ป่วยนอก พบว่า มีความเข้าใจพื้นฐานเรื่อง “End-of-life” และ “Palliative care” ร้อยละ 66-76 มีเพียงร้อยละ 30 ที่เข้าใจรูปแบบของการวางแผนล่วงหน้า และประมาณ ร้อยละ 46 ที่รู้จะสามารถแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนได้ ทั้งนี้สื่อว่าความรู้เชิงลึกยังจำกัดอย่างมากในกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว¹⁸

ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับลางร้ายเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุและครอบครัวบางส่วนลังเลหรือไม่ยอมรับการทำหนังสือแสดงเจตนา ประชาชนบางกลุ่มเชื่อว่าการทำเอกสารดังกล่าวอาจเป็นการ “แข่งตนเอง” หรือเร่งให้เสียชีวิตเร็วขึ้น ซึ่งสะท้อนถึงความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) และการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning)¹⁹ งานวิจัยในบริบทไทยชี้ว่า แม้ประชาชนส่วนใหญ่เห็นว่าการทำหนังสือแสดงเจตนามีประโยชน์ แต่ความเชื่อเรื่องลางร้ายและความกลัวต่อผลลัพธ์ที่ตามมา ทำให้เกิดความลังเลในการปฏิบัติจริง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและครอบครัวที่มีความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิต¹⁸ อิทธิพลจากความเชื่อดังกล่าว ทำให้การสื่อสารในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความตายกับสมาชิกในครอบครัวเป็นเรื่องยากขึ้น ซึ่งเป็นการละเลยโอกาสในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและหาข้อสรุปร่วมกันในการวางแผนการดูแลรักษาในระยะท้ายระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว จนในบางครอบครัวนำไปสู่ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม หรือประเด็นที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย เมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต²⁰

ผู้สูงอายุในการศึกษานี้ส่วนใหญ่ มีความคิดเห็นว่าการวางแผนชีวิตระยะท้ายยังเป็นเรื่องไกลตัว และตนเองไม่จำเป็นต้องทำหนังสือแสดงเจตนาเนื่องจากยังไม่ได้มีการเจ็บป่วยที่ร้ายแรงที่จะทำให้เสียชีวิตในเวลาอันใกล้นี้ และหากเมื่อถึงเวลานั้นคนใกล้ชิด ครอบครัว ลูก หรือหลาน จะเป็นผู้บอกความต้องการของผู้ป่วยหรือตัดสินใจแทนได้ ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ประชาชนทั่วไป พยาบาล และแพทย์ ที่พบว่า การรับรู้สุขภาพเสื่อมลงหรือมีการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีความต้องการที่จะทำหนังสือแสดงเจตนาและต้องการเรียนรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้มากขึ้น และเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมที่จะให้ข้อมูล



เกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนา ในกลุ่มผู้ป่วย ครอบครัว หรือแม้แต่ผู้สูงอายุที่ยังมีสุขภาพดี เพื่อได้รับรู้ถึงประโยชน์ของหนังสือแสดงเจตนา และการดูแลรักษาในระยะท้ายของชีวิต เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจเกี่ยวกับความต้องการของตน เรียนรู้วิธีการเขียนหนังสือแสดงเจตนาและสื่อสารให้กับคนใกล้ชิด ครอบครัว หรือบุคลากรสุขภาพ²¹ อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลไม่ได้มีความคิดเห็นที่ต่อต้านการทำหนังสือแสดงเจตนา เพราะไม่เคยรับรู้หรือได้ยินมาก่อน เป็นสัญญาณที่ดีต่อการส่งเสริมการยอมรับการทำหนังสือแสดงเจตนาในประชาชนในชุมชนชนบท และยังมีความเป็นไปได้ เพราะการมีเจตคติที่ดีส่งผลทางบวกกับการตั้งใจในการทำหนังสือแสดงเจตนา²² และเป็นปัจจัยทำนายความสำเร็จในการทำหนังสือแสดงเจตนาในกลุ่มผู้สูงอายุ²³

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุและครอบครัวบางส่วนมีความกังวลว่า การทำหนังสือแสดงเจตนาจะทำให้แพทย์ลดความใส่ใจในการดูแลรักษา หรืออาจจะละเลยการรักษาในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการฉุกเฉิน ซึ่งสะท้อนถึงความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง และการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ที่มักถูกมองว่าเป็นการยอมรับความตายแทนที่จะเป็นการรักษาคุณภาพชีวิตในช่วงท้ายของชีวิต¹⁹ มีการศึกษาพบว่า ประชาชนยังมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการใช้งานและประโยชน์ของหนังสือแสดงเจตนา โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเชื่อว่าการทำหนังสือแสดงเจตนาจะทำให้แพทย์ลดความพยายามในการรักษาและอาจทำให้เสียชีวิตเร็วขึ้น¹⁸ นอกจากนี้ผู้สูงอายุและครอบครัวยังไม่เห็นตัวอย่างหรือกรณีศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการทำหนังสือแสดงเจตนา ทำให้เกิดความลังเลและไม่มั่นใจในการดำเนินการ ซึ่งการขาดตัวอย่างเชิงประสบการณ์จริงทำให้ประชาชนยังไม่สามารถตัดสินใจได้^{18,19} งานวิจัยในบริบทไทยและงานวิเคราะห์แบบเมตาของต่างประเทศชี้ว่า การจัดทำหนังสือแสดงเจตนาแม้จะช่วยเพิ่มความชัดเจนในการตัดสินใจทางการแพทย์และลดความกังวลของครอบครัว แต่การที่ประชาชนยังไม่เห็นผลลัพธ์เชิงบวกหรือกรณีตัวอย่างจริง ทำให้เกิดความลังเลและอุปสรรคต่อการยอมรับ^{12,24}

การสร้างการยอมรับต่อการทำหนังสือแสดงเจตนา (Advance directives) ในชุมชนขึ้นอยู่กับ กลยุทธ์หลายด้านที่ประสานกัน ได้แก่ การให้ความรู้ที่ถูกต้องและเข้าใจง่าย การสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพและแกนนำชุมชน และการสื่อสารประชาสัมพันธ์ในวงกว้าง ซึ่งทั้งหมดนี้มีบทบาทเสริมกันเพื่อเพิ่มความมั่นใจและลดความลังเลของประชาชน การให้ความรู้ที่ชัดเจนและเข้าใจง่ายเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุและครอบครัวเห็นความสำคัญของการวางแผนล่วงหน้าในเรื่องการดูแลรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยควรอธิบายว่าหนังสือแสดงเจตนาช่วยให้ครอบครัวและแพทย์ปฏิบัติตามความประสงค์ของผู้ป่วยได้ และสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความต้องการ^{18,19} นอกจากนี้ การสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ เช่น แพทย์และพยาบาล และแกนนำชุมชน เช่น อสม. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน มีส่วนสำคัญในการสร้างความน่าเชื่อถือและช่วยให้ประชาชนมั่นใจในการดำเนินการ การมีแกนนำหรือบุคคลต้นแบบในชุมชนมาแชร์ประสบการณ์จริง ยังช่วยให้เห็นผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมและสร้างแรงจูงใจ^{12,19} การสื่อสารและประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น ป้ายประชาสัมพันธ์ เสียงตามสาย หรือการประชุมชี้แจงในชุมชน ก็เป็นอีกกลยุทธ์ที่ทำให้เรื่องการทำหนังสือแสดงเจตนา เข้าถึงประชาชนได้กว้างและเป็นที่ยอมรับ การใช้ช่องทางที่หลากหลายช่วยเสริมการรับรู้และลดความกังวลจากความเข้าใจผิด^{12,18}

ดังนั้น การสร้างการยอมรับควรเป็นแนวทางแบบองค์รวม โดยการได้รับรู้ข้อมูลที่ถูกต้อง ได้มีโอกาสได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่น ได้เห็นตัวอย่างของผู้ที่ทำหนังสือแสดงเจตนา และได้ลงมือฝึกเขียนหนังสือแสดงเจตนาของตนเอง ก็ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้และความมั่นใจในการทำหนังสือแสดงเจตนาและจะนำหนังสือแสดงเจตนาไปใช้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประชาชนทั่วไปในฮ่องกง¹⁶ สหรัฐอเมริกา¹⁰ และในกลุ่มผู้ป่วยประเทศจีน²⁵

ข้อเสนอแนะ

1. ให้ข้อมูลแก่ประชาชนในระดับชุมชนอย่างรอบด้าน เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนทุกกลุ่มอายุมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับ Advance directive และ Palliative care
2. จัดทำคู่มือและแบบฟอร์มการเขียนหนังสือแสดงเจตนาการรักษาที่ประชาชนเข้าถึงและเข้าใจได้ง่าย โดยแจกจ่ายผ่านหน่วยบริการสุขภาพ หน่วยงานบริการประชาชนในท้องถิ่น นำไปขึ้นไว้ในเว็บไซต์ขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เป็นต้น



3. ใช้ช่องทางการสื่อสารหลายรูปแบบ เช่น ป้าย ประชุมชี้แจง เสียงตามสาย เพื่อให้เข้าถึงประชาชนในชุมชนชนบทได้ในวงกว้าง
4. อบรมผู้นำการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ แกนนำผู้สูงอายุ แกนนำครอบครัว ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ให้บริการสุขภาพในระดับท้องถิ่น ให้สามารถถ่ายทอดวิธีการเขียนหนังสือแสดงเจตนาการรักษาให้แก่ประชาชนในพื้นที่ได้

ข้อเสนอแนะการทำวิจัย

1. การวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการที่สอดคล้องกับนโยบายส่งเสริมการทำและการใช้หนังสือแสดงเจตนา ครอบคลุมการศึกษาผลลัพธ์ของการใช้หนังสือแสดงเจตนา
2. การศึกษาเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานในการใช้หนังสือแสดงเจตนาเพื่อผู้ป่วยได้มั่นใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาที่เป็นมาตรฐานแม้เป็นการเจ็บป่วยระยะท้าย และบุคลากรสุขภาพมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่าง มีนาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2564 ซึ่งเป็นช่วงต้นของการเกิดสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นโรคติดต่อร้ายแรงที่ทำให้เสียชีวิตโดยไม่ได้มีการคาดการณ์ไว้ และเกิดได้ในประชาชนทุกกลุ่ม ตลอดจนการเผยแพร่ข่าวสารกระจายไปทั่วทุกแห่งในประเทศ ประชาชนเกือบทุกครัวเรือนมีประสบการณ์การติดเชื้อของสมาชิกครอบครัว และบางรายสูญเสียสมาชิกในครอบครัว ซึ่งอาจมีผลต่อการรับรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการแสดงเจตนาับการรักษาในระยะท้าย และการดูแลแบบประคับประคองของผู้สูงอายุ ญาติผู้ดูแล และคนในชุมชน ที่เปลี่ยนไปตามบริบทของสถานการณ์ นอกจากนี้การนำผลการศึกษาไปใช้ควรพิจารณาถึงข้อจำกัดเกี่ยวกับบริบทที่เป็นชุมชนชนบท เขตภาคกลาง

References

1. Department of Provincial Administration, Ministry of Interior. Number of Thai older adults, 2025 [Internet]. Bangkok: Department of Provincial Administration; 2025 [cited 2025 May 31]. Available from: https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2572 (in Thai)
2. Tipkanjanaraykha K, Saleekul S, Apisitwasana N, Thiammok M. Advance care planning for a good death. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. 2017;33(3):138-45. (in Thai)
3. National Health Commission Office. Health service providers' manual: laws and guidelines related to end-of-life care. 5th ed. Bangkok: TQP; 2019. (in Thai)
4. Kunakornvong W. Preparing for the end of life: choosing to stay or go as desired [Internet]. 2019 [cited 2025 Aug 15]. Available from: <https://tdri.or.th/2019/04/attitude-toward-palliative-care-in-thailand/> (in Thai)
5. Wongprasertsuk C, Pramaunwongteera T. Attitudes toward writing self-advance directives. Journal of Medicine and Health Sciences 2018;25(3):81-94. (in Thai)
6. Boonchalermvipas S. End of patients' life: a medical fact with legal limits. Public Health & Health Laws Journal. 2015;1(3):241-53. (in Thai)
7. Pinsen A, Mirojratan V, Jitramontree N. Community-dwelling older adult's attitudes, subjective norm, perceived behavioral control, and intention to make living wills. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2019; 34(1): 74-87. (in Thai)
8. Tangtanawutwet T. Buddhist ethics and the extending of death at the end of life with the intention of denying. Bulletin of Suanprong. 2017;33(1):47-64. (in Thai)



