



วารสารการพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพและการศึกษา

Journal of Nursing Health Sciences and Education

VOLUME 02 NO.2 May - August 2026

ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม ปี 2569

ISSN 3088-1293 (Online)



วารสารการพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพและการศึกษา
Journal of Nursing Health Sciences and Education

ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569 - Volume 2 No.2 May– August 2026

ที่ปรึกษา (Consultants)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อินทร์ จันท์เจริญ	อธิการบดี วิทยาลัยเชียงราย
Assistant Professor Dr. In Chanjarean	President, Chiang Rai College
ดร.อิศเรศ จันท์เจริญ	รองอธิการบดี วิทยาลัยเชียงราย
Dr. Itsared Chanjarean	Vice Presidents, Chiang Rai College
รองศาสตราจารย์เทียมศร ทองสวัสดิ์	ที่ปรึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
Associated Professor Tiamsorn Tongswas	Advisor to the Faculty of Nursing, Chiang Rai College
รองศาสตราจารย์ลาวัลย์ สมบูรณ์	ที่ปรึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
Associated Professor Lawan Somboon	Advisor to the Faculty of Nursing, Chiang Rai College
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรินทร์ เงินทอง	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
Assistant Professor Dr. Patcharin Ngoenthong	Dean, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

บรรณาธิการ (Editor)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จิราภรณ์ นันท์ชัย	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
Assistant Professor Jiraporn Nunchai	Faculty of Nursing, Chiang Rai College

รองบรรณาธิการ (Associate Editor)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จรรยาพร ใจสิทธิ์	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
Assistant Professor Jaruayporn Jaisit	Faculty of Nursing, Chiang Rai College

กองบรรณาธิการ (Editorial Board)

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ	อดีตนายกสภาการพยาบาล
Professor Emeritus Dr. Wichit Srisuphan	Former President of Thailand Nursing and Midwifery Council
ศาสตราจารย์คลินิก ดร.พรรณพิไล ศรีอารมณ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Clinical Professor Dr. Punpilai Sriarporn	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.บุญทิพย์ สิริธรรังศรี	คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
Professor Emeritus Dr. Boontip Siritarungsri	School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University



วารสารการพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพและการศึกษา
Journal of Nursing Health Sciences and Education

ศาสตราจารย์ ดร.จันทนา วัชรสินธุ์ Professor Dr. Chintana Wacharasin	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา Faculty of Nursing, Burapha University
ศาสตราจารย์ ดร.ดราวรรณ ต๊ะปินตา Professor Dr. Darawan Thapinta	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา Faculty of Nursing, Burapha University
ศาสตราจารย์ นาวาอากาศโท ดร.สุมิตร สุวรรณ Professor Wing Commander Dr. Sumit Suwan	คณะศึกษาศาสตร์และพัฒนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน Faculty of Education and Development Sciences, Kasetsart University
รองศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์ Associated Professor Dr. Pornchai Jullamate	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา Faculty of Nursing, Burapha University
รองศาสตราจารย์ ดร.พัชรภรณ์ อารีย์ Associated Professor Dr. Patcharaporn Aree	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน College of Nursing, Christian University of Thailand
รองศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ปรีชญญกุล Associated Professor Dr. Sukanya Parisunyakul	ผู้ทรงคุณวุฒิ สภาการพยาบาล Thailand Nursing and Midwifery Council Expert
รองศาสตราจารย์ ดร.จริยวัตร คมพัยค์ Associated Professor Dr. Jariyawat Kompayak	อดีตคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัว เฉียวเฉลิมพระเกียรติ Former Dean, Faculty of Nursing, Huachiewchalermprakiet University
รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ บุญเชียง Associated Professor Dr. Waraporn Boonchieng	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Faculty of Public Health, Chiang Mai University
รองศาสตราจารย์ ดร.ทนพญ.วิยะดา แดนไกล Associated Professor Dr. Wiyada Dankai	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Faculty of Medicine, Chiang Mai University
ดร.คทาเทพ จันท์เจริญ Dr. Katatap Chanjarean	วิทยาลัยเชียงราย Chiang Rai College
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฏกร อิตุพร Assistant Professor Dr. Natakorn I-Tuporn	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย Faculty of Nursing, Chiang Rai College
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฐิติอาภา ตั้งคำวานิช Assistant Professor Dr. Thitiarpha Tangkawanich	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย Faculty of Nursing, Chiang Rai College



กองจัดการ (Editorial Staff)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กัญญาณัฐ สารกธธรณัฐ	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
Assistant Professor Dr. Ghunyanutt Sathagathonthun	Faculty of Nursing, Chiang Rai College
ดร.ดารณี เสริมธาตุกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
Dr. Daranee Serametakun	Faculty of Nursing, Chiang Rai College
ผู้ช่วยศาสตราจารย์กรรณิกา อุ่นอ้าย	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
Assistant Professor Kannika Unai	Faculty of Nursing, Chiang Rai College
ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชรารวรรณ แก้วกันทะ	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
Assistant Professor Patcharawan Kaewkanta	Faculty of Nursing, Chiang Rai College
ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิมลพร ศรีโชติ	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
Assistant Professor Wimonporn srichote	Faculty of Nursing, Chiang Rai College
นางสาวกานต์ชนิต ศิริผัด	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
Kanchanit Siriphat	Faculty of Nursing, Chiang Rai College

กองบรรณาธิการ: คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

199 ม.6 ต.ป่าอ้อดอนชัย อ.เมือง จ.เชียงราย 57000

Editorial office: Faculty of Nursing, Chaing Rai College

199 Moo 6, Thumbol Pa O Don Chai, Muang District, Chiang Rai
province 57000

Email: nursingjournal@crc.ac.th

Website: <https://he05.tci-thaijo.org/index.php/JNHSE>



คำแนะนำการเตรียมต้นฉบับสำหรับผู้เขียนบทความวิจัยและบทความวิชาการ

วารสารการพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพและการศึกษา เป็นวารสารที่จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย และผลงานวิชาการด้านการพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านการศึกษาดำเนินการโดยคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย เปิดรับการตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษจากผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิชาการ คณาจารย์ นักศึกษา และผู้สนใจทั่วไป จำนวน 3 ฉบับต่อปี ในรูปแบบออนไลน์ มีการประเมินคุณภาพของบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญอย่างน้อย 2 ท่าน แบบผู้ทรงคุณวุฒิและเจ้าของบทความไม่ทราบชื่อกันและกัน (double-blind review)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นแหล่งเผยแพร่ผลงานทางวิชาการด้านการพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ และการศึกษา
2. เพื่อเป็นแหล่งค้นคว้าความรู้ด้านการพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ และการศึกษา

ประเภทของบทความ (Type of Article)

1. บทความวิจัย (Research Article) หมายถึง งานเขียนที่นำเสนอผลการศึกษาวิจัยอย่างเป็นระบบ โดยมีเนื้อหาที่ทำให้ผู้อ่านมีความรู้ในศาสตร์สาขาที่ศึกษา ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียน บทคัดย่อ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์การวิจัย กรอบแนวคิดทฤษฎี ระเบียบวิธีดำเนินการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล การนำเสนอผลการวิจัย การอภิปรายผล ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้และการทำวิจัยครั้งต่อไป กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) และการอ้างอิง ความยาวบทความ 15-20 หน้า

2. บทความวิชาการ (Academic Article) หมายถึง งานเขียนที่มีการรวบรวมข้อมูลจากผลงานวิชาการ นำมาวิเคราะห์อย่างสมเหตุสมผล แสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และประสบการณ์ของผู้เขียน หรือนำเสนอแนวคิดใหม่ ซึ่งผู้เขียนค้นคว้าจากเอกสาร การสังเกต และการสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้แนวทางหรือองค์ความรู้ที่นำไปใช้ให้เกิดประโยชน์แก่สังคมต่อไป บทความวิชาการประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียน บทคัดย่อ บทนำ เนื้อหา บทสรุป และการอ้างอิง ความยาวบทความ 10-15 หน้า



กำหนดการตีพิมพ์เผยแพร่ (Publication Frequency)

วารสารกำหนดออก ปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม-เมษายน

ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม-สิงหาคม

ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน-ธันวาคม

จริยธรรมในการเผยแพร่ผลงาน (Publication Ethics)

จริยธรรมของบรรณาธิการ (Duties of Editors)

1. คัดกรองบทความเบื้องต้น โดยพิจารณารูปแบบตามที่วารสารกำหนด และความถูกต้อง ครบถ้วนสมบูรณ์ของบทความ
2. พิจารณาบทความเข้าสู่กระบวนการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิตามความเหมาะสมของบทความแต่ละเรื่อง ในรูปแบบ Double blind peer review
3. กำกับติดตามการประเมินคุณภาพบทความก่อนตีพิมพ์เผยแพร่ โดยพิจารณาจากผลการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ และคุณภาพของบทความ
4. กรณีมีประเด็นปัญหาในการประเมินคุณภาพบทความให้นำบทความเข้ากองบรรณาธิการ เพื่อพิจารณาและขอความคิดเห็นร่วมกัน
5. รักษาความลับและไม่เปิดเผยข้อมูลของการประเมินบทความ ข้อมูลของผู้เขียนหรือผู้ประเมินบทความ แก่บุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้อง
6. ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้เขียนหรือผู้ทรงคุณวุฒิ ไม่นำความคิดเห็นส่วนตัวมาตัดสินบทความ เพื่อการรับหรือปฏิเสธบทความ
7. ตรวจสอบและปฏิเสธการรับบทความที่เคยตีพิมพ์เผยแพร่มาก่อน ทั้งในรูปแบบวารสารหรือบทความหลังการนำเสนอในที่ประชุมวิชาการฉบับเต็ม (proceeding) และบทความที่ทำการคัดลอกผลงานของผู้อื่น (plagiarism) หรือทำซ้ำ เพื่อป้องกันการทำผิดจริยธรรมทางวิชาการและการตีพิมพ์เผยแพร่

จริยธรรมของผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ (Duties of Reviewer)

1. ไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความและผู้เขียน แก่บุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้อง ตลอดระยะเวลาของการประเมิน (confidentiality)
2. ไม่ประเมินบทความที่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้เขียน ที่ทำให้ผู้ทรงคุณวุฒิไม่สามารถให้ข้อเสนอแนะได้อย่างอิสระ และไม่แสวงหาผลประโยชน์จากบทความที่ทำการประเมิน



3. เป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญตรงตามสาขาของบทความ โดยพิจารณาจากเนื้อหาของบทความ
4. ประเมินบทความตามหลักการและเหตุผลทางวิชาการ เช่น ความสำคัญ วัตถุประสงค์ และความสอดคล้องของเนื้อหา ความใหม่ ความทันสมัย และคุณภาพของบทความ โดยไม่มีอคติหรือใช้ความคิดเห็นส่วนตัว
5. ให้เสนอแนะวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง หรือผลงานวิจัยที่สำคัญและสอดคล้องกับบทความ กรณีผู้เขียนไม่ได้อ้างอิง ในการประเมินบทความ
6. กรณีพบว่ามี การคัดลอกผลงานของผู้อื่น (plagiarism) และมีหลักฐานยืนยันชัดเจน สามารถปฏิเสธการตีพิมพ์และแจ้งแก่บรรณาธิการทันที
7. ประเมินบทความตามระยะเวลาที่กำหนด

จริยธรรมของผู้เขียน (Duties of Authors)

1. บทความที่จะตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร ต้องเป็นผลงานใหม่ ไม่เคยส่งตีพิมพ์เผยแพร่มาก่อน และไม่เคยนำเสนอในที่ประชุมวิชาการฉบับเต็ม (Proceeding)
2. ตรวจสอบการจัดรูปแบบของบทความตามข้อกำหนดของวารสารหรือคำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ
3. บทความวิจัยที่ส่งตีพิมพ์เผยแพร่ ผู้เขียนต้องนำเสนอข้อมูลที่เป็นจริงจากการทำวิจัย โดยไม่บิดเบือนข้อมูลหรือให้ข้อมูลที่เป็นเท็จ และปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิภายในระยะเวลาที่กำหนด
4. บทความวิชาการต้องเขียนจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แสดงความคิดเห็นในเชิงวิชาการ
5. ต้องอ้างอิงผลงานของผู้อื่นที่นำมาใช้ และปรากฏอยู่ในอ้างอิงท้ายบทความ
6. ชื่อของผู้เขียนที่ปรากฏในบทความ ต้องเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการวิจัย
7. กรณีต้องการถอนบทความ ต้องแจ้งให้บรรณาธิการทราบทันที
8. บทความวิจัยในมนุษย์ ต้องแนบหนังสือรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยระบุว่าได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากสถาบันใด และเลขที่ที่ได้รับการรับรองในบทความ



กระบวนการประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review Process)

บทความจะได้รับการพิจารณาและตรวจสอบความถูกต้องจากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง อย่างน้อย 2 ท่าน ต่อ 1 บทความ โดยดำเนินการปกปิดแบบ 2 ทาง ผู้ทรงคุณวุฒิและเจ้าของบทความไม่ทราบชื่อกันและกัน (double-blind review)

การจัดเตรียมต้นฉบับ

1. บทความที่จะตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร ต้องเป็นผลงานใหม่ ไม่เคยส่งตีพิมพ์เผยแพร่มาก่อน และไม่เคยนำเสนอในที่ประชุมวิชาการฉบับเต็ม (Proceeding)
2. สมัครสมาชิกวารสารการพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพและการศึกษา ผ่านระบบวารสารออนไลน์ของระบบ ThaiJO โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย
3. จัดพิมพ์ต้นฉบับในโปรแกรมไมโครซอฟเวิร์ด (Microsoft Word) พื้นกระดาษสีขาว ขนาด A4 (21x29.7 ซม.) โดยเว้นระยะขอบกระดาษบน 3.81 ซม. ขอบล่าง 2.54 ซม. ขอบซ้าย 3.81 ซม. และขอบขวา 2.54 ซม. ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 ทั้งอักษรภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์หน้าเดียว 1 คอลัมน์ ระยะห่างบรรทัด 1 เท่า (single space) ความยาวบทความวิจัยรวมอ้างอิง จำนวน 15-20 หน้า บทความวิชาการรวมอ้างอิง จำนวน 10-15 หน้า
4. การใช้ภาษาไทย การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ให้เป็นไปตามหลักราชบัณฑิตยสถาน และสามารถใช้อังกฤษในกรณีที่ไม่มีคำสะกดในภาษาไทย สำหรับการใช้อักษรย่อต้องเขียนคำเต็มและวงเล็บคำย่อไว้ในครั้งแรก และใช้คำย่อที่เป็นมาตรฐาน
5. การเสนอตาราง ให้เขียนชื่อเหนือตาราง สำหรับแผนภูมิหรือรูปภาพ ให้เขียนชื่อหรือคำอธิบายเพิ่มเติมใต้แผนภูมิหรือรูปภาพ
6. กรณีที่บทความเข้าสู่กระบวนการส่งไปยังผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อทำการพิจารณาแล้ว หากภายหลังผู้เขียนแจ้งยกเลิกการพิจารณาบทความเพื่อตีพิมพ์ ผู้เขียนจะต้องทำการชำระค่าใช้จ่ายในส่วนของการตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดที่พิจารณาบทความดังกล่าว

ลำดับเนื้อหาของต้นฉบับ

บทความวิจัย (Research Article) มีลำดับเนื้อหา ดังนี้

1. บทคัดย่อภาษาไทย ประกอบด้วย

1.1 ชื่อเรื่อง (Title) ภาษาไทยพิมพ์ไว้กึ่งกลางหน้ากระดาษ ตัวอักษรขนาด 16 ตัวหนา (bold)

1.2 ชื่อผู้เขียน (Author name) ระบุชื่อผู้เขียนภาษาไทย อยู่ด้านขวามือ กรณีมีผู้เขียนมากกว่า 1 คน ให้เรียงชื่อตามลำดับของการมีส่วนร่วม และใส่เครื่องหมายดอกจัน (*) ต่อท้าย



นามสกุลผู้เขียน สำหรับยศหรือตำแหน่งทางวิชาการ สถานที่ทำงานของผู้เขียนทุกคนพิมพ์ไว้ต่อจากคำสำคัญ และผู้รับผิดชอบหลักของบทความ (Corresponding author) ให้ใส่ e-mail ต่อท้าย ตัวอย่างเช่น *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย, e-mail: Jiraporn.nunchai@crc.ac.th

1.3 บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทยไม่เกิน 300 คำ กำหนดการพิมพ์เป็นหนึ่งคอลัมน์ เรียงลำดับเนื้อหาดังนี้ ความสำคัญพอสังเขป วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีการวิจัย (กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล) ผลการวิจัย และประโยชน์ของงานวิจัย

1.4 คำสำคัญ (Keywords) ภาษาไทยไม่เกิน 5 คำ

2. บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย

2.1 ชื่อเรื่อง (Title) ภาษาอังกฤษ พิมพ์ไว้กึ่งกลางหน้ากระดาษ ตัวอักษรขนาด 16 ตัวหนา (bold) พยัญชนะตัวแรกของทุกคำใช้อักษรตัวพิมพ์ใหญ่ ยกเว้นคำเชื่อม

2.2 ชื่อผู้เขียน (Author name) ระบุชื่อผู้เขียนภาษาอังกฤษ อยู่ด้านขวามือ กรณีมีผู้เขียนมากกว่า 1 คน ให้เรียงชื่อตามลำดับของการมีส่วนร่วม และใส่เครื่องหมายดอกจัน (*) ต่อท้ายนามสกุลผู้เขียน สำหรับยศหรือตำแหน่งทางวิชาการ สถานที่ทำงานของผู้เขียนทุกคนพิมพ์ไว้ต่อจาก Keywords และผู้รับผิดชอบหลักของบทความ (Corresponding author) ให้ใส่ e-mail ต่อท้าย ตัวอย่างเช่น *Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Rai College, e-mail: Jiraporn.nunchai@crc.ac.th

2.3 บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาอังกฤษมีเนื้อหาสอดคล้องกับบทคัดย่อภาษาไทย ไม่เกิน 300 คำ กำหนดการพิมพ์เป็นหนึ่งคอลัมน์

2.4 คำสำคัญ (Keywords) ภาษาอังกฤษไม่เกิน 5 คำ

3. เนื้อหา ประกอบด้วย ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ คำถามการวิจัย/สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี) กรอบแนวคิดทฤษฎี ระเบียบวิธีการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล ผลการวิจัย การอภิปรายผล ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

4. กิตติกรรมประกาศ และการเปิดเผยการได้รับผลประโยชน์ต่างๆ ของผู้เขียน เช่น การได้รับทุนจากหน่วยต่างๆ



บทความวิชาการ (Academic Article)

ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียน และคำสำคัญ เขียนเหมือนบทความภาษาไทยและภาษาอังกฤษของบทความวิจัย

บทความภาษาไทย เขียนเนื้อหาสาระที่สำคัญ วัตถุประสงค์ และบทสรุปพอสังเขป และบทความภาษาอังกฤษให้มีเนื้อหาสอดคล้องกับบทความภาษาไทย ความยาวไม่เกิน 300 คำ

เนื้อหา ประกอบด้วย บทนำ (ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาโดยย่อ วัตถุประสงค์ ขอบเขตของเรื่อง และคำจำกัดความหรือนิยาม) เนื้อหา (การจัดลำดับหรือการเรียงเนื้อหา การวิเคราะห์ วิพากษ์ วิจัย) และบทสรุป

การอ้างอิงและเอกสารอ้างอิง (Citation and References lists)

4.1 การอ้างอิงใช้ตามรูปแบบของ Vancouver Style โดยมีการอ้างอิงในเนื้อหาและการอ้างอิงในท้ายบท

4.2 เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 10 ปี ยกเว้น หนังสือหรือตำราที่เป็นทฤษฎีหรือปรัชญา

4.3 การอ้างอิงในเนื้อหา ให้ระบุตัวเลขท้ายข้อความหรือชื่อบุคคลที่อ้างอิง เรียงลำดับหมายเลข 1,2,3,... ตามลำดับที่อ้างก่อนหลังเป็นเลขอารบิกโดยไม่เว้นวรรคและเลขยกขึ้น¹ หากมีการอ้างซ้ำ ให้ใช้หมายเลขเดิมในการอ้างอิง และหมายเลขที่ใช้อ้างอิงจะต้องตรงกับหมายเลขที่อ้างอิงท้ายเล่ม กรณีตัวเลขอ้างอิงเป็นลำดับที่ต่อเนื่องกัน ให้ใช้เครื่องหมายติดังค์ (-) คั่นระหว่างตัวเลขแรกถึงตัวเลขสุดท้าย เช่น (1-4) หากตัวเลขอ้างอิงมีลำดับไม่ต่อเนื่องกัน ให้ใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) โดยไม่มีการเว้นวรรค เช่น (3,5,8)

4.4 การอ้างอิงท้ายเล่มหรือเอกสารอ้างอิง ให้พิมพ์เรียงลำดับตัวเลขตามที่ได้อ้างอิงในเนื้อหา โดยหมายเลขลำดับการอ้างอิงไว้ขีดขอบกระดาษด้านซ้าย หากการอ้างอิงยาวมากกว่าหนึ่งบรรทัด ให้พิมพ์บรรทัดถัดไปโดยย่อหน้าให้ตรงกับข้อความในบรรทัดแรก ระหว่างข้อมูลการอ้างอิงแต่ละส่วน ให้เว้น 1 วรรค ข้อมูลที่เขียนอ้างอิงจะแตกต่างกันตามประเภทของเอกสารที่นำมาอ้างอิง หากรายการอ้างอิงเป็นภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษและระบุคำว่า (in Thai) ไว้ท้ายรายการ

4.5 การเรียงลำดับเอกสารอ้างอิง ให้เรียงลำดับตามลำดับเลขอารบิก

4.6 ผู้เขียนมีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารอ้างอิงตามรูปแบบของ Vancouver Style อย่างเคร่งครัด