9. Wongprasertsuk C, Pramaunwongteera T. Attitudes toward writing self-advance directives. *Journal of Medical Health Sciences*. 2018;25(3): 81-94. (in Thai)
10. Pollack KM, Morhaim D, Williams, MA. The Public's perspectives on advance directives: implications for state legislative and regulatory policy. *Health Policy* 2010;96:57-63. doi:10.1016/j.healthpol.2010.01.004.
11. Sripaew S, Assanangkornchai S, Limsomwong P, Kittichet R, Vichitkunakorn P. Advantages, barriers, and cues to advance care planning engagement in elderly patients with cancer and family members in Southern Thailand: a qualitative study. *BMC Palliative Care*. 2024;23(1):211. doi:10.1186/s12904-024-01536-x.
12. Kunakornvong W, Ngoasri K, Econ M. Public awareness and attitude toward palliative care in Thailand. *Siriraj Medical Journal*. 2020;72(5):424-30. (in Thai)
13. Saracino RM, Bai M, Blatt L, Solomon L, McCorkle R, Geriatric palliative care: Meeting the needs of a growing population. *Geriatric Nursing*. 2018;39(2):225-9.
14. Lincoln Y, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: Sage; 1985.
15. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004;24(2):105-12. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001.
16. Chan CWH, Wong MMH, Choi KC, Chan HYL, Chow AYM, Lo RSK, et al. Prevalence, perception, and predictors of advance directives among Hong Kong Chinese: a population-based survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019;16(3):365. doi:10.3390/ijerph16030365.
17. Liao J, Wu B, Ni P, Jing M. Advance directive preferences among terminally ill older patients and its facilitators and barriers in China: a scoping review. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2019;20(11):1356-61. doi:10.1016/j.jamda.2019.05.013.
18. Puthong K, Tirakanoksathit T, Pattarapanuwan P, Pattanasiri S, Kanoptammakul S, Makruasi S, et al. Knowledge, perceptions, and attitudes of patients regarding advance directives at the end of life care at Maha Chakri Sirindhorn Medical Center. *Journal of Medicine and Health Sciences*. 2022;29(3):107-23. (in Thai)
19. Phenwan T, Sisuwan P, Tienthavorn T. Perception of advance directive in Thai women with cancer: a qualitative study. *Walailak Journal of Science and Technology*. 2019;16(8):601-10.
20. Kunsongkeit W. Good death as perceived by the patients. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 2011;19(Suppl 2):1-12. (in Thai)
21. Sahm S, Will R, Hommel G. Attitudes towards and barriers to writing advance directives amongst cancer patients, healthy controls, and medical staff. *Journal of Medical Ethics*. 2005;31(8):437-40. doi:10.1136/jme.2004.009605.
22. Pimsen A, Wirojratana V, Jitramontree N. Community-dwelling older adults' attitudes, subjective norm. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*. 2019;34(1):74-87. (in Thai)
23. Campbell MJ, Edwards MJ, Ward KS, Weatherby N. Developing a parsimonious model for predicting completion of advance directives. *Journal of Nursing Scholarship*. 2007;39(2):165-71. doi:10.1111/j.1547-5069.2007.00162.x.



24. Houben CHM, Spruit MA, Groenen MTJ, Wouters EFM, Janssen DJA. Efficacy of advance care planning: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2014;15(7):477-89. doi:10.1016/j.jamda.2014.01.008.
25. Zhang Q, Xie C, Xie S, Liu Q. The attitudes of Chinese cancer patients and family caregivers toward advance directives. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2016;13(8):816. doi:10.3390/ijerph13080816.



การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความสุขของนักศึกษา ระดับปริญญาตรีที่มีภาวะซึมเศร้าในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

สลิลทิพย์ เหลารินทร์ นศ.พย.¹ ปิยอร วจนะทินภัทร ปร.ด.²

ปณยาพร มั่นธรรม นศ.พย.¹ วริศรา ไร่พริก นศ.พย.¹

ฟ้าประทาน เครื่องหอม นศ.พย.¹ สุภารัตน์ แก่นจันทร์ นศ.พย.¹

(วันรับบทความ : 6 พฤศจิกายน พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 4 ธันวาคม พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ: 15 ธันวาคม พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในนักศึกษา ส่งผลต่อการเรียน สัมพันธภาพกับผู้อื่น และความสุข ถ้านักศึกษามีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตน้อยอาจทำให้การดูแลสุขภาพจิตของตนเองไม่เหมาะสม นำไปสู่การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และการทำร้ายตนเอง ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีเชิงพรรณนาแบบเปรียบเทียบวิเคราะห์เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และความสุขของนักศึกษาระดับปริญญาตรีที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าและมีภาวะซึมเศร้า เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์กับนักศึกษารวม 424 คน แบบสอบถามประกอบด้วย 1) แบบสอบถามส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า 3) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และ 4) แบบสอบถามความสุข และตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.65, 0.98 และ 0.75 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Chi-Square test, Fisher's Exact test, และ Mann-Whitney U Test

ผลการวิจัย พบว่า นักศึกษาทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมในระดับปานกลาง (Mean = 3.54, S.D. = 5.76) และระดับความสุขเท่ากับคนทั่วไป (Mean = 31.48, และ S.D. = 6.92) เมื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และความสุข พบว่านักศึกษาที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และความสุขมากกว่านักศึกษาที่ภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้น มหาวิทยาลัยควรพัฒนาแนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยเฉพาะด้านกลยุทธ์ในการช่วยเหลือตนเองอย่างเหมาะสมให้นักศึกษาทุกคน เช่น การบรรจุไว้ในหลักสูตร การจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรที่มุ่งเน้นการอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อช่วยให้นักศึกษามีความรู้แหล่งช่วยเหลือ สามารถขอความช่วยเหลือเมื่อต้องการ และดูแลสุขภาพจิตของตนเองได้อย่างเหมาะสม ทำให้ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า และป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าที่จะตามมา ส่งผลให้นักศึกษาสามารถเรียนและดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขและมีสุขภาพ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ความสุข ภาวะซึมเศร้า นักศึกษาระดับปริญญาตรี

¹ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2568 สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

² หัวหน้าสาขาวิชาการพยาบาลจิตเวช สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

² ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: piyaorn@g.sut.ac.th Tel: 094-5215865



The Comparison of Mental Health Literacy and Happiness of Undergraduate Students with Depression in a University

Salinthip Laorin NS.¹ Piyaorn Wajanatinapart Ph.D.²

Punyaporn Mantham NS.¹ Warisara Raiprik NS.¹

Fapratran Kraunghom NS.¹ Sudarat Kaenjan NS.¹

(Received Date: November 6, 2025, Revised Date: December 4, 2025, Accepted Date: December 15, 2025)

Abstract

Depression is a significant problem commonly found among students. It affects academic performance, interpersonal relationships, and overall happiness. Students with low mental health literacy may engage in inappropriate self-care practices, which can lead to major depressive disorders and self-harm. The researchers employed a comparative descriptive study to analyze and compare mental health literacy and happiness among undergraduate students with and without depression. Data were collected via online questionnaires from 424 students. The questionnaires included: 1) a personal questionnaire, 2) a depression questionnaire, 3) a mental health literacy questionnaire, and a 4) happiness questionnaire. The Cronbach's alpha coefficients for internal consistency were 0.65, 0.98, and 0.75 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics including frequencies, percentages, means, and standard deviations. Comparative analysis was conducted using Chi-Square tests, Fisher's Exact tests, and Mann-Whitney U tests.

Research findings showed that both groups of students had overall mental health literacy at a moderate level (Mean = 3.54, S.D. = 5.76) and happiness comparable to the general population (Mean = 31.48, S.D. = 6.92). When comparing mental health literacy and happiness, it was found that students without depression had significantly higher levels of mental health literacy and happiness than those with depression, at the .05 level of statistical significance. Therefore, universities should develop strategies to promote mental health literacy, particularly self-help strategies, that are appropriate for all students. For example, integrating such content into the curriculum and organizing extracurricular activities that emphasize practical workshops can help students gain knowledge of available support resources, seek help when needed, and take care of their own mental health appropriately. This would prevent depression and reduce the risk of future major depressive disorders, enabling students to study and live their lives with happiness and well-being.

Keywords: mental health literacy, happiness, depression, undergraduate students

¹Third-year nursing students in academic year 2024, Institute of Nursing, Suranaree University of Technology

² Head of School of Psychiatric Nursing, Institute of Nursing, Suranaree University of Technology

²Corresponding author, Email: piyaorn@g.sut.ac.th Tel: 094-5215865



บทนำ

ปัจจุบันภาวะซึมเศร้า เป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่สำคัญ เนื่องจากเมื่อมีภาวะซึมเศร้าต่อเนื่องมากกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป อาจทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าตามมา และการนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ ปัจจุบันนี้พบว่าแนวโน้มของผู้มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม สิ่งแวดล้อม เทคโนโลยี ภาวะทางเศรษฐกิจ รวมทั้งวิถีชีวิตของคนในปัจจุบัน จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ปี พ.ศ. 2566 ระบุว่า ประมาณ 332 ล้านคน มีประสบการณ์โรคซึมเศร้า เพศหญิงมีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย 1.50 เท่า ในปี พ.ศ. 2564 ประมาณการผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 727,000 คน และการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่สามในกลุ่มคนอายุช่วง 15-29 ปี¹ สำหรับประเทศไทย จากรายงานของกรมสุขภาพจิตเมื่อ ปี พ.ศ. 2565 พบว่า ผู้ที่มารับการรักษาด้วยโรคทางจิตเวชได้รับการวินิจฉัย 3 อันดับแรก ได้แก่ การติดสารเสพติด โรคจิตกึ่งหวล และโรคซึมเศร้า ตามลำดับ² และใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 พบว่า จำนวนคนไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยและเข้ารับการรักษาด้วยโรคซึมเศร้าประมาณ 1.40 ล้านคน³ ปี พ.ศ. 2566 พบว่า กลุ่มอายุ 18-24 ปี มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชมากที่สุดร้อยละ 13.70 นอกจากนี้ยังพบว่าคนไทยพยายามฆ่าตัวตายเฉลี่ยวันละ 85 คน และฆ่าตัวตายสำเร็จเฉลี่ยวันละ 14 คน⁴ ภาวะซึมเศร้าส่งผลกับทุกช่วงวัยโดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น พบว่ามีแนวโน้มการเกิดโรคซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วด้านสังคมและเทคโนโลยี⁴ รวมทั้งการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของนักศึกษาเพื่อนำไปใช้ในการประกอบอาชีพในอนาคต สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น ความกดดัน ความเครียด และภาวะซึมเศร้า หากนักศึกษาไม่สามารถขอความช่วยเหลือ และดูแลสุขภาพจิตของตนเองได้อย่างเหมาะสมอาจนำไปสู่การเกิดโรคซึมเศร้าตามมาได้⁵