ขั้นตอนการประเมินบทความ

การประเมินบทความทุกขั้นตอน ดำเนินการผ่านระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ระบบเว็บไซต์ Thai Journal Online (ThaiJO) เพื่อให้การดำเนินการของวารสารการพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพและการศึกษา เป็นไปตามมาตรฐานสากล



สารจากบรรณาธิการ

วารสารการพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพและการศึกษา เผยแพร่ ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม - สิงหาคม 2569 โดยวารสารมีนโยบายรับตีพิมพ์บทความคุณภาพสูงในด้านการพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ และการศึกษา ซึ่งทุกบทความได้ผ่านการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 2 ท่าน แบบผู้ทรงคุณวุฒิและเจ้าของบทความไม่ทราบชื่อกันและกัน (double-blind review)

วารสารฉบับนี้ นำเสนอบทความ จำนวน 5 เรื่อง ประกอบด้วย บทความวิจัย จำนวน 3 เรื่อง ได้แก่ 1) ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษา ต่อความรู้ และการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ 4-5 โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย 2) คุณภาพและอัตลักษณ์บัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร 3) ความรู้ ทักษะศรัทธา การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของประชาชนที่เข้าร่วมโครงการบริการวิชาการเพื่อสังคม ณ ศูนย์การค้าแห่งหนึ่ง และบทความวิชาการ จำนวน 2 เรื่อง ได้แก่ 1) การให้ความรู้ทางสุขภาพเพื่อลดปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2) การเรียนรู้ทางสังคมและอารมณ์: บทบาทอาจารย์พยาบาลกับการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล ซึ่งบทความทั้งหมดนี้ผู้อ่านสามารถ download ได้ในระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์

กองบรรณาธิการวารสารการพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพและการศึกษา ขอขอบคุณผู้อ่าน ที่ให้ความสนใจ ผู้เขียนบทความที่ให้เกียรติส่งบทความมาตีพิมพ์เผยแพร่ และท่านผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้พิจารณากลั่นกรองบทความ ช่วยให้ข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ ช่วยทำให้บทความมีคุณภาพ เป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพต่อไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จิราภรณ์ นันทชัย

บรรณาธิการ



สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษา ต่อความรู้ และการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ 4-5 โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย The effect of a counseling program on knowledge and decision-making regarding renal replacement therapy in patients with chronic kidney disease (stage 4-5) at Maesai hospital, Chiangrai province ฐิติพันธ์ จันทร์พันธ์ Thitiphan Chanphan ศิริินภา สิริโชติรุ่งโรจน์ Sirinapa Sirichotrungrot วทัญญู สุตะวงศ์ Wathanyu Sutawong	84-99
คุณภาพและอัตลักษณ์บัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร Quality and Identity of Graduates, Faculty of Nursing, Naresuan University กรกาญจน์ ปานสุวรรณ Kornkarn Pansuwan ธิดารัตน์ คำบุญ Thidarat Khamboon อินทิรา ปากันทะ Intira Pakanta	100-115
ความรู้ ทักษะคติ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของประชาชนที่เข้าร่วมโครงการบริการวิชาการเพื่อสังคม ณ ศูนย์การค้าแห่งหนึ่ง Knowledge Attitude and Breast Self-Examination Among Participating in the Community-Based Academic Service Project Conducted in a Shopping Mall ฐิติอาภา ตั้งค้วานิข Thitiarpha Tangkawanich รัตนกร เจริญกุล Rattanakhorn Charoenkul ธนายรัตน์ ชัยศิริภูวดล Thanairat Chaisiriphuwadol	116-127



สารบัญ

บทความวิชาการ

- การให้ความรู้ทางสุขภาพเพื่อลดปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน
ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 128-144

Health Education to Reduce Exacerbation Precipitating Factors in
Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

รัตนกร เจริญกุล Rattanakhorn Charoenkul
ปิยาภรณ์ เพ็ญประไพ Piyaporn Penprapai

- การเรียนรู้ทางสังคมและอารมณ์: บทบาทอาจารย์พยาบาลกับการป้องกัน
ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล 145-157

Social and Emotional Learning (SEL): The Role of Nurse Educators
in Preventing Depression among Nursing Students

พัชรารรณ แก้วกันทะ Patcharawan Keawkanta
วิไลภรณ์ วิชญวัฒน์ Wilaiphorn Witchayawat



ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษา ต่อความรู้ และการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ 4-5 โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย

ฐิติพันธ์ จันทพันธ์*, ศิริินภา สิริโชติรุ่งโรจน์*, วัทัญญ์ สุตะวงศ์**

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาต่อความรู้ และการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ 4-5 ที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ซึ่งเข้ารับบริการที่ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ ในการทดลองคือ โปรแกรมการให้คำปรึกษาพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการดูแลร่วมกันและการตัดสินใจ ร่วมกัน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบ ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไต และแบบสอบถามการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัด ทดแทนไต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบพิชเชอร์ และการวิเคราะห์ความ แปรปรวนแบบวัดซ้ำทางเดียว

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษา ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้หลัง ได้รับโปรแกรมฯ ทันทีอยู่ในระดับปานกลางและหลังได้รับโปรแกรมฯ 1 เดือนอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ 2) ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจ เลือกวิธีบำบัดทดแทนไตได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยส่วนใหญ่เลือกการฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียม สรุปได้ว่า โปรแกรมการให้คำปรึกษามีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้และส่งเสริมการ ตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 4-5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการให้คำปรึกษาในคลินิกโรคไตได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการให้คำปรึกษา การตัดสินใจร่วมกัน การบำบัดทดแทนไต โรคไตเรื้อรัง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ การกึ่งด้านการพยาบาล โรงพยาบาลแม่สาย

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี การกึ่งด้านการพยาบาล โรงพยาบาลแม่สาย

** Corresponding author; email: Katob11@hotmail.com



The effect of a counseling program on knowledge and decision-making regarding renal replacement therapy in patients with chronic kidney disease (stage 4-5) at Maesai hospital, Chiangrai province

Thitiphan Chanphan*, Sirinapa Sirichotrungrot*, Wathanyu Sutawong**

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of a counseling program on knowledge and decision-making regarding renal replacement therapy among patients before and after receiving the program. The sample consisted of 30 patients with stage 4–5 chronic kidney disease who had not yet received renal replacement therapy and were attending a nephrology clinic at Mae Sai Hospital, Chiang Rai Province. Participants were selected using purposive sampling. The intervention was a counseling program developed based on the concepts of shared care and shared decision-making. Data collection instruments included a demographic questionnaire, a knowledge test on chronic kidney disease and renal replacement therapy, and a decision-making questionnaire regarding renal replacement therapy options. Data were analyzed using descriptive statistics, Fisher's exact test, and one-way repeated measures ANOVA.

The results revealed that: 1) after receiving the counseling program, the mean knowledge scores immediately and at 1-month follow-up were at a moderate level and significantly higher than those before the intervention ($p < .001$); and 2) the proportion of patients who made decisions regarding renal replacement therapy significantly increased ($p < .05$), with most patients choosing hemodialysis. In conclusion, the counseling program was effective in improving knowledge and promoting decision-making regarding renal replacement therapy among patients with stage 4–5 chronic kidney disease. The program can be applied as a guideline for improving counseling services in nephrology clinics.

Keywords: Counseling Program, Shared Decision Making, Renal Replacement Therapy (RRT), Chronic Kidney Disease (CKD)

* Registered Nurse, Professional Level, Specialized Medical Care Nursing Division, Nursing Mission, Mae Sai Hospital

** Registered Nurse, Anesthesia Nursing Department, Nursing Mission, Mae Sai Hospital

** Corresponding author; email: Katob11@hotmail.com

Received 13 February 2026; Revised 22 May 2026; Accepted 13 July 2026

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) กลายเป็นปัญหาสุขภาพระดับโลกที่ทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลกและสมาพันธ์โรคไตสากล¹ พบว่าอุบัติการณ์และความชุกของโรคเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) โดยเฉพาะเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่นำไปสู่ภาวะไตเสื่อมในที่สุด² สถานการณ์นี้ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงประเทศที่พัฒนาแล้ว แต่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศไทยด้วยเช่นกัน จากรายงานของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย พบว่ามีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นทุกปี และมีจำนวนผู้ป่วยที่จำเป็นต้องเข้ารับการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy: RRT) ในระยะสุดท้ายของโรคสูงถึงหลายแสนราย ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ภาระทางการเงินของครอบครัว และงบประมาณด้านสาธารณสุขของประเทศ ด้วยเหตุนี้การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสม เช่น การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis: PD) หรือการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation: KT) จึงเป็นหัวใจสำคัญของการวางแผนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

การตัดสินใจดังกล่าวมีความซับซ้อนอย่างยิ่ง เนื่องจากต้องพิจารณาปัจจัยหลายด้าน ทั้งด้านการแพทย์ สังคม เศรษฐกิจ และความปรารถนาของผู้ป่วยเอง³ ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยมักขาดความรู้ความเข้าใจที่เพียงพอเกี่ยวกับทางเลือกในการรักษา ซึ่งอาจนำไปสู่ความวิตกกังวล ความสับสน และการตัดสินใจที่ล่าช้าหรือไม่เหมาะสม⁴ ซึ่งในสถานการณ์เช่นนี้จึงจำเป็นต้องใช้แนวทางการดูแลสุขภาพที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แนวคิดการตัดสินใจร่วมกัน (Shared Decision Making: SDM) ของ Elwyn et al⁵ ซึ่งเสนอว่าการตัดสินใจทางการแพทย์ที่ดีที่สุดควรเกิดจากกระบวนการสื่อสารที่มีคุณภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย โดยผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนและสามารถสะท้อนความต้องการ ค่านิยม และเป้าหมายของตนเอง เพื่อร่วมกำหนดแผนการรักษาพร้อมกับทีมผู้รักษามีประสิทธิภาพ แนวคิดนี้จึงเป็นกรอบคิดที่สำคัญในการพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่มุ่งหวังให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตอย่างมีข้อมูลที่เพียงพอและมั่นใจ

การศึกษาจากต่างประเทศได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตและแนวทางการให้คำปรึกษาที่เหมาะสม การให้ข้อมูลที่ครบถ้วนและเข้าใจง่าย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีข้อมูลเพียงพอในการตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ⁶⁻⁷ และการใช้เครื่องมือช่วยในการตัดสินใจ (Patient Decision Aid) สามารถเพิ่มความเข้าใจและลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้⁸ รวมไปถึงบทบาทสำคัญของครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมในการช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจได้เร็วขึ้นและมีความพึงพอใจต่อการรักษามากขึ้น⁹

สถานการณ์ในประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 4-5 ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคไตเรื้อรัง (CKD Clinic) จำนวนมากประสบปัญหาในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ผู้ป่วยหลายรายเลือกที่จะรักษาแบบประคับประคองต่อไป แม้ว่าผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจะแสดงให้เห็นถึงภาวะไตที่เสื่อมลงอย่างต่อเนื่อง จนเมื่ออาการทรุดหนักและเข้าสู่ภาวะวิกฤต จึงต้องเข้ารับการรักษาบำบัดทดแทนไตแบบฉุกเฉิน ซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นการฟอกเลือดผ่านสายสวนที่คอ (Temporary Dialysis Catheter) ซึ่งมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าและมีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่าการเตรียมการล่วงหน้า^{2, 10-11} ความล่าช้าในการตัดสินใจไม่ได้เกิดจากความไม่เต็มใจของผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว แต่อาจมีสาเหตุมาจากความไม่พร้อมทางด้านจิตใจ ความรู้ที่ไม่เพียงพอ ความเข้าใจผิดเกี่ยวกับทางเลือกในการรักษา หรือการขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนที่เหมาะสม ปัญหาเหล่านี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนสูงขึ้น และมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมตัวอย่างทันท่วงที ซึ่งสะท้อนถึงช่องว่างที่สำคัญในการให้คำปรึกษาและการเตรียมพร้อมผู้ป่วยอย่างชัดเจน

จากปัญหาดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า การปล่อยให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 4-5 ตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตโดยขาดการสนับสนุนและคำแนะนำที่ถูกต้องนั้นไม่เพียงแต่จะส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางการรักษาของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังเพิ่มภาระให้แก่ระบบสาธารณสุขโดยรวมอีกด้วย¹¹⁻¹² การเข้ารับการรักษาบำบัดทดแทนไตแบบฉุกเฉินมีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญและยังก่อให้เกิดความเครียดอย่างมากต่อผู้ป่วยและครอบครัว^{6, 10-11} การวิจัยนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาแนวทางการดูแลที่ยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ โดยการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาที่ออกแบบบนพื้นฐานของแนวคิดการดูแลร่วมกัน (Shared Care) ของซีเบิร์น¹³ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจได้อย่างมีข้อมูลและมั่นใจ

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษา ต่อความรู้และการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตระยะ 4-5 โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย โดยใช้แนวคิดการตัดสินใจร่วมกัน (Shared Decision Making: SDM) ของ Elwyn et al⁵ และแนวคิดการดูแลร่วมกัน (shared care) ของซีเบิร์น¹³ ที่ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกับทีมให้คำปรึกษาในการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรัง จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในโรค การรักษาและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม มีการวางแผนเป้าหมาย และการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาไว้ล่วงหน้า (Advance Care Planning) นำไปสู่เป้าหมายการรักษาที่วางไว้ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมที่เป็นรูปแบบที่ชัดเจนและนำไปสู่การดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยตามบริบทเฉพาะโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไต ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 4-5 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาทันที และ 1 เดือน
2. ศึกษาผลการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 4-5 หลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยมีการประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลร่วมกัน (Shared Care) ของซีเบิร์น¹³ ซึ่งเป็นรูปแบบการพยาบาลที่เน้นความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อจัดการโรคเรื้อรัง โดยมี 3 องค์ประกอบหลักคือ การสื่อสาร (Communication) การตัดสินใจ (Decision-making) และความสัมพันธ์เชิงร่วมมือ (Reciprocity) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลตนเอง และแนวคิดการตัดสินใจร่วมกัน (Shared Decision Making: SDM) ของ Elwyn et al⁵ ประกอบด้วย 3 กระบวนการ คือ

1. การสนทนาเป็นทีม (Team Talk) เป็นการสนทนาสื่อสารเป็นทีมเพื่อร่วมกันพิจารณาไตร่ตรอง ความจำเป็นในการสนับสนุนผู้ป่วยให้ตระหนักถึงการทางเลือก และเป้าหมายของตนเอง
2. การสนทนาทางเลือก (Option Talk) เป็นการสนทนาสื่อสารให้ความรู้ ข้อเสนอ และทางเลือกที่หลากหลาย การเปรียบเทียบข้อดี ข้อเสีย โดยใช้หลักการสื่อสารความเสี่ยง
3. การสนทนาเพื่อการตัดสินใจ (Decision Talk) สะท้อนผลลัพธ์และผลกระทบต่างๆ ของการตัดสินใจเลือกแต่ละวิธีที่ผู้ป่วยให้ความสนใจ โดยอ้างอิงจากประสบการณ์และความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย เพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ด้านการดูแลสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ



โปรแกรมการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ

4-5 ใช้แนวทางการดูแลร่วมกัน (Shared Care) ของซีเบิร์น¹³

และแนวทางการตัดสินใจร่วมกัน (Shared Decision Making:

SDM) ของ Elwyn et al⁵ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินสภาพปัญหา ความรู้ ความต้องการ

และผลลัพธ์ทางคลินิก

ขั้นตอนที่ 3 ให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล

ขั้นตอนที่ 4 สรุปผลการให้คำปรึกษา

ขั้นตอนที่ 5 สรุปและประเมินผลภายหลังให้คำปรึกษาในวันที่

1 และครบ 1 เดือน

ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและ
การบำบัดทดแทนไต

การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัด
ทดแทนไต

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยใช้รูปแบบการเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pre-Test, Post-Test Design) โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการทดสอบด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 4-5 ในคลินิกโรคไต (CKD Clinic) โรงพยาบาลแม่อาย จังหวัดเชียงราย โดยวัดผล 3 ครั้งคือ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาทันที และ 1 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 4-5 ที่เข้ารับการรักษาใน CKD Clinic โรงพยาบาลแม่อาย จังหวัดเชียงราย เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้ เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 4-5 ที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต รับการรักษาที่คลินิกโรคไต โรงพยาบาลแม่อาย จังหวัดเชียงราย วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2568 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2568

เกณฑ์ในการคัดเลือก มีดังนี้

1. ผู้ป่วยรายใหม่ มีอัตราการกรองไตน้อยกว่าร้อยละ 30
2. ผู้ป่วยสามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ



เกณฑ์ในการคัดออก มีดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถมาตรวจเพื่อติดตามอาการ ตามนัดทุก 1-2 เดือนได้
2. ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางความรู้สึกรุนแรง หรือเจ็บป่วยทางจิต

กำหนดขนาดตัวอย่างโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงโดยใช้โปรแกรม G*Power เล็ก Difference between two dependent means (Matched pair) เล็กการทดสอบทางเดียว กำหนดค่าอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 และค่า กำลังทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.8¹⁴ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 27 คน ทั้งนี้เพื่อป้องกันจำนวนกลุ่ม ตัวอย่างสูญหาย ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีก ร้อยละ 10 รวมเป็น 30 คน

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1.1. โปรแกรมการให้คำปรึกษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยใช้ VDO ความรู้เรื่องโรคไตและวิธีบำบัดทดแทนไตของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2565¹¹

1.2. แผ่นพับและแผนการสอนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและวิธีการบำบัดทดแทนไต ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้จัดทำขึ้นจากคู่มือการให้คำแนะนำการดูแลตนเองสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2565 ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย¹¹

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ดัดแปลงและปรับปรุงมาจากแบบวัดความรู้โรคไตวายเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไตของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2565¹¹ ซึ่งผู้วิจัยจัดทำขึ้นประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิรักษา และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและการบำบัดทดแทนไต ซึ่งเป็นแบบทดสอบความรู้แบบตัวเลือก ถูก ผิด กำหนดการให้คะแนนดังนี้ ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน จำนวน 10 ข้อ คะแนนรวมความรู้เท่ากับ 0-10 คะแนน โดยผู้วิจัยกำหนด เกณฑ์การแปลผลคะแนนความรู้โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการวัดผลของ Bloom (Bloom's Taxonomy) ซึ่งสอดคล้องกับเกณฑ์การประเมินความรู้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตามแนวทางของศิริชัย กาญจนวาสี¹⁵ โดยแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ระดับน้อย 0-5 คะแนน
2. ระดับปานกลาง 6-7 คะแนน



3. ระดับมาก 8-10 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต เป็นแบบตรวจสอบรายการ การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้วิจัยนำ VDO แผนการสอน แผ่นพับ โปรแกรมการให้ปรึกษา แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ผ่านการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 4 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์อายุรกรรมโรคไต 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการผู้เชี่ยวชาญด้านไตเทียม 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการล้างไตทางช่องท้อง 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการจัดการผู้ป่วยไม่ติดต่อเรื้อรัง 1 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะจากนั้นนำเครื่องมือไปปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้ความถูกต้องชัดเจนด้านเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาก่อนนำไปทดลองใช้ในการวิจัย ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาได้ค่าดัชนีความ สอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ของ VDO แผนการสอน แผ่นพับ โปรแกรมการให้ปรึกษา และแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เท่ากับ 1.0 ทุกเครื่องมือ

2. ตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบทดสอบความรู้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 10 ราย แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงพบว่าแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.90

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย รหัสรับรอง คือ CRPPHO REC No.001/2568 วันที่ได้รับการรับรอง 7 กุมภาพันธ์ 2568 ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลา ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงสิทธิของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างชัดเจน การเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปโดยความสมัครใจ ผู้เข้าร่วมสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลหรือสิทธิในการรับบริการ

ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ลงนามในแบบแสดงความยินยอมก่อนการเก็บข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างได้รับการปกปิดเป็นความลับ ใช้รหัสแทนชื่อบุคคล และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมโดยไม่สามารถระบุตัวตนของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ ทั้งนี้ ผู้วิจัยคำนึงถึงศักดิ์ศรี ความเป็นส่วนตัว และความปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัย



การรวบรวมข้อมูล

ภายหลังโครงการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (Ethics Committee: EC) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับขั้นตอน ดังนี้ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย และขั้นตอนการดำเนินงานแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลแม่สาย เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย และขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอม ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pretest) โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไต และแบบสอบถามการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต

หลังจากนั้น ผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมการให้คำปรึกษา ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน โดยผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในการศึกษา รายละเอียด 1 เดือน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ตกผลงบริการ ขอความยินยอมและเริ่มให้คำปรึกษา หรือให้ความรู้ ใช้เวลา 5 นาที

ขั้นตอนที่ 2 ประเมินสภาพปัญหา ความรู้ ความต้องการและผลลัพธ์ทางคลินิกทั้งร่างกายและจิตใจ ใช้เวลา 10 นาที

ขั้นตอนที่ 3 ให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลโดยเน้นการมีส่วนร่วมตามแนวคิดของของซี เบิร์น¹³ และการตัดสินใจร่วมตามแนวคิดของ Elwyn et al⁵ ใช้เวลา 40-60 นาที

ขั้นตอนที่ 4 สรุปผลการให้คำปรึกษาและนัดติดตามบริการ ใช้เวลา 5 นาที

ขั้นตอนที่ 5 สรุปและประเมินผลภายหลังให้คำปรึกษาในวันที่ 1 และติดตามประเมินซ้ำเมื่อครบ 1 เดือน

หลังจากนั้นจะได้ผลของการตัดสินใจเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไต นำมาวิเคราะห์และรายงานผลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังการให้โปรแกรมการให้คำปรึกษาทันที และ 1 เดือน โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำทางเดียว (Repeated Measures One Way ANOVA) และเปรียบเทียบอัตราการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตด้วยสถิติทดสอบ ฟิชเชอร์ (Fisher's Exact Test) กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษา ต่อความรู้และการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 4-5 โรงพยาบาลแม่อาย จังหวัดเชียงราย