การป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นจึงเป็นสิ่งสำคัญโดยเริ่มจากการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในวัยรุ่น เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ และสามารถนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตได้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental health literacy) หมายถึง การมีความรู้ และความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต แหล่งให้ความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต และการจัดการ เพื่อให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดี ทำให้บุคคลรับรู้ เข้าใจ และสามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้น ดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน และขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เกิดการเรียนรู้และปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทำให้กลับสู่ภาวะปกตินำไปสู่การมีสุขภาพจิตที่ดี และช่วยป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้า⁶ นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁷ และมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁸ และจากการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของคนไทย พบว่า ประมาณเกือบ 1 ใน 3 ของคนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตระดับมากที่สุด แต่ประมาณเกือบครึ่งหนึ่งของคนไทยไม่สามารถประเมินตนเองได้ และยังขาดความรู้เกี่ยวกับระบบการคัดกรองสุขภาพจิต ส่งผลให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตได้ โดยเฉพาะในพื้นที่นอกเขตเมือง⁴ ดังนั้น เพื่อให้เข้าใจสุขภาพจิตของวัยรุ่น จึงควรศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในกลุ่มวัยรุ่นเพื่อนำไปสู่การวางแผนในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในวัยรุ่นได้อย่างครอบคลุมและเหมาะสมตามวัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญช่วยให้นักศึกษาสามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเองได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การเป็นผู้มีสุขภาพจิตที่ดี องค์การอนามัยโลก (WHO) ให้ความหมายสุขภาพจิตที่ดี (Mental health) เป็นสภาวะที่บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียดในชีวิต ตระหนักถึงความสามารถของตนเอง เรียนรู้และดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ และการได้ช่วยเหลือสังคม จึงเป็นคุณค่าภายในของบุคคลซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของสภาวะ⁹ ดังนั้นผลลัพธ์อันหนึ่งของการเป็นผู้มีสุขภาพจิตที่ดี คือ การมีความสุขซึ่งเกิดขึ้นจากภายในจิตใจ สามารถเผชิญกับสภาวะจิตใจทั้งด้านบวกและด้านลบได้อย่างสมดุล และมีความพึงพอใจในตนเอง ดังนั้น ความสุข หมายถึง การรับรู้ของบุคคลในสถานการณ์นั้นด้วยความพึงพอใจ เกิดความรู้สึกทางบวก เช่น ยินดี เบิกบาน สนุกสนาน เป็นต้น¹⁰ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของนักศึกษาในระดับปริญญาตรี^{11,12} ความสุขโดยรวมของนักศึกษาระดับปริญญาตรีอยู่ในระดับปานกลางซึ่งมาจาก 5 ใน 9 ด้านที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านสังคม ด้านสุขภาพ ด้านครอบครัว ด้านการผ่อนคลาย และด้านการเงิน¹³ ดังนั้นความสุขมีความเกี่ยวข้องกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาในการดูแลตนเองให้มีสภาวะขณะที่กำลังศึกษาอยู่ในมหาวิทยาลัย



ความสุขของนักศึกษาเป็นสิ่งสำคัญในการใช้ชีวิตในมหาวิทยาลัยเนื่องจากส่งผลต่อการเรียนรู้ทางวิชาชีพและการดำเนินชีวิตในสังคม รวมทั้งการพัฒนาทักษะและศักยภาพของตนเอง เพื่อไปสู่การประกอบอาชีพหลังสำเร็จการศึกษา⁵ และความรู้รอบด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุข¹¹ ซึ่งจะช่วยในการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจไปสู่ความสามารถในการดูแลด้านร่างกาย และสติปัญญา ทำให้สามารถพัฒนาตนเองได้อย่างเต็มศักยภาพ¹⁴ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น พบว่าวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตน้อยกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต การแสวงหาความช่วยเหลือ วิธีการดูแลตนเองเบื้องต้น และทักษะการช่วยเหลือผู้อื่น⁶ ที่ผ่านมามหาวิทยาลัยแห่งนี้มีการศึกษาระดับความสุข¹³ แต่ยังไม่มีการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพจิต และการเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพจิตและความสุขในนักศึกษาระดับปริญญาตรีที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าและมีภาวะซึมเศร้า ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาความแตกต่างระหว่างนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้าเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพจิตและความสุข เพื่อนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพจิต และความสุขของนักศึกษา และการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตอย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับความต้องการของนักศึกษา ช่วยป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้า ทำให้ลดค่ารักษาพยาบาล ลดการขาดเรียน หรือการลาออกเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยปัญหาทางสุขภาพจิต รวมทั้งมีความสุขในการเรียน ได้พัฒนาศักยภาพในทุกด้านเพื่อเตรียมความพร้อมนักศึกษาในการเข้าสู่วัยทำงาน และการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตและความสุขของนักศึกษาในระดับปริญญาตรีที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าและนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพจิตและความสุขระหว่างนักศึกษาในระดับปริญญาตรีที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าและนักศึกษามีภาวะซึมเศร้า

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบเปรียบเทียบ (Comparative descriptive study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพจิต และความสุขระหว่างนักศึกษาที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าและนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปริญญาตรี ซึ่งนักศึกษา กำลังศึกษาในภาคการศึกษาที่ 2/2567 ในมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ จากทั้งหมด 9 สำนักวิชา โดยใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก ตามสัดส่วนจำนวนนักศึกษาในแต่ละสำนักวิชา ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 424 คน เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1-31 ธันวาคม พ.ศ. 2567

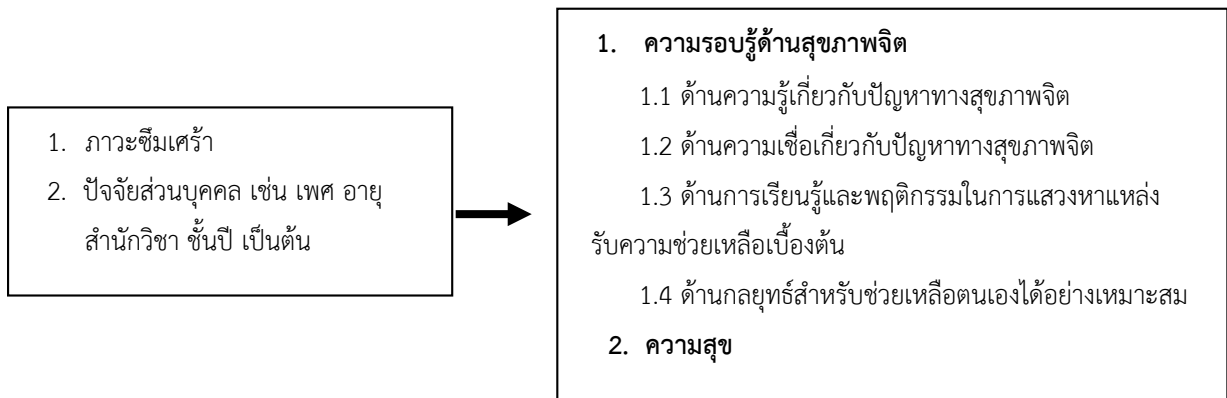
กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้นำทฤษฎีของริฟ (Ryff)¹⁵ มาอธิบายความสุข เนื่องจากสามารถอธิบายได้อย่างครอบคลุมในหลายมิติร่วมกัน และนำไปสู่การมีความสุขภายในจิตใจ ซึ่งประกอบด้วย การยอมรับในตนเอง การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคล ความเป็นตัวของตัวเอง ความสามารถในการจัดสภาพแวดล้อม การมีเป้าหมายในชีวิต และการมีความองงามในตนเอง¹⁵ และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตนำไปสู่การมีสุขภาพจิตที่ดี และความสุขตามมา^{11,12} นอกจากนี้การที่บุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับต่ำอาจนำไปสู่การไม่มีความสุข และทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้^{5,8} สำหรับงานวิจัยนี้ได้อธิบายความรู้ด้านสุขภาพจิตประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านความรู้เกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต 2) ด้านความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต 3) ด้านการเรียนรู้และพฤติกรรมในการแสวงหาแหล่งรับความช่วยเหลือเบื้องต้น และ 4) ด้านกลยุทธ์สำหรับช่วยเหลือตนเองได้อย่างเหมาะสม^{11,16} นอกจากนี้ปัจจัยส่วนบุคคลเช่น เพศ อายุ คณะที่กำลังศึกษาส่งผลให้ระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาแตกต่างกัน^{11,17} ดังนั้นสำหรับนักศึกษาที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับมาก อาจส่งผลให้มีความสุข และไม่เกิดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากสามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเองได้อย่างเหมาะสม ทำให้สามารถการดำเนินชีวิตและการเรียนในมหาวิทยาลัยได้อย่างปกติสุข



ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาเปรียบเทียบ (Comparative descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาทุกคนในระดับปริญญาตรีที่ลงทะเบียนเรียนในภาคการศึกษาที่ 2/2567 จำนวน 12,223 คน ของมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายตามทาร์โรว์ ยามาเน่ ค่าความคลาดเคลื่อนที่ .05 และระดับความเชื่อมั่น 0.95 กลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 388 คน และผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือการตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน จึงวางแผนเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 427 คน โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling) ทั้งหมด 9 สำนักวิชาโดยคิดตามสัดส่วนจำนวนนักศึกษา ประกอบด้วยสำนักวิชาวิทยาศาสตร์จำนวน 366 คน สำนักวิชาเทคโนโลยีสังคม จำนวน 654 คน สำนักเทคโนโลยีการเกษตร จำนวน 733 คน สำนักวิชาวิศวกรรมศาสตร์ จำนวน 8,373 คน สำนักวิชาศาสตร์และศิลป์ดิจิทัล จำนวน 302 คน สำนักวิชาแพทยศาสตร์ จำนวน 225 คน สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ จำนวน 323 คน สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์ จำนวน 225 คน และสำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ จำนวน 701 คน ตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรี กำลังศึกษาที่ภาคการศึกษา 2/2567 2) อายุ 18 ปีขึ้นไป 3) มีอุปกรณ์ที่สามารถตอบแบบสอบถามออนไลน์ได้ เช่น โทรศัพท์มือถือ แท็บเล็ต และ 4) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สำนักวิชา ชั้นปี นับถือศาสนา โรคประจำตัว ความพอเพียงของรายได้

ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (Khon Kaen University Depression Inventory: KKU-DI)¹⁸ จำนวน 14 ข้อ เพื่อประเมินอาการที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งพัฒนาขึ้นเพื่อนำมาใช้ประเมินกลุ่มประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยการปรับภาษาให้มีความเหมาะสม ใช้การตอบแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ 3 คะแนน เท่ากับเป็นเกือบทุกวัน (เกิน 7 วัน) 2 คะแนน เท่ากับ เป็นบ่อย (4-7 วัน) 1 คะแนน เท่ากับ เป็นนาน ๆ ครั้ง (1-3 วัน) และ 0 คะแนน เท่ากับ ไม่เป็นเลย เกณฑ์การประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มประชากรทั่วไปใช้จุดตัด 6 คะแนน ซึ่งจะมีค่าความไวเท่ากับร้อยละ 100 และความสามารถในการทำนายร้อยละ 91^{18,19}



ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตได้ทำการแปลโดย Sriwichai และคณะ¹¹ จากแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้วยผู้ใหญ่อายุ 18-25 ปี¹⁶ จำนวน 29 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรู้เกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต จำนวน 10 ข้อ 2) ด้านความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต จำนวน 8 ข้อ 3) ด้านการเรียนรู้และพฤติกรรมในการแสวงหาแหล่งรับความช่วยเหลือเบื้องต้น จำนวน 6 ข้อ และ 4) ด้านกลยุทธ์สำหรับช่วยเหลือตนเองได้อย่างเหมาะสม จำนวน 5 ข้อ ใช้การตอบแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ 5 คะแนน เท่ากับ เห็นด้วยอย่างมาก 4 คะแนน เท่ากับ เห็นด้วย 3 คะแนน เท่ากับ เฉย ๆ 2 คะแนน เท่ากับ ไม่เห็นด้วย และ 1 คะแนน เท่ากับ ไม่เห็นด้วยอย่างมาก^{11,16} เมื่อได้คะแนนนำมาคำนวณคะแนนเฉลี่ยโดยภาพรวมและรายด้านตามเกณฑ์ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ดังนี้ 1) ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33 เท่ากับมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตระดับน้อย 2) ค่าเฉลี่ย 2.34-3.66 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตระดับปานกลาง และ 3) ค่าเฉลี่ย 3.67-5.00 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตระดับมาก⁶

ส่วนที่ 4 แบบประเมินดัชนีวัดความสุขคนไทยอายุ 15-60 ปี (ฉบับสั้น) จำนวน 15 ข้อ²⁰ กรมสุขภาพจิตได้นำมาใช้²¹ เป็นแบบประเมินตนเองจากประสบการณ์ของการดำเนินชีวิตที่มาจากจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต และพัฒนาศักยภาพตนเองนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งเป็นประสบการณ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ใช้การตอบแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ 4 คะแนน เท่ากับ มากที่สุด 3 คะแนน เท่ากับ มาก 2 คะแนน เท่ากับ เล็กน้อย และ 1 คะแนน เท่ากับ ไม่เลย สำหรับการแปลผล คะแนนเต็ม 45 คะแนน สามารถแบ่งเกณฑ์ได้ 3 ระดับ ดังนี้ 33-45 คะแนน หมายถึงมีความสุขมากกว่าคนทั่วไป 27-32 คะแนน หมายถึง มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป และ 26 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึง มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป^{20,21}

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินดัชนีวัดความสุขคนไทยอายุ 15-60 ปี (ฉบับสั้น) กรมสุขภาพจิตได้นำมาใช้ ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและได้นำมาใช้อย่างแพร่หลาย²¹ จึงไม่ได้นำมาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา แต่สำหรับแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า KKKU-DI และแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ได้มีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิต จำนวน 3 ท่าน เพื่อประเมินความสอดคล้องของคำถามกับแนวคิดและเนื้อหาหัวข้อ (Item-level Content Validity Index: I-CVI) แล้วนำมาหาความค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (Scale-level CVI: S-CVI)²² ได้ค่า S-CVI เท่ากับ .90 และนำแบบสอบถามข้างต้นมาตรวจสอบความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายในของเครื่องมือกับนักศึกษาในมหาวิทยาลัยที่คล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคโดยรวมของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า KKKU-DI แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และแบบประเมินดัชนีวัดความสุขคนไทย เท่ากับ .65, .98 และ .75 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อโครงการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ผู้วิจัยเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยติดต่อกับหัวหน้าห้องแต่ละชั้นปีของแต่ละสำนักวิชา เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยเบื้องต้น และประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยด้วยโปสเตอร์แนบคิวอาร์โค้ด (QR code) โดยเผยแพร่ด้วยการติดไว้ที่อาคารเรียน และส่งผ่านทางไลน์ให้กับหัวหน้าห้อง การเข้าร่วมของอาสาสมัครเป็นความสมัครใจ เมื่ออาสาสมัครยินดียินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถสแกนคิวอาร์โค้ด ซึ่งประกอบด้วยคำชี้แจงอาสาสมัคร เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล และประโยชน์ที่จะได้รับ และเอกสารแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย หลังอาสาสมัครอ่านคำชี้แจงแล้วสามารถยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อตอบแบบสอบถามออนไลน์ หากอาสาสมัครไม่ต้องการเข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถกดไม่ยินยอม เมื่ออาสาสมัครกดยินยอมจึงจะสามารถตอบแบบสอบถามออนไลน์ได้ โดยใช้เวลาในการทำแบบประเมิน 10-15 นาที อาสาสมัครสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่เสียสิทธิประโยชน์ ไม่มีผลต่อการเรียนและการรักษาตัวในโรงพยาบาลใดๆ ทั้งสิ้น จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างและป้องกันการสูญหายข้อมูล ผู้วิจัยวางแผนเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 427 คน หลังจากเก็บข้อมูลในระยะเวลา 1 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1-31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 พบว่ามีอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 424 คน คิดเป็นร้อยละ 99.30



การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลได้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และความสุขของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า และกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยสถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หลังจากนั้นวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติ Chi-square test, Fisher's Exact Test และได้ตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูล พบว่าการแจกแจงของข้อมูลไม่ปกติ ดังนั้นจึงใช้สถิติ Mann-Whitney U Test เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความสุขระหว่างนักศึกษาที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าและนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า โดยกำหนดนัยที่สำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ รหัส EC-67-190 เมื่อวันที่ 14 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 จากมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี อาสาสมัครจะต้องให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยจึงจะสามารถตอบแบบสอบถามออนไลน์ได้ และการถอนตัวของอาสาสมัครไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งในด้านการเรียนและด้านสุขภาพ และข้อมูลที่ได้รับจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ และการนำเสนอข้อมูลของการวิจัยในครั้งนี้จะเป็นภาพรวม ไม่สามารถระบุเจาะจงถึงข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครที่เข้าร่วมการวิจัยได้

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างจำนวน 424 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 59.20 ช่วงอายุ 18 - 25 ปี (Mean = 21.02, S.D. = 1.49) ส่วนใหญ่กำลังศึกษาในสำนักวิชาวิศวกรรมศาสตร์ ร้อยละ 71 และกำลังศึกษาในชั้นปีที่ 2 มากที่สุด ร้อยละ 29.20 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.60 และรายได้พอเพียง ร้อยละ 95.80 เมื่อแบ่งตามกลุ่มตัวอย่าง พบว่าเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 325 คน ร้อยละ 76.50 เป็นเพศชาย ร้อยละ 62.20 อายุเฉลี่ย 21.05 ปี (S.D. = 1.50) กำลังศึกษาในชั้นปีที่ 1 มากที่สุดร้อยละ 26.20 และเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 99 คน ร้อยละ 23.35 เป็นเพศชายร้อยละ 49.50 อายุเฉลี่ย 20.91 ปี (S.D. = 1.45) กำลังศึกษาในชั้นปีที่ 2 มากที่สุดร้อยละ 42.40 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างรวม กลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะซึมเศร้า และกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า

ตัวแปร	กลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะซึมเศร้า (n=325)		กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า (n=99)		กลุ่มตัวอย่างรวม (n=424)		Chi-square test	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. เพศ							10.32	.006*
ชาย	202	62.20	49	49.50	251	59.20		
หญิง	120	36.90	45	45.50	165	38.90		
อื่น ๆ	3	0.90	5	5.10	8	1.90		
2. อายุ 18-25 ปี ค่าเฉลี่ย 21.05 (S.D.=1.50)							-7.90	.430
20.91 (S.D.=1.45)								
3. สำนักวิชา							129.44	.000**
วิทยาศาสตร์	0	0	11	11.10	11	2.60		
เทคโนโลยีสังคม	20	6.20	6	6.10	26	6.10		
เทคโนโลยีการเกษตร	20	6.20	5	5.10	25	5.90		
วิศวกรรมศาสตร์	263	80.90	38	38.40	301	71		



ตัวแปร	กลุ่มตัวอย่างไม่มี ภาวะซึมเศร้า (n=325)		กลุ่มตัวอย่างมี ภาวะซึมเศร้า (n=99)		กลุ่มตัวอย่างรวม (n=424)		Chi- square test	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ศาสตร์และศิลป์ดิจิทัล	0	0	6	6.10	6	1.40		
แพทยศาสตร์	10	3.10	10	10.10	20	4.70		
พยาบาลศาสตร์	2	0.60	13	13.10	15	3.50		
ทันตแพทยศาสตร์	6	1.80	2	2	8	1.90		
สาธารณสุขศาสตร์	4	1.20	8	8.10	12	2.80		
4. ชั้นปีที่กำลังศึกษา							17.64	.003**
ชั้นปีที่ 1	85	26.20	16	16.20	101	23.80		
ชั้นปีที่ 2	82	25.20	42	42.40	124	29.20		
ชั้นปีที่ 3	67	20.60	24	24.20	91	21.50		
ชั้นปีที่ 4	80	24.60	12	12.10	92	21.70		
ชั้นปีที่ 5	3	0.90	2	2	5	1.20		
ชั้นปีที่ 6	8	2.50	3	3	11	2.60		
5. นับถือศาสนา							4.06	.131
พุทธ	320	98.50	94	94.90	414	97.60		
คริสต์	2	0.60	2	2	4	0.90		
อิสลาม	3	0.90	3	3	6	1.40		
6. ความพอเพียงรายได้							10.89	.001**
พอเพียง	317	97.50	89	89.90	406	95.80		
ไม่พอเพียง	8	2.50	10	10.10	18	4.20		

หมายเหตุ: อายุ ใช้ Mann-Whitney U ความพอเพียงของรายได้ ใช้ Fisher's Exact Test และตัวแปรอื่น ๆ ใช้ Chi-square test

2. กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาจำนวน 424 คน มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตรวม 3.54 (S.D. = 5.76) จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง และมีค่าคะแนนเฉลี่ยความสุขรวม 31.48 (S.D. = 6.92) เท่าคนทั่วไป เมื่อแยกนักศึกษาเป็น 2 กลุ่ม คือ นักศึกษาที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า และนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า สำหรับนักศึกษาที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตรวม 3.64 (S.D. = 5.71) อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่า 3 ใน 4 ด้าน มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับมาก และด้านการเรียนรู้และพฤติกรรมในการแสวงหาแหล่งความช่วยเหลือเบื้องต้นมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด เท่ากับ 3.75 (S.D. = 5.42) สำหรับด้านกลยุทธ์สำหรับช่วยเหลือตนเองได้อย่างเหมาะสมมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด เท่ากับ 3.31 (S.D. = 2.11) สำหรับนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตรวม 3.27 (S.D. = 4.88) อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่า ทั้ง 4 ด้านมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับปานกลาง และด้านการเรียนรู้และพฤติกรรมในการแสวงหาแหล่งความช่วยเหลือเบื้องต้นมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด เท่ากับ 3.40 (S.D. = 5.21) สำหรับด้านกลยุทธ์สำหรับช่วยเหลือตนเองได้อย่างเหมาะสมมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด เท่ากับ 3.16 (S.D. = 3.63) ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ทางสุขภาพจิต และความสุขของกลุ่มตัวอย่างรวม กลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะซึมเศร้า และกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า

ตัวแปร	กลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะซึมเศร้า (n=325)			กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า (n=99)			กลุ่มตัวอย่างรวม (n=424)		
	Mean	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ
1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต 4 ด้าน (คะแนนเต็ม 5)									
1.1 ด้านความรู้เกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต	3.67	9.54	มาก	3.29	7.98	ปานกลาง	3.57	9.57	ปานกลาง
1.2 ด้านความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต	3.72	7.07	มาก	3.22	5.38	ปานกลาง	3.60	7.02	ปานกลาง
1.3 ด้านการเรียนรู้และพฤติกรรมในการแสวงหาแหล่งรับความช่วยเหลือเบื้องต้น	3.75	5.42	มาก	3.40	5.21	ปานกลาง	3.66	5.51	ปานกลาง
1.4 ด้านกลยุทธ์สำหรับช่วยเหลือตนเองได้อย่างเหมาะสม	3.31	2.11	ปานกลาง	3.16	3.63	ปานกลาง	3.27	2.63	ปานกลาง
รวมทั้ง 4 ด้าน	3.64	5.71	ปานกลาง	3.27	4.88	ปานกลาง	3.54	5.76	ปานกลาง
2. ความสุข (คะแนนเต็ม 45)	32.56	7.06	เท่าคนทั่วไป	28.51	5.83	เท่าคนทั่วไป	31.48	6.92	เท่าคนทั่วไป

3. จากการเปรียบเทียบค่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในนักศึกษาทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า ค่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามีมากกว่ากลุ่มนักศึกษามีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($Z = -3.075, p = .002$) และเมื่อเปรียบเทียบรายด้าน พบว่า ค่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตทุกด้านของกลุ่มนักศึกษาที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามีมากกว่ากลุ่มนักศึกษามีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนความสุขในนักศึกษาทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า ค่าคะแนนความสุขของนักศึกษาที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามีมากกว่ากลุ่มนักศึกษามีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($Z = -4.608, p = .000$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และความสุขระหว่างกลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะซึมเศร้า (n = 325) และกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า (n = 99)

ตัวแปร	Median	Mean Rank (n = 325)	Mean Rank (n=99)	Z	p
1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต 4 ด้าน	95.00	222.54	179.53	-3.075	.002*
1.1 ด้านความรู้เกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต	32.00	219.99	187.92	-2.338	.019**
1.2 ด้านความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต	26.00	224.34	173.63	-3.645	.000**
1.3 ด้านการเรียนรู้และพฤติกรรมในการแสวงหาแหล่งรับความช่วยเหลือเบื้องต้น	20.00	221.91	181.62	-2.931	.003*
1.4 ด้านกลยุทธ์สำหรับช่วยเหลือตนเองได้อย่างเหมาะสม	17.00	219.42	189.77	-2.188	.029*
2. ความสุข (คะแนน 45)	30.00	227.52	163.19	-4.608	.000**