โดยผลการศึกษานำเสนอในรูปแบบของตาราง ประกอบคำบรรยาย ตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ของโรงพยาบาลแม่อาย จังหวัดเชียงราย จำนวน 30 ราย พบว่าเป็นผู้ชาย 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 ผู้หญิง 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 มีอายุอยู่ในช่วง 45-59 ปี มากที่สุด ร้อยละ 66.7 ผู้ป่วยทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 70 การศึกษาอยู่ในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 73.3 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 76.7 รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วยน้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 53.6 ผู้ป่วยทุกรายใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือบัตรทอง และมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมัน มากที่สุด จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.9

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไต

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ของโรงพยาบาลแม่อาย จังหวัดเชียงราย จำนวน 30 ราย ดังตารางที่ 1-2

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไต ก่อนและหลังการให้โปรแกรมการให้คำปรึกษาทันทีและ 1 เดือน (n=30)

ตัวแปร	ก่อน		หลังทันที		หลัง 1 เดือน	
	Mean	ระดับ	Mean	ระดับ	Mean	ระดับ
	(S.D.)		(S.D.)		(S.D.)	
ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและ	1.93	น้อย	7.00	ปาน	5.63	ปาน
การบำบัดทดแทนไต	(0.72)		(1.43)	กลาง	(1.11)	กลาง

จากตารางที่ 1 จะเห็นว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษา ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไต 1.93 คะแนน (S.D.=0.72) อยู่ในระดับ น้อย หลังจากให้โปรแกรมฯ ทันที มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ 7.00 คะแนน (S.D.=1.43) อยู่ในระดับปานกลาง และหลังจากให้โปรแกรมฯ 1 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ 5.63 คะแนน (S.D.=1.11) อยู่ในระดับปานกลาง



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไต ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาทันทีและ 1 เดือน (n=30)

ตัวแปร	ก่อน	หลัง ทันที	หลัง 1 เดือน	F	*p-value
	Mean	Mean	Mean		
	(S.D.)	(S.D.)	(S.D.)		
ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการ บำบัดทดแทนไต	1.93 (0.72)	7.00 (1.43)	5.63 (1.11)	1915.54	< .001

* สถิติ Repeated Measures One Way ANOVA

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไตของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันระหว่างช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ส่วนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต

หลังการให้โปรแกรมการให้คำปรึกษาทันที ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต มากที่สุดจำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.3 และเลือกการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มากที่สุด จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.7 รองลงมา คือ การล้างไตทางหน้าท้องและการรักษาแบบประคับประคอง จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 10 เท่ากัน ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบอัตราการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต และชนิดของการบำบัดทดแทนไต ก่อนและหลังการให้โปรแกรมการให้คำปรึกษา โดยวัดผลหลังได้รับโปรแกรมทันที

ตัวแปร	ก่อน	หลังทันที	χ ²	*p-value
	(n=30)	(n=30)		
	จำนวน	จำนวน		
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)		
การตัดสินใจเลือก				
เลือกวิธีบำบัดทดแทนไต	19 (63.3)	25 (85.3)	7.15	0.028
ไม่บำบัดทดแทนไต	1 (3.4)	3 (10.0)		
ยังไม่แน่ใจ	10 (33.3)	2 (4.7)		
ชนิดของวิธีบำบัดทดแทนไต				
การล้างไตทางช่องท้อง	7 (23.3)	3 (10.0)	2.35	0.503
การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	18 (70.0)	23 (76.7)		
การผ่าตัดเปลี่ยนไต	1 (0.1)	1 (3.3)		
การรักษาแบบประคับประคอง	4 (6.6)	3 (10.0)		

*สถิติ Fisher's Exact Test

จากตารางที่ 3 จะเห็นว่า เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบอัตราการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต และชนิดของการบำบัดทดแทนไต ก่อนและหลังการให้โปรแกรมการให้คำปรึกษา พบว่า หลังจากผู้ป่วยได้รับคำปรึกษาทันที ผู้ป่วยมีการยอมรับและเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผล

โปรแกรมการให้คำปรึกษาสามารถเพิ่มระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไต รวมถึงช่วยส่งเสริมการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วย เมื่อพิจารณาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 45-59 ปี ซึ่งคือวัยทำงานตอนปลาย มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา รายได้จำกัด และมีโรคร่วมหลายโรค ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ลักษณะดังกล่าวสะท้อนถึงกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในบริบทโรงพยาบาลในระดับอำเภอ ซึ่งมีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การออกแบบโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เหมาะสมกับบริบทดังกล่าว จึงมีความสำคัญต่อการเพิ่มความเข้าใจและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการตัดสินใจรักษาเหมือนกับแนวทางขององค์กรไม่



แสวงหากำไรของสหรัฐอเมริกา ที่ก่อตั้งขึ้นเพื่อป้องกัน ควบคุม และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไต (National Kidney Foundation: NKF)² โปรแกรมการให้คำปรึกษาในการวิจัยครั้งนี้ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ซึ่งอภิปรายได้ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไต

ผลการศึกษาด้านความรู้พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ ของผู้ป่วยหลังการได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาทันทีเพิ่มขึ้นและเมื่อประเมินซ้ำหลัง 1 เดือน คะแนนความรู้จะลดลงเล็กน้อย แต่ยังคงสูงกว่าก่อนการให้โปรแกรมการให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผลดังกล่าวสะท้อนว่า การให้ความรู้โดยพยาบาลที่มีการสื่อสาร (Communication) ที่เพียงพอตามแนวทางการดูแลร่วมกัน (Shared Care) ของซีเบิร์น¹³ อย่างมีประสิทธิภาพ ผ่านสื่อการให้ความรู้คือ VDO และแผ่นพับ และการสนทนาทางเลือก (Option Talk) โดยเป็นการสนทนาสื่อสารให้ความรู้ ข้อเสนอแนะทางเลือกที่หลากหลาย การเปรียบเทียบข้อดี ข้อเสีย โดยใช้หลักการสื่อสารความเสี่ยง ตามแนวทางการตัดสินใจร่วมกัน (Shared Decision Making: SDM) ของ Elwyn et al⁵ สามารถเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและทางเลือกการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม การลดลงของคะแนนความรู้ในระยะติดตามยังชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการจัดระบบการให้ความรู้ซ้ำ หรือการติดตามเสริมความรู้เป็นระยะ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเซนและคณะที่บอกว่าการจัดการโรคเรื้อรังที่เน้นการดูแลต่อเนื่องมากกว่าการให้ข้อมูลเพียงครั้งเดียว ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Chen et al¹⁶ และ Finkelstein et al¹⁷ ที่พบว่าการให้ความรู้ก่อนการบำบัดทดแทนไตสามารถเพิ่มความรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและทางเลือกการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Tamura et al¹⁸ ที่รายงานว่า การใช้เครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจช่วยเพิ่มความรู้และความพร้อมในการตัดสินใจของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต

ในด้านการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต พบว่า หลังการได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษา ผู้ป่วยมีการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และจำนวนผู้ป่วยที่ยังไม่แน่ใจลดลงอย่างชัดเจน ผลลัพธ์นี้สะท้อนให้เห็นว่า การให้คำปรึกษาอย่างเป็นระบบช่วยลดความกลัว ความไม่เข้าใจ และความลังเลของผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะเมื่อพยาบาลทำหน้าที่อธิบายข้อดี ข้อจำกัด และผลกระทบของแต่ละวิธีการรักษาอย่างเป็นกลางและเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการตัดสินใจร่วม (Shared Decision-Making) ที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้าย³ เมื่อพิจารณาชนิดของการบำบัดทดแทนไตพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเพิ่มขึ้นหลังการให้โปรแกรมการให้คำปรึกษา ผลดังกล่าวสอดคล้องกับบริบทของระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยและบริบทโรงพยาบาลแม่สาย ซึ่งมีความพร้อมด้านหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมากกว่าวิธีอื่น



รวมถึงความคุ้นเคยและความเชื่อมั่นของผู้ป่วยต่อวิธีดังกล่าว อย่างไรก็ตาม การที่ยังมีผู้ป่วยบางส่วนเลือกการรักษาแบบประคับประคอง สะท้อนถึงความหลากหลายของคุณค่า เป้าหมายชีวิต และบริบททางสังคมของผู้ป่วย ซึ่งบ่งบอกถึงบทบาทของพยาบาลในการสนับสนุนการตัดสินใจที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย มากกว่าการชี้นำไปสู่ทางเลือกใดทางเลือกหนึ่งซึ่งตรงกับแนวความคิดของ O'Connor et al¹⁹ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Wong et al⁷, Shin et al¹² และการศึกษาของวิภา จันทะวัน และคณะ²⁰ ที่พบว่าการใช้โปรแกรมการตัดสินใจร่วมสามารถเพิ่มสัดส่วนของผู้ป่วยที่ตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตได้อย่างมีนัยสำคัญ และลดความไม่แน่ใจของผู้ป่วยลง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ Jong et al⁴ ที่รายงานว่ากระบวนการ Shared Decision-Making ช่วยเพิ่มความพร้อมในการตัดสินใจและความพึงพอใจต่อทางเลือกการรักษาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

โดยสรุป โปรแกรมการให้คำปรึกษาในคลินิก CKD โรงพยาบาลแม่สาย มีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้และสนับสนุนการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 4-5 ผลการวิจัยนี้สนับสนุนแนวคิดว่า การให้คำปรึกษาอย่างเป็นระบบโดยทีมสุขภาพสามารถยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง^{16,21-22} ส่งเสริมการตัดสินใจร่วมกัน และเพิ่มความเหมาะสมของการเลือกแนวทางการรักษาในบริบทโรงพยาบาลชุมชนได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 4-5 ในคลินิก CKD อย่างต่อเนื่อง
2. ควรจัดให้มีการทบทวนหรือเสริมความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นระยะ เพื่อคงระดับความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดทดแทนไต
3. ควรส่งเสริมบทบาทพยาบาลไตเทียมในการให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วม และสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ป่วยตามบริบทและคุณค่าเฉพาะบุคคล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในระยะยาว เช่น วัดความรู้ซ้ำทุก 6 เดือน เป็นต้น และในบริบทที่หลากหลาย เช่น กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมและขยายผลการนำไปใช้



เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Chronic kidney disease [Internet]. 2023 [cited 2026 Apr 6]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/kidney-disease>
2. National Kidney Foundation. KDOQI clinical practice guideline for hemodialysis adequacy [Internet]. New York: National Kidney Foundation; 2020. Available from: https://www.kidney.org/professionals/guidelines/guidelines_commentaries
3. Son YJ, Han J, Kim EY. Shared decision making in choosing dialysis modalities for patients with chronic kidney disease: An evolutionary concept analysis. Nurs Health Sci. 2025;27(2):e70099. doi: 10.1111/nhs.70099
4. Jong ED, Boereboom FT, van der Steeg R, van Ittersum FJ, van der Veer SN, van den Heuvel RM. Shared decision-making in chronic kidney disease: a systematic review. Nephrol Dial Transplant. 2020;35(2):269–78. doi: 10.1093/ndt/gfz169
5. Elwyn G, Durand MA, Song J, Aarts J, Barr PJ, Berger Z, et al. A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. BMJ. 2017;359:j4891. doi: 10.1136/bmj.j4891
6. Manns BJ, Tonelli M, Culeton BF. The economic implications of patient choice of renal replacement therapy. Clin J Am Soc Nephrol. 2019;14(8):1205–12.
7. Wong SP, Tonelli M, Culeton BF. The impact of a shared decision-making program on dialysis choice and health outcomes. Kidney Int Rep. 2016;1(3):183–90.
8. KDIGO. Clinical practice guideline on the evaluation and management of candidates for kidney transplantation [Internet]. 2021. Available from: <https://kdigo.org/guidelines/transplant-candidate/>
9. Lee SH, Park JH, Kim JH, Jung HY, Lee SJ. The effect of family support on the choice of renal replacement therapy in end-stage renal disease patients. J Clin Nurs. 2017;26(11–12):1634–42.
10. Department of Medical Services. Clinical practice guideline for chronic kidney disease. Bangkok: Ministry of Public Health; 2018. (in Thai)
11. Ministry of Public Health. Situation report of chronic kidney disease in Thailand. Non-Communicable Diseases Division, Department of Disease Control; 2022. (in Thai)



12. Shin HS, Park BH, Rim H. Shared decision-making intervention regarding dialysis modality in patients with CKD stage 5. *Nephrol Dial Transplant*. 2024;39(Suppl1):gfae069.941.
13. Sebern MD. Shared care: A concept analysis. *Nurs Outlook*. 2005;53(4):173–83.
14. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
15. Kanjanawasee S. *Classical test theory*. 8th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2023. (in Thai)
16. Chen J, Mullins CD, Novak P, Thomas SB. Personalized strategies for chronic disease management: Shared care approaches. *Patient Educ Couns*. 2021;104(6):1354–61.
17. Finkelstein FO, Story K, Firanek C, Barre P, Takano T, Soroka S, et al. Perceived knowledge among patients cared for by nephrologists about chronic kidney disease and end-stage renal disease therapies. *Kidney Int*. 2012;82(11):1178–84. doi: 10.1038/ki.2008.376
18. Tamura MK, O'Hare AM, Luthra R. Informing patient choice: A randomized trial of a patient decision aid for dialysis treatment. *Am J Kidney Dis*. 2014;63(5):773–82.
19. O'Connor AM, Elwyn G, Stacey D. Shared decision making in patients with chronic kidney disease: a framework for clinical practice. *Nephrol Nurs J*. 2022;49(2):157–65.
20. Chanthawan W, Kongpan W, Pomthong A. Relationship between knowledge, social support, and decision-making for renal replacement therapy in chronic kidney disease patients. *J Nurs Educ*. 2018;11(3):56–69. (in Thai)
21. Ramasamy A, Goh ZS, Chan CM. Shared care interventions for patients with chronic illness: a systematic review. *J Adv Nurs*. 2022;78(5):1256–68.
22. Wong SPY, McFarland LV, Liu CF, Laundry RJ, Hebert PL, O'Hare AM. Care practices for patients with advanced CKD: a shared care perspective. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2023;18(4):567–75.



คุณภาพและอัตลักษณ์บัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

กรกาญจน์ ปานสุวรรณ*, ธิดารัตน์ คำบุญ**, อินทิรา ปากันทะ*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพบัณฑิตและอัตลักษณ์บัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ประชากรคือ หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเดียวกันกับบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษา 2563 จำนวน 98 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา สาขาพยาบาลศาสตร์ (6 ด้าน) และ 3) แบบสอบถามอัตลักษณ์บัณฑิตที่สอดคล้องกับอัตลักษณ์นิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวรคือเป็นคนดี คนเก่ง มีวินัย และภูมิใจในชาติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า บัณฑิตมีคุณภาพโดยรวมทั้ง 6 ด้านอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.99$, S.D. = 0.57) ด้านที่มีคะแนนสูงสุดคือด้านคุณธรรม จริยธรรม ($\bar{X} = 4.30$, S.D. = 0.65) รองลงมาคือด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและรับผิดชอบ ($\bar{X} = 4.29$, S.D. = 0.51) ส่วนด้านที่มีคะแนนต่ำสุดคือด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ ($\bar{X} = 3.52$, S.D. = 0.56) บัณฑิตมีอัตลักษณ์โดยรวมทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.15$, S.D. = 0.58) ด้านที่มีคะแนนสูงสุดคือด้านมีวินัย ($\bar{X} = 4.32$, S.D. = 0.56) รองลงมาคือด้านเป็นคนดี ($\bar{X} = 4.28$, S.D. = 0.59) ส่วนด้านที่มีคะแนนต่ำสุดคือด้านเป็นคนเก่ง ($\bar{X} = 3.81$, S.D. = 0.54) ดังนั้น ควรพัฒนานิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อให้เป็นบัณฑิตที่มีคุณภาพด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ และมีอัตลักษณ์ด้านเป็นคนเก่งเพิ่มมากขึ้น ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่

คำสำคัญ: คุณภาพบัณฑิต อัตลักษณ์บัณฑิต พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

** Corresponding author; email: thidaratk@nu.ac.th



Quality and Identity of Graduates, Faculty of Nursing, Naresuan University

Kornkarn Pansuwan*, Thidarat Khamboon**, Intira Pakanta*

Abstract

The purpose of this descriptive research was to study the quality and identity of graduates from the Faculty of Nursing, Naresuan University in the academic year 2020. The population consisted of 98 head nurses or staff nurses working in the same hospitals as those graduates. The research instruments consisted of 1) a general information questionnaire, 2) a graduate quality questionnaire based on the qualifications framework for higher education in nursing (6 aspects), and 3) a graduate identity questionnaire that is consistent with the identities of Naresuan University students: being good, talented, disciplined, and proud of the nation. Data were analyzed using descriptive statistics of percentage, mean and standard deviation.

The study findings revealed that the overall quality of the graduates in 6 aspects was at a high level ($\bar{x} = 3.99$, S.D. = 0.57). The aspect with the highest score was ethics and morals ($\bar{x} = 4.30$, S.D. = 0.65), the following scores were interpersonal skills and responsibility ($\bar{x} = 4.29$, S.D. = 0.51) and the aspect with the lowest score was professional practice skills ($\bar{x} = 3.52$, S.D. = 0.56). Regarding the identity of graduates, the overall identity of all 4 aspects was at a high level ($\bar{x} = 4.15$, S.D. = 0.58). The aspect with the highest score was discipline ($\bar{x} = 4.32$, S.D. = 0.56), followed by being a good person ($\bar{x} = 4.28$, S.D. = 0.59) and the aspect with the lowest score was being a talented person ($\bar{x} = 3.81$, S.D. = 0.54). Therefore, nursing students at Naresuan University should be developed into graduates with high-quality professional practice skills and more identity in being a talented person, especially in the context of emerging infectious disease outbreaks.

Keywords: Quality of graduate, Identity of graduate, Nursing, Naresuan University

* Assistant Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University

** Corresponding author; email: thidaratk@nu.ac.th

Received 18 February 2026; Revised 29 May 2026; Accepted 13 July 2026

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสร้างอัตลักษณ์ของผู้เรียนในระดับอุดมศึกษามีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นการเตรียมนิสิตให้พร้อมสำหรับการประกอบอาชีพในอนาคต โดยมุ่งเน้นการพัฒนาคุณลักษณะที่สอดคล้องกับความต้องการของสังคมและมีความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างมีความสุข การสร้างอัตลักษณ์นี้ ย่อมเกี่ยวข้องกับกระบวนการเรียนรู้และสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ ซึ่งรวมถึงปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ผู้เรียน ผู้สอน วิธีการสอน หลักสูตร ผู้บริหาร รวมไปถึงการบริหารจัดการที่เกี่ยวข้องทั้งในด้านสภาพแวดล้อมและระบบประกันคุณภาพการศึกษา ปัจจัยเหล่านี้มีความสำคัญต่อการสร้างอัตลักษณ์ของผู้เรียนให้ประสบความสำเร็จตามที่สถาบันกำหนด¹

ในส่วนของวิชาชีพพยาบาล การพัฒนาอัตลักษณ์พยาบาลวิชาชีพ มีกระบวนการเริ่มต้นตั้งแต่วิธีการเป็นนิสิตพยาบาล โดยผ่านกิจกรรมเสริมหลักสูตร และการเรียนรู้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ โดยเฉพาะการฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วย ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่นิสิตพยาบาลได้เรียนรู้บทบาทของพยาบาลวิชาชีพ ผ่านการเห็นตัวอย่างจากบุคคลต้นแบบ (Role model) ทั้งจากอาจารย์พยาบาลและบุคลากรในสถานที่ฝึกงาน² ด้วยเหตุนี้ สถาบันการศึกษาด้านการพยาบาลจึงต้องมีการพัฒนาและปรับปรุงหลักสูตรอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของบัณฑิตพยาบาลในยุคโลกาภิวัตน์และสังคมดิจิทัล พร้อมทั้งพัฒนาคุณลักษณะของบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานการศึกษาในระดับอุดมศึกษา และตามระบบประกันคุณภาพการศึกษาภายในของสถาบัน คู่มือการประกันคุณภาพการศึกษาภายในระดับอุดมศึกษา (พ.ศ. 2557) ได้ระบุตัวบ่งชี้ด้านบัณฑิตว่า "คุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา" ต้องมีการรายงานผลการประเมินคุณภาพบัณฑิตจากผู้ใช้บัณฑิตหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย³ ส่งผลให้หลักสูตรต้องกำหนดอัตลักษณ์นิสิตที่ชัดเจน โดยอิงจากปรัชญา วิสัยทัศน์ พันธกิจ และวัตถุประสงค์ของสถานศึกษา ตามที่คณะกรรมการสถานศึกษาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้วางไว้⁴ ประกอบกับตามประกาศของคณะกรรมการการอุดมศึกษาว่าด้วยแนวทางการปฏิบัติตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2552 (Thai Qualifications Framework for Higher Education, TQF : HE)⁵ ได้กำหนดให้มีการประเมินและพัฒนาหลักสูตรอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยทุก 5 ปี โดยนำผลการประเมินมาใช้ปรับปรุงหลักสูตรให้มีคุณภาพและทันสมัย⁶

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ได้มีการพัฒนาและปรับปรุงหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตอย่างต่อเนื่อง มีการดำเนินการปฏิรูปแนวทางการเรียนรู้ในหลายด้าน เพื่อผลิตบัณฑิตตามมาตรฐานที่ประกาศโดยกระทรวงศึกษาธิการ (มาตรฐานการอุดมศึกษา พ.ศ. 2549) โดยคาดหวังให้บัณฑิตมีความรู้ คุณธรรม จริยธรรม รวมทั้งความสามารถในการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง ตลอดจนสามารถประยุกต์ใช้ความรู้เพื่อดำรงชีวิตอย่างมีความสุขทั้งทางร่างกายและจิตใจ พร้อมทั้งแสดงความรับผิดชอบในฐานะพลเมืองและพลโลก⁶ โดยนิสิตที่สำเร็จการศึกษาจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวรในปีการศึกษา 2562-2564 ได้เรียนตามหลักสูตรที่ปรับปรุงใหม่ (หลักสูตร