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



การอภิปรายผล

วัตถุประสงค์ที่ 1 เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตและความสุขของนักศึกษาในระดับปริญญาตรีที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าและนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า

สำหรับนักศึกษากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อแยกระหว่างกลุ่มนักศึกษาที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า และกลุ่มนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า มีความรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางทั้งสองกลุ่ม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สุขภาพจิต ความพึงพอใจทางจิต และความเหงาในนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่¹¹ และสอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศตุรกีซึ่งพบว่านักศึกษาที่กำลังศึกษาใน 4 คณะทางวิทยาศาสตร์สุขภาพมีความรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับปานกลาง⁵ อาจเนื่องมาจากการศึกษาในระดับมหาวิทยาลัยนักศึกษาต้องเผชิญกับความท้าทายใหม่ ๆ ทั้งภายในตนเอง ด้านการเรียนเชิงวิชาชีพ และด้านสังคม รวมทั้งการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตจะเน้นการมีแหล่งช่วยเหลือหรือสนับสนุนด้านสุขภาพจิต แต่ยังไม่เน้นการฝึกปฏิบัติเพื่อนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพจิตของตนเองอย่างเหมาะสม และนักศึกษาบางส่วนอาจยังไม่เข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพจิต^{5,11} แต่ผลการวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกาสำหรับเอมิเรตส์²³ และงานวิจัยเกี่ยวกับการตรวจสอบแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพจิตแบบสั้นสำหรับวัยผู้ใหญ่ในประเทศจีน อินเดีย อินโดนีเซีย โปรตุเกส ไทย และสหรัฐอเมริกา²⁴ ซึ่งทั้ง 2 งานวิจัย พบว่าระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตของนักศึกษายู่ในระดับมาก อาจเนื่องมาจากนักศึกษาส่วนใหญ่ในงานวิจัยเป็นเพศหญิง กำลังศึกษาชั้นปีที่ 4 มีประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต²³ และไม่สอดคล้องกับการสำรวจระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตของคนไทย ซึ่งพบว่า 1 ใน 3 ของคนไทยมีความรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับมากที่สุด แต่เกือบครึ่งยังไม่มีความรู้ในประเด็นด้านสุขภาพจิต⁴ ที่ผ่านมางานวิจัยส่วนใหญ่ที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพจิตในนักศึกษากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจะเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างเพศพบว่าเพศหญิงมีความรู้ด้านสุขภาพจิตมากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁷ แต่ในงานวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ซึ่งอาจส่งผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตเนื่องจากการรับรู้ปัญหาและการจัดการกับปัญหาแตกต่างกันระหว่างเพศหญิงและเพศชาย²⁵ ถึงแม้ว่าในปัจจุบันมหาวิทยาลัยส่วนใหญ่จะมีการให้บริการ และแหล่งสนับสนุนด้านสุขภาพจิตให้กับนักศึกษามากขึ้น แต่ยังขาดกลยุทธ์ที่จะทำให้นักศึกษาเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพจิตเมื่อต้องการความช่วยเหลือ¹⁷ จากที่กล่าวมาปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลให้นักศึกษามีความรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับปานกลาง ดังนั้นการพัฒนาแนวทาง และกลยุทธ์ที่จะทำให้นักศึกษามีความรู้ด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น จะช่วยให้นักศึกษาสามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตอย่างเหมาะสม สามารถขอความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น และนำไปสู่พฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น⁹

สำหรับความสุขของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอยู่ในระดับเท่ากับคนทั่วไปสอดคล้องกับการศึกษาความสุขของนักศึกษาระดับปริญญาตรีประจำปีการศึกษา 2561 ภาคเรียนที่ 2 มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี เนื่องจากมหาวิทยาลัยมีการให้บริการแบบรวมบริการประสานภารกิจในการจัดทรัพยากรและกิจกรรมทั้งในด้านการเรียนการสอนและการใช้ชีวิตในวิทยาลัย²⁶ และสอดคล้องกับความสุขโดยรวมของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ปีการศึกษา 2559 จากการศึกษาความสุขใน 9 ด้านพบว่ามีความสุข 5 ด้านอยู่ในระดับปานกลางได้แก่ ด้านสังคม ด้านสุขภาพ ด้านครอบครัว ด้านการผ่อนคลาย และด้านสุขภาพการเงิน ส่วนด้านความมั่นใจ ด้านจิตวิญญาณ ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านการใฝ่รู้ อยู่ในระดับสูง ซึ่งการส่งเสริมความสุขในนักศึกษาจะนำไปสู่การประสบความสำเร็จในการเรียนและการดำเนินชีวิต¹³ ถึงแม้ว่าระดับความสุขของนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าจะยังคงอยู่ในระดับเท่ากับคนทั่วไป แต่เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์พบว่ามีความเสี่ยงคะแนนรวมค่อนข้างน้อย ซึ่งอาจบ่งบอกถึงการจัดการปัญหาในด้านการเรียน ด้านสังคม ด้านการดำเนินชีวิตในมหาวิทยาลัย และการพัฒนาศักยภาพตนเองในด้านการเรียนรู้สิ่งใหม่เพื่อนำไปประกอบอาชีพในอนาคตยังไม่เหมาะสม จึงอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า หรือความรู้สึกไม่สบายใจได้⁵



วัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความสุขระหว่างนักศึกษาในระดับปริญญาตรีที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าและนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า

สำหรับนักศึกษาที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมมากกว่านักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องภาวะซึมเศร้า และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของวัยรุ่น⁵ เนื่องจากบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่ดีจะมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถจัดการกับปัญหาทางสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นได้ ในทางกลับกัน หากบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับน้อย อาจไม่สามารถจัดการหรือแสวงหาความช่วยเหลือ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหรือภาวะซึมเศร้าคงอยู่ต่อเนื่องนานขึ้นได้⁵ สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับต่ำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001²⁷ เมื่อพิจารณารายด้านของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต พบว่า นักศึกษาที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในด้านความรู้เกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต ด้านความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต ด้านการเรียนรู้และพฤติกรรมในการแสวงหาแหล่งรับความช่วยเหลือเบื้องต้น และด้านกลยุทธ์สำหรับช่วยเหลือตนเองได้อย่างเหมาะสมมากกว่านักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น⁶ และงานวิจัยที่ศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและทัศนคติในการแสวงหาความช่วยเหลือทางด้านจิตใจ⁵ อาจเนื่องมาจากความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตช่วยให้นักศึกษาสามารถจัดการกับปัญหาทางสุขภาพจิตของตนเองเบื้องต้นได้ และเมื่อต้องการความช่วยเหลือสามารถเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือได้อย่างทัน่วงที ทำให้สามารถจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้นการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตช่วยให้นักศึกษาสามารถจัดการกับภาวะซึมเศร้าได้ และกลับคืนสู่ภาวะปกติ อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายซึ่งเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพจิตมักเก็บความรู้สึกไว้ภายใน ไม่ค่อยพูดเนื่องจากความคาดหวังทางสังคมที่เพศชายควรเข้มแข็ง ซึ่งอาจจะใช้วิธีการเผชิญปัญหาด้วยตนเอง หรือ หนีปัญหา ด้วยการเล่นกีฬา การดื่มสุรา หรือใช้สารเสพติด ซึ่งวิธีนี้จะดูแลช่วยเหลือตนเองที่เหมาะสมอาจมีจำกัด ซึ่งแตกต่างจากเพศหญิงที่จะมีความคิดหมกมุ่น การพูดคุยระบายความรู้สึก หรือต้องการขอคำแนะนำจากบุคคลอื่นมากกว่า²⁵ ดังนั้นเพศจึงอาจส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแตกต่างกันเมื่อเปรียบเทียบระหว่างนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า

เมื่อเปรียบเทียบความสุขระหว่างนักศึกษาที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ากับนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อาจเนื่องมาจากสามารถจัดการกับปัญหาทางสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสม เพราะการศึกษาในระดับมหาวิทยาลัยนักศึกษาต้องเผชิญกับความท้าทายทั้งในด้านการเรียนและด้านสัมพันธภาพกับอาจารย์ ผู้ปกครอง และเพื่อน¹¹ และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตจะช่วยให้นักศึกษามีความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพจิตที่ถูกต้อง มีการเรียนรู้ในการแสวงหาความช่วยเหลือ และการเลือกใช้วิธีการในการดูแลสุขภาพจิตของตนเองได้^{6,11} สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001^{11,12} และโดยเฉพาะในด้านการเรียนรู้แหล่งช่วยเหลือ ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมในการขอความช่วยเหลือเมื่อต้องการ⁵ ทำให้กลับคืนสู่ภาวะปกติไม่เกิดภาวะซึมเศร้า ทำให้มีความสุขในการเรียน และการดำเนินชีวิตในมหาวิทยาลัย^{11,12} นอกจากนี้สำหรับนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า อาจมีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ไม่มีสมาธิ ไม่อยากทำอะไร การแสวงหาความช่วยเหลือหรือบริการด้านสุขภาพจิตมีจำกัดและหลังจบการศึกษาไม่ได้รับการจ้างงาน และไม่มีความสุขในการดำเนินชีวิต¹⁷ ดังนั้นความสุขอาจเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญอันหนึ่งของการมีสุขภาพจิตที่ดีของนักศึกษาในขณะที่เรียนอยู่ในมหาวิทยาลัย¹² และมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต¹¹ จึงควรมีการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตซึ่งจะช่วยให้นักศึกษาสามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเองได้อย่างเหมาะสม ทำให้ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า และมีความสุขในการเรียนและการดำเนินชีวิตในรั้วมหาวิทยาลัย



สรุปการวิจัย

จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาเพศชาย กำลังศึกษาในสำนักวิชาวิศวกรรมศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 เมื่อประเมินภาวะซึมเศร้า พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 76.65 และนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 23.35 และนักศึกษามีความรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีความสุขโดยรวมเท่ากับคนทั่วไป เมื่อแยกรายด้าน พบว่า นักศึกษาที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามีความรู้ด้านสุขภาพจิต 3 ใน 4 ด้านอยู่ในระดับมาก ซึ่งแตกต่างจากนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่าความรู้ด้านสุขภาพจิตทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมและรายด้าน พบว่านักศึกษาที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามีค่าคะแนนความรู้ด้านสุขภาพจิตมากกว่านักศึกษามีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบความสุข พบว่า นักศึกษาที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามีค่าคะแนนความสุขมากกว่านักศึกษามีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ข้อจำกัดการวิจัย

ข้อจำกัดของงานวิจัยนี้คือการเก็บข้อมูลเนื่องจากเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในมหาวิทยาลัยเดียว และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ในสำนักวิชาวิศวกรรมศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 และเป็นเพศชาย จึงไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรได้ และการเก็บข้อมูลไม่ได้เป็นไปตามสัดส่วนของจำนวนประชากร เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามแบบออนไลน์ ทำให้มีความแตกต่างจากการคำนวณสัดส่วนเล็กน้อย

ข้อเสนอแนะ

การนำไปใช้ มหาวิทยาลัยควรมีการส่งเสริมให้นักศึกษาทุกชั้นปีมีความรู้ด้านสุขภาพจิตที่ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน โดยเฉพาะด้านกลยุทธ์สำหรับช่วยเหลือตนเองได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากจะช่วยให้นักศึกษาสามารถเลือกใช้วิธีการดูแลตนเองเบื้องต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพจิตในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตควรมุ่งเน้นให้เกิดทักษะสามารถนำไปปฏิบัติได้ในชีวิตประจำวัน และนักศึกษาทุกคนควรได้รับการส่งเสริมอย่างต่อเนื่องในทุกชั้นปี เช่น การบรรจุในหลักสูตรในหมวดศึกษาทั่วไป การจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตร เป็นต้น นอกจากนี้การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตในนักศึกษาหญิงและเพศชายอาจมีจุดเน้นที่แตกต่างกันเพื่อมุ่งหวังให้เกิดการเรียนรู้และนำไปใช้อย่างเหมาะสมในชีวิตประจำวัน เมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต นักศึกษาสามารถประเมินสุขภาพจิตของตนเอง ดูแลตนเองเบื้องต้น หรือขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนของทางมหาวิทยาลัยได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้การประเมินสุขภาพจิตของนักศึกษาควรประเมินทั้ง 2 ด้าน ได้แก่ ด้านบวก เช่น ความสุข ความมีคุณค่า เป็นต้น และด้านลบ เช่น ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล เป็นต้น เพื่อให้เข้าใจนักศึกษาทั้งสองมิติ และนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงสุด ทำให้ช่วยป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้า และการทำร้ายตนเองของนักศึกษาได้

การวิจัย ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาด้วยปัจจัยด้านเพศ หรือชั้นปีที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ ควรมีการศึกษาเชิงการทดลองด้วยการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาเพื่อนำไปพัฒนาแนวทางการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต และความสุขของนักศึกษาอย่างชัดเจน และอาจนำความรู้ด้านสุขภาพจิตและความสุขมาเป็นตัวแปรตามที่ชี้วัดการมีสุขภาพจิตที่ดีของนักศึกษาและวัยทำงานได้

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณอาสาสมัครจากทุกสำนักวิชาที่เข้าร่วมการวิจัยและให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และขอขอบคุณสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ที่สนับสนุนให้งานวิจัยนี้ทำสำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้



References

1. World Health Organization. Depression [Internet]. 2025 [cited 2025 Aug 29]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. Department of Mental Health. Report on Psychiatric Service Utilization from the Health Data Center (HDC), Ministry of Public Health, Fiscal Year 2023 [Internet]. [cited 2025 Oct 29]. Available from: <https://dmh.go.th/report/datacenter/hdc/reds.asp>. (in Thai)
3. Health Data Center, Information and Communication Technology Center, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Report on access to services for patients with depression, fiscal year 2025, August 2025 [Internet]. 2025 Sep 5 [cited 2025 Oct 29]. Available from: https://thaidepression.com/www/report/main_report/pdf/ahb-08-25-mix_HDC.pdf. (in Thai).
4. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. Thai health 2025. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation; 2025. (in Thai)
5. Kılınç ND, Kendirli G. Determining the mental health literacy level of university students and examining their attitudes towards seeking psychological help. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2025;34:e13506. doi:10.1111/inm.13506.
6. Chidmongkol R, Mueannadon R, Kaewma S. Depression and mental health literacy in adolescents. *Nursing Public Health and Education*. 2020;21(2):40–51. (in Thai)
7. Namarak R, Chankharm W, Buajaroen H. The relationships between mental health literacy resilience and depression in students at Nakhon Pathom Rajabhat University. *Journal of Nursing and Public Health Research*. 2024;4(2):e265694. (in Thai)
8. Olyani S, Jafari A, Tehrani H. The relationship between mental health literacy and general health in female adolescents. *Journal of Health Literacy*. 2022 Summer;7(2):77-85. doi:10.22038/jhl.2022.61216.1231
9. World Health Organization. Mental health [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 8]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
10. Muijeen K. Creating happiness with positive psychology. *Science and Technology Journal*. 2016;24(4):673–81. (in Thai)
11. Sriwichai N, Boonchiang W, Kreausukon P. The correlation between mental health literacy, mental well-being, and loneliness among students at Chiang Mai University. *Chiang Mai University Journal of Humanities*. 2020;22(1):143–61. (in Thai)
12. Elkin N, Mohammed AK, Kılınçel Ş, Soydan AM, Tanrıver SÇ, Çelik Ş, Ranganathan M. Mental health literacy and happiness among university students: A social work perspective to promoting well-being. *Front Psychiatry*. 2025;16:1541316. doi:10.3389/fpsy.2025.1541316.
13. Phanuekrum J. A study of factors related to happiness among undergraduate students at Suranaree University of Technology, academic year 2016. Nakhon Ratchasima: Suranaree University of Technology; 2017. Institutional research report. (in Thai)



14. Ratchasen N. Exploring student well-being through the lens of the Happy Workplace model: A case study at Prince of Songkla University, Pattani Campus. *Princess of Naradhiwas University Journal of Humanities and Social Sciences*. 2024;11(2):47–65. (in Thai)
15. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989;57(6):1069.
16. Dias P, Campos L, Almeida H, Palha F. Mental health literacy in young adults: Adaptation and psychometric properties of the mental health literacy questionnaire. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018;15(7):1318. doi:10.3390/ijerph15071318
17. Gorczynski P, Sims-Schouten W. Evaluating mental health literacy amongst US college students: A cross-sectional study. *Journal of American College Health*. 2024;72(3):676-9. doi:10.1080/07448481.2022.2063690
18. Sotthiphan J, Wattanaphan P, Arunpongpaissal S. Validation of KhonKaen University Depression Inventory (KKU-DI) in Patients with Spinal Cord Lesion in Srinagarind Hospital. *ASEAN Journal of Rehabilitation Medicine*. 2013;23(1):7-13. (in Thai)
19. Arunpongpaissal S, Rungsrikhajee P, Pajanasunthorn N, Veerasiri S, Poholpak S, Krisanaprakornkit T. Development of Khon Kaen University Depression Inventory (KKU-DI) for Thai community in the Northeast. *Journal of Psychiatric Association of Thailand*. 2006;51(4):330-48. (in Thai)
20. Mongkol A, Hatthaphanom W, Chetchotsak P, Chonlakul W, Panyoyai L. A study of Thai mental health indicators (individual level). *Khon Kaen Klang Nana Wittaya*; 2001. (in Thai)
21. Department of Mental Health. Guidelines for Provincial-Level Surveillance and Care of Depression. 3rd rev. ed. Nonthaburi Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2014. (in Thai)
22. Pattanasombutsook M. Validation of nursing research reports and proper use of social science research instruments in publishing. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 2021;8(2):189-204. (in Thai)
23. AlMekkawi M, ElKhalil R, Arul Raj AR, Bashayreh I, Elbarazi I, Al Maqbali M, et al. Mental health literacy in nursing students: Insights from a cross-sectional analysis. *PLoS One*. 2025;20(6):e0323728. doi:10.1371/journal.pone.0323728
24. Campos L, Dias P, Costa M, Rabin L, Miles R, Lestari S, Feraihan R, Pant N, Sriwichai N, Boonchieng W, Yu L. Mental health literacy questionnaire-short version for adults (MHLq-SVa): Validation study in China, India, Indonesia, Portugal, Thailand, and the United States. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):713. doi:10.1186/s12888-022-04308-0
25. Rungreangkulkij S. Gender and mental health. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2010;55(1):109–18. (in Thai)
26. Meemungboon V. A study of undergraduate students' happiness index in 2nd Semester 2018. Pathum Thani: Student Development Division, Rajamangala University of Technology Thanyaburi; 2018. (in Thai)
27. Zhong B, Liu T, Huang J, Chen H, Li Y, Wang A, et al. Low mental health literacy is associated with depression and anxiety among adults: A population-based survey of 16,715 adults in China. *BMC Public Health*. 2024;24:2721. doi:10.1186/s12889-024-20020-y

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน (ฉบับปรับปรุง เริ่มใช้ตั้งแต่ฉบับที่ 3/2568)

วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ เป็นของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นสื่อกลางของบุคลากรพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้อง ในการส่งเสริมเผยแพร่ความรู้และแนวปฏิบัติจากงานวิจัย รับผิดชอบต่อความทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เพื่อเพิ่มพูนความเข้มแข็งของวิชาชีพพยาบาล ดังนั้นจึงใคร่ขอเชิญชวนให้พยาบาลทุกท่าน และผู้ที่เกี่ยวข้องที่สนใจส่งผลงานมาเผยแพร่ในวารสาร โดยอยู่ในขอบเขตดังนี้

ประเภทของเรื่องที่รับตีพิมพ์

1. บทความทางวิชาการ (Academic article) เป็นบทความที่เรียบเรียงสาระความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลและการดูแลสุขภาพสาขาต่างๆ ที่มีเนื้อหาทันสมัย นำมาสรุปวิเคราะห์ เปรียบเทียบ สังเคราะห์โดยผู้เขียน นำเสนอองค์ความรู้และข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ
2. บทความวิจัย (Research article) เป็นบทความเกี่ยวกับการรายงานการวิจัยทางการพยาบาลและการดูแลสุขภาพสาขาต่าง ๆ ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ รวมทั้งการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) และการสังเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-synthesis)

ประเภทของเรื่องที่ไม่รับตีพิมพ์

บทความวิจัยที่เป็นการวิจัยนำร่อง (Pilot studies) และงานวิจัยที่ผลการค้นพบเบื้องต้น (Preliminary findings)

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับที่จะส่งมาตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ ต้องเป็นผลงานที่แล้วเสร็จไม่เกิน 5 ปี และไม่เป็นเรื่องที่เคยตีพิมพ์หรือกำลังอยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารอื่น
2. ผู้มีรายชื่อในบทความทุกคนต้องมีส่วนร่วมในกระบวนการผลิตผลงานวิชาการนั้น ๆ และมีความเห็นพ้องต้องกันในเนื้อหาสาระของบทความก่อนส่งเข้ามาเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่
3. ผู้เขียนต้องมั่นใจว่าได้ตรวจสอบเนื้อหาของบทความแล้ว และไม่มีการลักลอบเลียนงานวิชาการ (Plagiarism) โดยมีการอ้างอิงแหล่งที่มาตามหลักวิชาการที่ถูกต้องครบถ้วน
4. การส่งบทความให้ผู้เขียนแนบผลการตรวจสอบการลักลอบเลียนงานวิชาการ (Plagiarism) จากโปรแกรมมาตรฐาน เช่น Turnit-in, Copyleaks, อีกรวบรวมสิทธิ์ เป็นต้น สำหรับการแนบไฟล์ผลการตรวจสอบให้เลือกเฉพาะหน้าแรกที่แสดงค่า Similarity Index ซึ่งบทความที่ส่งมาตีพิมพ์ต้องมีค่า Similarity Index ไม่เกิน 25%
5. บทความที่เป็นผลงานของนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา ให้มีการลงลายมือชื่อของอาจารย์ที่ปรึกษาทุกท่าน เพื่อรับรองว่าได้อ่านและพิจารณาเนื้อหาสาระของบทความนั้นแล้ว ก่อนส่งบทความเข้ามาพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่
6. สำหรับบทความวิจัยที่ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เป็นมนุษย์ ให้แนบเอกสารรับรองการวิจัยในมนุษย์ (Certificate of Approval: COA) กรณีบทความที่ส่งมาเป็นโครงการย่อยของโครงการวิจัยขนาดใหญ่ ให้ระบุในเนื้อหาของบทความว่า “บทความฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัย” งานวิจัยที่ไม่ได้ขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจะไม่ได้รับการลงตีพิมพ์
7. บทความต้นฉบับพร้อมเอกสารแนบต้องส่งเข้าในฐานข้อมูล ICT Thaijo ของวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ (<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned>) เท่านั้น

รูปแบบของการเตรียมต้นฉบับ

การจัดเตรียมต้นฉบับให้เนื้อหาบทความที่มีความยาว 16-18 หน้า (นับตั้งแต่บทคัดย่อ รวมรูปภาพ ตาราง และเอกสารอ้างอิง) พิมพ์จากโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป MS word for window พิมพ์ด้วยตัวอักษร TH Sarabun New ขนาด 14 pt. ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 เท่า เว้นระยะขอบบนล่าง ซ้าย และขวา 2.54 เซนติเมตร ในแต่ละหน้าขอให้ระบุเลขที่หน้าไว้ที่หัวกระดาษบนด้านขวา และไม่ต้องจัดคอลัมน์ การใช้ภาษาอังกฤษในเนื้อหาให้ใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะเท่านั้นที่ตัวแรกใช้ตัวพิมพ์ใหญ่ หากจำเป็นต้องใช้ชื่อย่อในเนื้อหา จะต้องพิมพ์ครั้งแรกแบบชื่อเต็ม ตามด้วย : ชื่อย่อ ตัวอย่าง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD)

Title page:

จัดทำ Title page แยกไฟล์ ซึ่งประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียนและทีม พร้อมทั้งคุณวุฒิชื่อย่อ ภาษาไทย (ภาษาอังกฤษ) อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ชิดขอบกระดาษด้านขวา ขนาดตัวอักษร 14 pt. พร้อมระบุตัวเลขเป็นด้วยยกท้ายชื่อผู้เขียนตามลำดับ ตัวอย่าง รุ่งลาวัลย์ เอี่ยมกุลคลึง ปร.ด.¹ ตามแบบฟอร์มของวารสาร เพื่อให้สอดคล้องกับเชิงอรรถด้านท้าย โดยเชิงอรรถด้านท้ายประกอบด้วย

1. แหล่งทุน (ถ้ามี)
2. ตำแหน่ง สถาบันต้นสังกัดที่ผู้เขียนปฏิบัติงาน โดยด้านหน้าให้ใส่ตัวเลขแบบด้วยยกท้ายลำดับให้สอดคล้องกับชื่อผู้เขียนและทีม ด้านบน
3. ระบุคำว่า “Corresponding author” หน้าชื่อผู้เขียนหลัก
4. ระบุอีเมลและเบอร์โทรศัพท์ของผู้เขียนหลัก

องค์ประกอบของบทความ

1. บทความวิชาการ เรียงลำดับดังนี้

- 1.1 ชื่อเรื่อง (Title) ควรจะสั้นได้ใจความและสอดคล้องกับเนื้อหาในเรื่อง โดยพิมพ์ไว้ด้านบนของบทคัดย่อ
- 1.2 บทคัดย่อภาษาไทย ไม่เกิน 350 คำ โดยให้ครอบคลุมหัวข้อดังนี้ เกริ่นนำสิ่งที่ทำ สรุปผลสำคัญที่ได้รับคุณค่าสำคัญไว้ด้านล่าง 3 - 5 คำ โดยกำหนดคำสำคัญที่เป็นสากล สามารถสืบค้นได้ คือ กำหนดตาม Medical subject headings (MeSH)
- 1.3 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) ให้เขียนบทคัดย่อขยาย (Extended abstract) ไม่เกิน 800 คำ และระบุคุณค่าสำคัญด้านล่าง 3-5 คำ โดยกำหนดคำสำคัญที่เป็นสากล สามารถสืบค้นได้ คือ กำหนดตาม Medical subject headings (MeSH)
- 1.4 ส่วนเนื้อหา (Content) ประกอบด้วยบทนำ เนื้อหาสาระ และบทสรุป โดยบทนำให้อธิบายความสำคัญ และวัตถุประสงค์ของบทความวิชาการ ส่วนเนื้อหาควรมีการจัดลำดับเนื้อหาที่เหมาะสม เข้าใจง่าย แสดงการวิเคราะห์ วิเคราะห์อย่างสมเหตุสมผลด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ส่วนบทสรุปควรสั้น กระชับ ที่สะท้อนการนำไปใช้ประโยชน์ได้ชัดเจน
- 1.5 ส่วนเอกสารอ้างอิง (Reference) เป็นส่วนท้ายของบทความ ให้ดำเนินการตามเกณฑ์ที่วารสารกำหนด

2. บทความวิจัย เรียงลำดับดังนี้

- 2.1 ชื่อเรื่อง (Title) ควรจะสั้นได้ใจความ ระบุตัวแปรที่ศึกษา สะท้อนวิธีการวิจัยและสอดคล้องกับเนื้อหาในเรื่อง โดยพิมพ์ไว้ด้านบนของบทคัดย่อ
- 2.2 บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกินอย่างละ 350 คำ โดยนำเสนอเป็น 2 ย่อหน้า โดยย่อหน้าแรกประกอบด้วย ที่มาและความสำคัญ (Introduction) วิธีดำเนินการศึกษา (Methods) ย่อหน้าที่สองประกอบด้วย ผลการศึกษา (Results) ที่ไม่ต้องระบุตัวเลขทางสถิติ สรุปผลการวิจัยและการนำไปใช้ (Conclusion and implications) ซึ่งไม่ต้องระบุการอ้างอิงในเนื้อหา
- 2.3 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) ให้เขียนบทคัดย่อขยาย (Extended abstract) ไม่เกิน 800 คำ ประกอบด้วย ที่มาและความสำคัญ (Introduction) วัตถุประสงค์ (Objective) วิธีการศึกษา (Material and method) ผลการวิจัย (Result) การอภิปราย (Discussion) ข้อสรุปการวิจัย (Conclusion) ข้อจำกัดการวิจัย (Limitation) ข้อเสนอแนะ และการนำผลการวิจัยไปใช้ (Recommendation for future research) โดยแบ่งออกเป็น 2 ย่อหน้าให้สอดคล้องกับบทคัดย่อภาษาไทย
- 2.4 คำสำคัญ (Keywords) เป็นคำหรือข้อความสั้น ๆ ที่เป็นจุดสำคัญของเนื้อเรื่องทั้งหมดรวมกัน 3 - 5 คำ โดยกำหนดคำสำคัญที่เป็นสากล สามารถสืบค้นได้ คือ กำหนดตาม Medical subject headings (MeSH)
- 2.5 บทนำ (Introduction) กล่าวถึง ที่มาและความสำคัญของปัญหาการวิจัยอย่างสั้นๆ ที่ครอบคลุมตัวกระตุ้นจากความรู้ (Knowledge trigger) จากการปฏิบัติงาน (Practice trigger) และ/หรือจากผู้ใช้บริการ (Patient trigger) มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องแบบบูรณาการเกี่ยวกับเรื่องที่ใช้อย่างย่อๆ สะท้อนสถานะองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องในการศึกษาและจุดอ่อนในองค์ความรู้ (Gap of knowledge) และ/หรือจุดอ่อนในการปฏิบัติงาน (Gap of practice)
- 2.6 วัตถุประสงค์การวิจัย อธิบายเป้าหมายของการวิจัยที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและชื่อเรื่อง ที่ครอบคลุมตัวแปรและประชากรที่ต้องการศึกษา
- 2.7 ขอบเขตการวิจัย อธิบายขอบเขตการศึกษาทั้งกลุ่มประชากร สถานที่ศึกษา และระยะเวลาการศึกษาที่ชัดเจน

2.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย อธิบายทฤษฎีหรือแนวคิดที่นำมาเป็นอธิบายตัวแปร หรือความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ต้องการศึกษา โดยเขียนเชื่อมโยงระหว่างทฤษฎีหรือแนวคิดมาสู่การศึกษาวิจัยให้มีความชัดเจน ครอบคลุมตัวแปรที่ศึกษา

2.9 วิธีดำเนินการวิจัย (Methods) ให้กล่าวถึง

2.9.1 รูปแบบของการวิจัย (Research design) อธิบายรูปแบบของการวิจัยที่นำมาศึกษา ทั้งนี้ต้องเป็นรูปแบบที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย

2.9.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง อธิบายลักษณะ การกำหนดขนาดตัวอย่างและเกณฑ์การสุ่มหรือการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

2.9.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ควรอธิบายเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล อธิบายรายละเอียดเครื่องมือ การแปลผลคะแนน การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทั้งความตรง ความเชื่อมั่นและอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง หากมีเครื่องมือในการทดลองหรือแนวปฏิบัติ (กรณีการวิจัยแบบทดลอง) อธิบายองค์ประกอบ เนื้อหา วิธีการใช้ และการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

2.9.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล ระบุวิธีการและขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อสะท้อนให้เห็นคุณภาพของข้อมูลและมาตรฐานในการดำเนินการศึกษา

2.9.5 การวิเคราะห์ข้อมูล หากเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ระบุสถิติที่ใช้และขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพระบุวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลและการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของผลการวิเคราะห์

2.9.6 จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ให้ระบุรหัส หรือหมายเลขที่ได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (IRB No.) พร้อมทั้งอธิบายกระบวนการในการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยสังเขป

2.10 ผลการวิจัย (Results) เป็นการนำเสนอผลการศึกษิตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย อาจแยกเป็นหัวข้อเพื่อให้เข้าใจง่าย

2.10.1 ตาราง จะต้องไม่เกิน 5 ตาราง ใช้ตัวเลขในการกำหนดลำดับของตาราง โดยระบุลำดับเลขด้านหน้าหัวข้อตาราง บริเวณด้านบนของตาราง การระบุชื่อตัวแปรที่ศึกษาให้ระบุภาษาไทยตามด้วยวงเล็บภาษาอังกฤษ ตัวอย่าง อายุ (age) ทุกตัวแปรที่ปรากฏในตาราง โดยควรมีความสมบูรณ์เพียงพอที่จะให้อ่านเข้าใจข้อมูลที่นำเสนอ เส้นขอบตารางให้มีเพียงเส้นแนวนอน 3 เส้น ได้แก่ เส้นขอบบนสุด เส้นด้านล่างของหัวตาราง และเส้นขอบล่างสุด ซึ่งต้องไม่มีเส้นแนวตั้ง ให้นำเสนอข้อมูลที่สรุปจากผลการศึกษาอย่างชัดเจนพอเหมาะกับหน้ากระดาษในแนวนตั้ง โดยตัวเลขให้ใช้ทศนิยมสองตำแหน่ง และใช้สัญลักษณ์ทางสถิติ ตัวอย่าง ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ค่า p-value ($p < .05$)

2.10.2 รูปภาพและแผนภูมิ ใช้ภาพถ่ายและแผนภูมิที่มีความชัดเจน ที่ผู้เขียนเป็นเจ้าของภาพและแผนภูมิ คำอธิบายภาพและลำดับภาพและแผนภูมิให้ใส่ไว้ได้ภาพและแผนภูมิ ทั้งนี้ภาพและแผนภูมิรวมจะต้องไม่เกิน 2 ภาพ/แผนภูมิ

2.11 การอภิปรายผล (Discussion) อธิบายว่าผลการวิจัยตอบคำถามการวิจัยหรือไม่ ขยายความผลการวิจัยที่ได้ว่าสอดคล้องหรือไม่กับกรอบแนวคิดการวิจัย และสมมติฐานการวิจัยอย่างไร ข้อค้นพบสนับสนุนหรือขัดแย้งกับแนวคิด ทฤษฎี รวมทั้งผลการวิจัยที่ผ่านมาอย่างไร ของใครบ้าง และทำไมจึงเป็นเช่นนั้น ระบุหากผลการวิจัยมีสิ่งค้นพบใหม่และอธิบายที่มาหรือเหตุผลที่น่าเชื่อถือ

2.12 สรุปการวิจัย (Conclusion) การสรุปผลการวิจัยสั้นๆ ระบุจุดแข็งของการวิจัย ข้อจำกัดของการวิจัย (ถ้ามี) และผู้วิจัยได้ดำเนินการอย่างไรเพื่อลดผลกระทบของข้อจำกัดดังกล่าว

2.13 ข้อจำกัดการวิจัย (Study limitations) เป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงขอบเขต หรือปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อความถูกต้องและความครอบคลุมของผลการวิจัย ตลอดจนข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้ หรืออ้างอิงในกลุ่มประชากรอื่น

2.14 ข้อเสนอแนะ (Suggestion) เป็นข้อเสนอแนะจากสิ่งที่ได้จากการวิจัย ทั้งในด้านการให้บริการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ หรือการบริหารการพยาบาล หรือการศึกษาพยาบาล หากเป็นวิจัยเชิงทดลอง ระบุว่าผลการทดลองมีผลมากน้อยเพียงใดต่อสถานการณ์หรือปัญหาของผู้ป่วยที่ต้องการแก้ไข (Clinical significance) และมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด (Practical significance) และข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาต่อไป ผู้วิจัยควรให้ข้อเสนอแนะที่มาจากผลการวิจัยเท่านั้น

2.15 การพิจารณาทางจริยธรรม (Ethical considerations) กรณีที่ผู้แต่งมีการใช้ปัญญาประดิษฐ์เชิงกำเนิด (Generative Artificial Intelligence: Gen AI) ในการช่วยเขียนบทความ ผู้แต่งต้องระบุให้ชัดเจนว่าใช้ Gen AI ไດ ในการช่วยเขียนบทความอย่างไร และด้วยเหตุผลใด ทั้งนี้วารสารไม่อนุญาตให้ระบุ Gen AI ในฐานะผู้เขียนบทความ หรือใช้เป็นแหล่งอ้างอิง