ปรับปรุง พ.ศ. 2559) โดยปรัชญาของหลักสูตรเชื่อว่า การพยาบาลเป็นบริการที่สำคัญต่อสังคม ในการยกระดับคุณภาพชีวิตของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ทั้งในภาวะสุขภาพดีและเมื่อเจ็บป่วย โดยอาศัยศาสตร์การพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้องในแนวคิดองค์รวม ครอบคลุมด้านกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ผ่านการจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง และมุ่งให้เกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริงและประสบการณ์ ผลจากกระบวนการนี้ คือการผลิตบัณฑิตที่มีความรู้และทักษะทางการพยาบาลที่พร้อมให้บริการอย่างมีคุณภาพ โดยบัณฑิตจะมีคุณลักษณะที่แสดงถึงความเอื้ออาทร ยึดมั่นในคุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ มีจิตสาธารณะ ภาวะผู้นำ และความรู้ สามารถวิเคราะห์และใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ ยังสามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการทำงาน และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งมีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ มีจิตสำนึกในการอนุรักษ์ศิลปวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม ส่งเสริมระบอบประชาธิปไตย และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข สะท้อนให้เห็นถึงความเป็นคนเก่งในทุกด้าน⁷

ปรัชญาของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2559) ดังกล่าวได้รับการออกแบบให้สอดคล้องกับปรัชญา วิสัยทัศน์ และพันธกิจของมหาวิทยาลัยนเรศวรในการผลิตบัณฑิตที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานสากล ซึ่งจะช่วยพัฒนาประเทศให้เจริญก้าวหน้า ท่ามกลางยุคโลกาภิวัตน์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว พร้อมทั้งมีอัตลักษณ์ในลักษณะเป็นคนดี คนเก่ง มีวินัย และภูมิใจในชาติ นอกจากการมุ่งหวังให้บัณฑิตสะท้อนอัตลักษณ์นิสิตของมหาวิทยาลัยแล้ว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ยังเน้นผลิตบัณฑิตพยาบาลที่สอดคล้องกับนโยบายการจัดการศึกษาตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรีสาขาพยาบาลศาสตร์ (พ.ศ. 2552) ซึ่งกำหนดกรอบคุณภาพบัณฑิตตามคุณลักษณะที่พึงประสงค์ ครอบคลุมผลการเรียนรู้ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านคุณธรรม จริยธรรม 2) ด้านความรู้ 3) ด้านทักษะทางปัญญา 4) ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ 5) ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และ 6) ด้านทักษะปฏิบัติวิชาชีพ⁸

นอกจากนี้ จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันและแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบต่อการเรียนของนิสิตพยาบาลรุ่นที่สองที่ใช้หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2559) ขณะกำลังศึกษาอยู่ในชั้นปีที่ 3 ภาคการศึกษาปลาย ที่จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ไปเป็นรูปแบบออนไลน์ (Online) เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ทำให้นิสิตไม่ได้ฝึกปฏิบัติงานในสถานการณ์จริง จึงขาดทักษะทางการพยาบาล ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงให้ความสนใจศึกษาคุณภาพของบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ในปีการศึกษา 2563 ซึ่งเป็นรุ่นที่สองของหลักสูตรดังกล่าว โดยมุ่งเน้นพิจารณาว่า บัณฑิตมีคุณภาพเป็นไปตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา สาขาพยาบาลศาสตร์ และมีอัตลักษณ์ตามที่



มหาวิทยาลัยกำหนดมานาน้อยเพียงใด รวมถึงพิจารณาความแตกต่างด้านอัตลักษณ์ระหว่างบัณฑิตรุ่นที่สองและรุ่นแรกของหลักสูตรเดียวกัน ซึ่งบัณฑิตรุ่นที่สองมีความแตกต่างจากรุ่นแรก เนื่องจากต้องเผชิญกับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19 ทำให้การเรียนการสอนต้องปรับเป็นระบบออนไลน์มากขึ้น และนิสิตต้องพึ่งพาการเรียนรู้ด้วยตนเองเป็นหลัก ตั้งแต่ชั้นปีที่ 3 ภาคการศึกษาปลาย ปีการศึกษา 2562 จนกระทั่งสำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2563

ผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงรูปแบบการจัดการเรียนการสอนและพัฒนากิจกรรมสำหรับนิสิตให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บัณฑิตและสังคม อีกทั้งช่วยให้การเรียนการสอนมีความทันสมัย และสามารถปรับตัวให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป รวมถึงการรับมือกับโรคอุบัติใหม่ในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาคุณภาพและอัตลักษณ์บัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่สำเร็จปีการศึกษา 2563

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาคุณภาพและอัตลักษณ์บัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่สำเร็จปีการศึกษา 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ใช้ประชากรทั้งหมดในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ ผู้ใช้บัณฑิตที่เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานในแผนกเดียวกับบัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2559) ที่สำเร็จปีการศึกษา 2563 และมีระยะเวลาในการทำงานรวมกันกับบัณฑิตอย่างน้อย 6 เดือน จำนวน 120 คน (มีประชากรสะดวกเข้าร่วมการวิจัย 98 คน)

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือวิจัยของ กรกาญจน์ ปานสุวรรณ, กนกอร คล้ายจันทร์, ชนิกันต์ เสือสิงห์ และนิตยา ศรีบัวรมย์ (2563)⁹ มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้โดยไม่ได้อดปรับแก้ เนื่องจากประชากรอยู่ในบริบทเดียวกันคือศึกษา ณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา สาขาพยาบาลศาสตร์ และแบบสอบถามอัตลักษณ์บัณฑิตที่สอดคล้องกับอัตลักษณ์นิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร เครื่องมือวิจัยดังกล่าวผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิสังกัดมหาวิทยาลัยนเรศวร จำนวน 3 ท่าน ที่มีความรู้ด้านการพัฒนาบัณฑิตตามกรอบ

มาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence : IOC) เท่ากับ 0.48-1.00 ทำการปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามที่ได้ค่า IOC ไม่ถึง 0.50 เพื่อให้ข้อคำถามมีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น และมีการหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยทดลองใช้กับผู้ใช้นิติที่มิใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา สาขาพยาบาลศาสตร์ เท่ากับ 0.92 และแบบสอบถามอัตลักษณ์บัณฑิตที่สอดคล้องกับอัตลักษณ์นิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร เท่ากับ 0.90 โดยมีรายละเอียดแบบสอบถาม ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นข้อคำถามประเภทเลือกตอบ คือ เพศ อายุ ตำแหน่ง และหน่วยงานที่สังกัด (ราชการ เอกชน รัฐวิสาหกิจ)

2. แบบสอบถามคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา สาขาพยาบาลศาสตร์ เป็นมาตรประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ มีรายการประเมินคุณภาพบัณฑิตตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา สาขาพยาบาลศาสตร์ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านคุณธรรมจริยธรรม 8 ข้อ เช่น มีความซื่อสัตย์สุจริต มีระเบียบวินัย ตรงต่อเวลา เป็นต้น 2) ด้านความรู้ 6 ข้อ เช่น มีความรู้ในหลักวิชาชีพที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับหน้าที่การงาน เป็นต้น 3) ด้านทักษะทางปัญญา 9 ข้อ เช่น มีความสามารถในการรวบรวมข้อมูล แนวคิด และประเมินข้อมูลต่างๆ ได้ เป็นต้น 4) ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ 8 ข้อ เช่น มีความสามารถปรับตัวให้เข้ากับเพื่อนร่วมงาน เป็นต้น 5) ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ 4 ข้อ เช่น มีทักษะในการวิเคราะห์และจัดการข้อมูลเชิงตัวเลข เป็นต้น และ 6) ด้านทักษะปฏิบัติวิชาชีพ 5 ข้อ เช่น สามารถปฏิบัติทักษะการพยาบาลอย่างเป็นองค์รวมโดยประยุกต์ใช้ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล รวมทั้งใช้กระบวนการพยาบาล หลักฐานเชิงประจักษ์ และการสื่อสารเชิงบำบัดในการพยาบาลบุคคล ครอบครัว และชุมชน เป็นต้น

3. แบบสอบถามอัตลักษณ์บัณฑิตที่สอดคล้องกับอัตลักษณ์นิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร เป็นมาตรประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ มีรายการประเมินอัตลักษณ์บัณฑิต 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านเป็นคนดี 13 ข้อ เช่น มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ มีจิตสาธารณะ เป็นต้น 2) ด้านเป็นคนเก่ง 10 ข้อ เช่น มีความสามารถในการแก้ปัญหาการงาน เป็นต้น 3) ด้านมีวินัย 8 ข้อ เช่น ปฏิบัติตนตรงต่อเวลา เป็นต้น และ 4) ด้านภูมิใจในชาติ 9 ข้อ เช่น แสดงความเคารพด้วยการไหว้ตามแบบอย่างวัฒนธรรมไทย เป็นต้น

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำหนังสือขอการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนเรศวร ได้รับ



อนุญาตเลขที่ COA No. 135/2022 วันที่รับรอง 3 มีนาคม 2565 โดยข้อมูลคำอธิบายสำหรับ
อาสาสมัครในโครงการวิจัย มีรายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าร่วมการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย การพิทักษ์
สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย และการติดต่อกับผู้วิจัยอย่างละเอียด และชี้แจงว่ามีการนำเสนอข้อมูลในภาพรวม
และทำลายเอกสารทั้งหมดหลังจากงานวิจัยเสร็จสิ้น

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยขอข้อมูลจากการสำรวจภาวะการทำงานทำของ
บัณฑิต โดยกองแผนงาน มหาวิทยาลัยนเรศวร ทำให้ทราบหน่วยงานที่บัณฑิตทำงานอยู่ในปัจจุบัน
จากนั้นส่งแบบสอบถามไปทางไปรษณีย์ ระบุการส่งกลับมายังผู้วิจัยภายในเดือนมกราคม พ.ศ. 2566
ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2566 (120 ชุด) ผู้วิจัยได้เตรียมซองเปล่าติดแสตมป์ไปให้พร้อมกับเอกสาร
พิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยและแบบสอบถาม ได้รับแบบสอบถามที่มีข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์ 98 ชุด
คิดเป็นร้อยละ 81.67

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ
ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิจัยครั้งนี้ กำหนดเกณฑ์การแปลความหมายของคะแนน
ความคิดเห็น ดังนี้ 4.51 - 5.0 ระดับมากที่สุด, 3.51 - 4.50 ระดับมาก, 2.51 - 3.50 ระดับปานกลาง,
1.51 - 2.50 ระดับน้อย, 1.00 - 1.50 ระดับน้อยที่สุด¹⁰