ตัวอย่างข้อความที่ระบุการใช้ปัญญาประดิษฐ์

“ผู้เขียนใช้ Chat GPT เพื่อช่วยในการปรับปรุงความชัดเจนและความถูกต้องของภาษาของต้นฉบับ” หรือ

“The author utilized Chat GPT to assist in improving the linguistic clarity and correctness of the manuscript”

2.16 เอกสารอ้างอิง (References) เป็นส่วนท้ายของบทความ ให้ดำเนินการตามเกณฑ์ที่วารสารกำหนด

3. บทความการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) และการสังเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-synthesis) ประกอบด้วยชื่อเรื่อง บทคัดย่อและคำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ การสืบค้นและแหล่งข้อมูล การคัดกรอง การประเมินคุณภาพงานวิจัย การสกัดข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การเสนอผล การอภิปรายผล ข้อเสนอแนะและข้อจำกัดการวิจัย (ถ้ามี) และเอกสารอ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิง

เอกสารอ้างอิงต้องอ้างเฉพาะเอกสารตรงกับสาระในบทความและให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด แม้ว่าต้นฉบับเอกสารนั้นจะเป็นภาษาอื่นก็ตาม การเขียนเอกสารอ้างอิงต่าง ๆ ให้ใช้ระบบการอ้างอิงแบบ Modified Vancouver Style ดังนี้

1. การอ้างอิงเอกสารในเนื้อเรื่อง (In-text citation) หากมีการอ้างอิงผลงานของผู้แต่งอื่น มาอ้างอิงในบทความให้ใส่ตัวเลขอ้างอิงตามลำดับเนื้อหา โดยให้เริ่มต้นด้วยหมายเลข 1 แล้วเรียงลำดับไปเรื่อย ๆ โดยระบุตัวเลขไว้หลังชื่อผู้แต่ง หรือหลังข้อความที่อ้างอิง หากมีการอ้างอิง หรือคัดลอกข้อความนั้นซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิมตามที่อ้างอิงในครั้งแรกกำกับไว้หลังข้อความนั้นด้วย

1.1 การอ้างอิงในเนื้อเรื่องที่เน้นผู้แต่ง ให้ใส่ตัวเลขอ้างอิงหลังชื่อผู้แต่ง

ตัวอย่าง

ในปี ค.ศ.2016 Silberstein และ Litmanovitz¹ ได้ทำการศึกษาการนำ NIDCAP มาใช้ในการส่งเสริมพัฒนาการสำหรับทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกและพบว่าได้ผลในการป้องกันความเครียดสำหรับทารกได้

1.2 การอ้างอิงในเนื้อเรื่องที่เน้นเนื้อหา/ข้อความ ให้ใส่ตัวเลขอ้างอิงหลังข้อความนั้น

ตัวอย่าง

การส่งเสริมพัฒนาการสำหรับทารกในหอผู้ป่วยวิกฤต จำเป็นต้องอาศัยบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล ร่วมกับผู้ปกครองทารก ในการร่วมกันป้องกันความเครียดในทารกและส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสม ซึ่งจะเป็นการป้องกันปัญหาด้านระบบประสาทและการเรียนรู้ของทารกในอนาคตได้เป็นอย่างดี⁸

1.3 การอ้างอิงในเนื้อเรื่องที่มีหลากหลายรายการพร้อมกัน หากเป็นการอ้างอิงในข้อความเดียวกันให้ใส่เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างตัวเลขโดยไม่ต้องเว้นวรรคเพื่อแยกตัวเลข กรณีอ้างอิงในเนื้อหาตั้งแต่ 2 รายการขึ้นไป ให้ใช้เครื่องหมายยัติภังค์ (-) คั่นระหว่างตัวเลขลำดับแรกกับลำดับสุดท้ายโดยไม่ต้องเว้นวรรค

ตัวอย่าง

ในปัจจุบันการส่งเสริมพัฒนาการสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนดสามารถทำได้ตั้งแต่อยู่โรงพยาบาล^{2,3} โดยเน้นการมีส่วนร่วมระหว่างแพทย์ พยาบาล และผู้ปกครอง โดยเฉพาะมารดา^{3,5-6} ซึ่งเน้นการป้องกันสิ่งกระตุ้นที่มากเกินไปและส่งเสริมสิ่งกระตุ้นที่เหมาะสมสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนด⁶⁻⁷

2. การอ้างอิงเอกสารท้ายบทความ (Reference) ใช้คำว่า References โดยต้องอ้างเฉพาะเอกสารที่ตรงกับสาระในบทความและให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด แม้ว่าต้นฉบับจะเป็นภาษาไทย โดยให้ใส่ (in Thai) ไว้ข้างท้ายรายการอ้างอิงนั้น โดยจัดเรียงเอกสารอ้างอิงเป็นลำดับตัวเลขตามลำดับเนื้อหา ซึ่งการระบุตัวเลขอ้างอิงต้องตรงกับตัวเลขในเนื้อหา โดยมีวิธีการเขียนดังนี้

2.1 ผู้เขียนคนไทยหรือชาวต่างประเทศ ให้ใช้นามสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อชื่อต้น และชื่อกลาง (ถ้ามี) ดังตัวอย่าง

Runglawon Eamkusolkit

ใช้คำว่า Eamkusolkit R

Adel F Almutairi, Maliha Nasim

ใช้คำว่า Almutairi, AF, Nasim M

2.2 ผู้เขียน 1-6 คน ระบุชื่อทุกคน โดยแต่ละคนให้คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และเว้นวรรค 1 ระยะ ดังตัวอย่าง

Reed JA, EL-Assmy A, O'Brien AD, van de Kamp JM, Williams RC, Hidebrand F.

2.3 ผู้เขียนมากกว่า 6 คน ระบุ 6 คนแรกต่อด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) เว้นวรรค 1 ระยะและใส่คำว่า et al. ดังตัวอย่าง

Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK, et al.

2.4 ผู้เขียนเป็นองค์กร สมาคม หน่วยงาน ถ้ามีมากกว่า 1 หน่วยให้ใส่เครื่องหมายอัฒภาค (;) คั่นระหว่างหน่วยงาน กรณีเป็นหน่วยงานใหญ่และมีหน่วยงานย่อยให้ใส่เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างหน่วยงาน ดังตัวอย่าง

American Dietetic Association; Dietitians of Canada.

Department of Disease Control, Ministry of Public Health.

2.5 การอ้างอิงจากวารสารทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ให้ระบุชื่อเต็มของวารสารที่เป็นรายการอ้างอิงนั้น

2.6 รูปแบบการลงรายการอ้างอิงจากแหล่งอื่นต่าง ๆ ให้ใช้รูปแบบดังนี้ (*เครื่องหมาย / หมายถึงเว้นวรรค 1 ระยะ*)

2.6.1 บทความวารสาร (Articles in journal)

ผู้แต่ง./ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร./ปีที่พิมพ์;ปีที่(ฉบับที่):หน้าแรกบทความ-หน้าสุดท้ายบทความ

ตัวอย่าง Tharakham E, Chaichanasang T. Effects a self-help group on quality of life of caregivers of child with cerebral palsy. Journal of Nursing and Health Care. 2020;43(3):171-9 (in Thai)

2.6.2 บทความวารสารอิเล็กทรอนิกส์ที่มีหมายเลข Digital Object Identifier (DOI)

ผู้แต่ง./ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร./ปีที่พิมพ์;ปีที่(ฉบับที่):หน้าแรกบทความ-หน้าสุดท้ายบทความ./doi:xxxxxx
ในกรณีไม่ระบุเลขหน้า ให้ใช้ค่าตามสำนักพิมพ์ แทนเลขหน้า

ตัวอย่าง Rutledge DN, Retrosi T, Ostrowski G. Barriers to medication error reporting among hospital nurses. Journal of Clinical Nursing. 2018;27(9-10):1941-9. doi: 10.1111/jocn.14335.

2.6.3 หนังสือ (Books)

ผู้แต่ง./ชื่อหนังสือ./ครั้งที่พิมพ์./เมืองที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์./ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

Bundhamchareon K, Teerawattananon Y, Vos T, Begg S. Burden of disease and injuries in Thailand. Nonthaburi: Ministry of Public Health, Thailand; 2002. (in Thai)

2.6.4 บทในหนังสือ (Chapter in Book)

ผู้แต่งบทที่อ้าง./ชื่อบท./In:/ชื่อบรรณาธิการ./editor./ชื่อหนังสือ./สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์;ปีที่พิมพ์./p./หน้าแรกบท-หน้าสุดท้ายบท

ตัวอย่าง Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

2.6.5 โปสเตอร์ที่นำเสนอในการประชุม (Posters Sessions Presented at Meetings)

ผู้แต่ง./ชื่อโปสเตอร์./Poster session presented:/ชื่อการประชุม;/ปี/เดือน(ย่อ)/วันที่ประชุม;/สถานที่ประชุม

ตัวอย่าง Rao RM, Lord GM, Choe H, Lichtman AH, Luscinskas FW, Glimcher LH. The transcription T-bet is required for optimal proinflammatory trafficking of CD4⁺ T cells. Poster session presented at: 25th European Workshop for Rheumatology Research; 2005 Feb 24-27; Glasgow, UK

2.6.6 อินเทอร์เน็ต หากเป็นภาษาไทยให้มี (in Thai) ไว้ท้ายสุด

ผู้แต่ง./ชื่อบทความ./[internet]./ปีที่พิมพ์/[cited ปี เดือน(ย่อ) วันที่สืบค้น]/ Available from:/ URL

ตัวอย่าง Diabetes Association of Thailand. Prevalence of diabetes in Thai population age $\geq$ 15 yrs by age group, NHES-V, 2014. [internet]. 2014 [cited 2025 May 02], Available from: <https://www.dmthai.org/new/index.php/sara-khwam-ru/the-chart/the-chart-1/2018-02-09-00-17-33> (in Thai)

2.6.7 วิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation) กรณีที่วิทยานิพนธ์ได้รับการเผยแพร่แล้ว ให้อ้างอิงจากแหล่งที่เผยแพร่

ผู้แต่ง./ชื่อเรื่อง/[ประเภท/ระดับปริญญา]./เมืองที่พิมพ์:/มหาวิทยาลัย;/ปีที่ได้ปริญญา.

ตัวอย่าง Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis, MO: Washington University; 1995.

ข้อตกลง

1. กองบรรณาธิการจะเป็นผู้พิจารณาคัดเลือกเรื่องเพื่อตีพิมพ์ให้เหมาะสมตามวัตถุประสงค์ของวารสารฯ
2. เรื่องที่ตีพิมพ์แล้วเป็นสมบัติของวารสารและเป็นผู้สงวนลิขสิทธิ์ทุกประการ
3. ความถูกต้องของข้อความหรือเรื่องราวที่ตีพิมพ์ถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน
4. บทความที่ได้รับตีพิมพ์ทุกชนิด ถือเป็นวิทยาทาน ไม่มีค่าตอบแทน
5. การพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ จะประเมินแบบไม่เปิดเผยตัวตนสองทาง (Double-blind review) โดยสรรหาผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านที่มีความเชี่ยวชาญและไม่ใช่ว่าผู้ปฏิบัติงานในสถาบันเดียวกับผู้เขียน เป็นผู้ประเมินและให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาด้านฉบับให้มีคุณภาพและเป็นไปตามเกณฑ์ที่กองบรรณาธิการกำหนด โดยระยะเวลาในการตอบรับการตีพิมพ์ตั้งแต่ส่งต้นฉบับ จะใช้เวลาประมาณ 2-3 เดือน

สถานที่ติดต่อปรึกษา

1. รองศาสตราจารย์ ดร.จันทิรา เจียรณัย บรรณาธิการวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ
สมาคมพยาบาลฯ สำนักงานสาขาคะวันออกเฉียงเหนือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัด
ขอนแก่น 40002 E-mail: chantira@sut.ac.th
2. สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาคะวันออกเฉียงเหนือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002 โทร. 080-8952065 E-mail: jnatned@gmail.com

**สำนักงานสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย
(ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี)
สาขากาตตะวันตกเฉียงเหนือ**

ห้อง 1105 อาคาร 1 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อ.เมืองขอนแก่น จ.ขอนแก่น 40002

Ins : 08-08952065 e-mail : jnatned@gmail.com
Facebook : www.facebook.com/natne.or.th