ผลการวิจัย

1. ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประชากร จำนวน 120 คน ตอบแบบสอบถาม จำนวน 98 คน
คิดเป็นร้อยละ 81.67 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 98.46 เพศชาย ร้อยละ 1.54 มีอายุอยู่ระหว่าง 31 – 40
ปี ร้อยละ 51.48, อายุ 41- 50 ปี ร้อยละ 35.71 และอายุ 51- 60 ปี ร้อยละ 12.81 ประกอบด้วย
ผู้บังคับบัญชา ร้อยละ 38.32 และเพื่อนร่วมงานร้อยละ 61.68 ปฏิบัติงานอยู่ที่โรงพยาบาลสังกัด
หน่วยงานราชการร้อยละ 61.79 และสังกัดหน่วยงานเอกชนร้อยละ 38.21

2. ส่วนที่ 2 คุณภาพบัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ผลการศึกษาความคิดเห็นของผู้ใช้บัณฑิตเกี่ยวกับคุณภาพบัณฑิตที่สำเร็จปีการศึกษา 2563
จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาล
ศาสตร์ ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนคุณภาพบัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่สำเร็จปีการศึกษา 2563 จากตามความคิดเห็นของผู้ใช้บัณฑิต (n= 98)

ด้านที่	รายการ	ความคิดเห็น		
		คะแนนเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ระดับ
1	คุณธรรม จริยธรรม	4.30	0.65	มาก
2	ความรู้	4.16	0.62	มาก
3	ทักษะทางปัญญา	3.55	0.51	มาก
4	ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและรับผิดชอบ	4.29	0.51	มาก
5	ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ	4.11	0.55	มาก
6	ทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ	3.52	0.56	มาก
รวม 6 ด้าน		3.99	0.57	มาก

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ใช้บัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2559) มีความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพบัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่สำเร็จปีการศึกษา 2563 ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์โดยรวมทั้ง 6 ด้าน อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.99$, S.D. = 0.57) ด้านที่มีคะแนนสูงสุดคือด้านคุณธรรม จริยธรรม ($\bar{x} = 4.30$, S.D. = 0.65) รองลงมาคือด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและรับผิดชอบ ($\bar{x} = 4.29$, S.D. = 0.51) ด้านความรู้ ($\bar{x} = 4.16$, S.D. = 0.62) ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ($\bar{x} = 4.11$, S.D. = 0.55) ด้านทักษะทางปัญญา ($\bar{x} = 3.55$, S.D. = 0.51) ส่วนด้านที่มีคะแนนต่ำสุดคือด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ ($\bar{x} = 3.52$, S.D. = 0.56)

3. ส่วนที่ 3 อัตลักษณ์บัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ผลการศึกษาความคิดเห็นของผู้ใช้บัณฑิตเกี่ยวกับอัตลักษณ์บัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่สำเร็จปีการศึกษา 2563 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนอัตลักษณ์บัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่สำเร็จปีการศึกษา 2563 ตามความคิดเห็นของผู้ใช้บัณฑิต (n = 98)

ด้านที่	รายการ	ความคิดเห็น		
		คะแนนเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ระดับ
1	เป็นคนดี	4.28	0.59	มาก
2	เป็นคนเก่ง	3.81	0.54	มาก
3	มีวินัย	4.32	0.56	มาก
4	ภูมิใจในชาติ	4.18	0.61	มาก
รวม 4 ด้าน		4.15	0.58	มาก

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ใช้บัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2559) มีความคิดเห็นเกี่ยวกับอัตลักษณ์บัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่สำเร็จปีการศึกษา 2563 โดยให้คะแนนรวม (4 ด้าน) อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.15$, S.D. = 0.58) ด้านที่มีคะแนนสูงสุดคือด้านมีวินัย ($\bar{x} = 4.32$, S.D. = 0.56) รองลงมาคือด้านเป็นคนดี ($\bar{x} = 4.28$, S.D. = 0.59) ด้านภูมิใจในชาติ ($\bar{x} = 4.18$, S.D. = 0.61) ส่วนด้านที่มีคะแนนต่ำสุดคือด้านเป็นคนเก่ง ($\bar{x} = 3.81$, S.D. = 0.54)

การอภิปรายผล

คุณภาพบัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่สำเร็จปีการศึกษา 2563 ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ โดยรวมทั้ง 6 ด้านอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.99$, S.D. = 0.57) ด้านที่มีคะแนนสูงสุดคือด้านคุณธรรม จริยธรรม ($\bar{x} = 4.30$, S.D. = 0.65) ส่วนด้านที่มีคะแนนต่ำสุดคือด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ ($\bar{x} = 3.52$, S.D. = 0.56)

การที่บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2563 จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร มีคุณลักษณะบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ในด้านที่มีคะแนนสูงสุดคือด้านคุณธรรม จริยธรรม ($\bar{x} = 4.30$, S.D. = 0.65) เนื่องจากบัณฑิตได้รับการปลูกฝังคุณธรรม จริยธรรมในการเรียนภาคทฤษฎี ทดลอง และการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ยกตัวอย่างเช่น ในหมวดวิชาเฉพาะ (วิชาชีพ) หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2559 บัณฑิตได้ศึกษาในรายวิชาจิตสาธารณะเพื่อการบริการ⁷ ผ่านการทำโครงการจิตสาธารณะในภาคการศึกษาต้นของชั้นปีที่ 1 ซึ่งบ่มเพาะให้บัณฑิตมีจิตสาธารณะ เป็นต้น นอกจากนี้ มีกิจกรรมพัฒนานิสิตตลอด

หลักสูตร ตั้งแต่แรกเข้ามาเป็นนิสิตพยาบาลของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จนสำเร็จการศึกษา ได้แก่ กิจกรรมรับน้อง กิจกรรมเตรียมความพร้อม กิจกรรมเสริมความรู้และทักษะทางวิชาการ คุณธรรมจริยธรรม และกิจกรรมพัฒนาสมรรถนะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21

จากผลการศึกษาดังกล่าว จะเห็นได้ว่า ถึงแม้จะมีการปรับปรุงหลักสูตรใหม่ แต่เนื่องจากวิชาชีพพยาบาล เป็นวิชาชีพที่ต้องปฏิบัติโดยตรงต่อชีวิตและสุขภาพของมนุษย์ ดังนั้น การปลูกฝังและพัฒนาคุณธรรมและจริยธรรมตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ (พ.ศ. 2552, 2560)^{8, 11} เป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญอย่างยิ่งในการผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีคุณภาพ จึงทำให้หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตทุกหลักสูตร ต่างก็มีวัตถุประสงค์ในการพัฒนาและปลูกฝังบัณฑิตให้มีคุณธรรม จริยธรรมเพื่อเตรียมให้เป็นบัณฑิตพยาบาลที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณธรรม จริยธรรม จะเห็นได้จากหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2554) บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2557-2561 มีความโดดเด่นด้านคุณธรรม จริยธรรมมากที่สุดในทุกปีการศึกษา¹² ในขณะที่หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2559) ซึ่งเป็นบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษารุ่นแรก (ปีการศึกษา 2562) แม้จะมีความโดดเด่นในด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและรับผิดชอบต่อมากที่สุด¹³ แต่ด้านคุณธรรม จริยธรรมก็อยู่ในระดับมากและมีคะแนนเฉลี่ย 4.29 (S.D. = 0.52) ซึ่งใกล้เคียงกัน

ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของของ วรณดี เสือมาก, วีรวรรณ เกิดทอง และศุภลักษณ์ ธนาโรจน์ (2564)¹⁴ ที่ศึกษาพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560 ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราญราษฎร์ พบว่า พฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรม โดยรวมอยู่ในระดับมาก การศึกษาของวิริยาภรณ์ แสนสมรส, วิภารัตน์ ยมดิษฐ์, นิศากร เยาวรัตน์, อมรรัตน์ สว่างเกต, และ นพวรรณ ดวงจันทร์ (2560)¹⁵ ที่ศึกษาคุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราญราษฎร์ พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีคุณธรรมจริยธรรมในภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากเช่นกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์, สุนทรี ชะชาติย์, และอุษณียาภรณ์ จันท (2563)¹⁶ ที่ศึกษาคุณลักษณะของบัณฑิตที่พึงประสงค์ ตามกรอบมาตรฐาน คุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรบัณฑิตที่สำเร็จในปีการศึกษา 2560 พบว่า สมรรถนะด้านคุณธรรมจริยธรรม มีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะสูงที่สุด ($\bar{X} = 4.13$, S.D. = 0.39)

ส่วนด้านที่มีคะแนนต่ำสุดคือ ด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ ($\bar{X} = 3.52$, S.D. = 0.56) เนื่องจากบัณฑิตที่สำเร็จปีการศึกษา 2563 เป็นรุ่นที่ต้องเรียนออนไลน์ขณะศึกษาชั้นปีที่ 3 ภาคการศึกษาปลาย ปีการศึกษา 2562 ต่อเนื่องจนถึงวันสำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2563 จากผลกระทบของโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19 ทำให้มีประสบการณ์การฝึกปฏิบัติการพยาบาลขณะเป็นนิสิตพยาบาลในสถานการณ์จริงน้อย เมื่อสำเร็จการศึกษาจึงมีทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพน้อยกว่า

บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2562 ที่ใช้หลักสูตรเดียวกัน โดยมีคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพเท่ากับ 3.85 (S.D. = 0.54)¹³ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19 ส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล อาจทำให้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลลดลง ถึงแม้ว่าจะมีการจัดการเรียนการสอนด้วยระบบต่างๆ เช่น ใช้ระบบออนไลน์ ใช้สถานการณ์เสมือนจริง เป็นต้น แต่ก็ยังพบข้อจำกัดต่างๆ เช่น การเรียนการสอนออนไลน์มีข้อจำกัดในการพัฒนาทักษะการปฏิบัติจริงของนักศึกษา เนื่องจากขาดประสบการณ์ตรงกับผู้ป่วย เป็นต้น¹⁷ การใช้สถานการณ์เสมือนจริงสามารถช่วยพัฒนาทักษะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาได้ แต่ยังไม่สามารถทดแทนประสบการณ์ปฏิบัติจริงได้ทั้งหมด¹⁸ รวมถึงการลดระยะเวลาการฝึกปฏิบัติ และการใช้มาตรการป้องกันการแพร่ระบาด ส่งผลให้โอกาสในการพัฒนาทักษะการปฏิบัติของนักศึกษาลดลง¹⁹

อัตลักษณ์บัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่สำเร็จปีการศึกษา 2563
โดยรวมทั้ง 4 ด้านคือ เป็นคนดี คนเก่ง มีวินัย และภูมิใจในชาติ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.15, S.D. = 0.58) ด้านที่มีคะแนนสูงสุดคือด้านมีวินัย ($\bar{X}$ = 4.32, S.D. = 0.56) ส่วนด้านที่มีคะแนนต่ำสุดคือด้านเป็นคนเก่ง ($\bar{X}$ = 3.81, S.D. = 0.54)

การที่บัณฑิตที่สำเร็จปีการศึกษา 2563 จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร มีอัตลักษณ์ที่โดดเด่นโดยมีคะแนนสูงสุดคือด้านมีวินัย เนื่องจากผลกระทบของโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19 ที่ทำให้ต้องเรียนออนไลน์ มีการจัดระเบียบแบบแผนในดำเนินชีวิตและการเรียนใหม่ โดยต้องรับผิดชอบในการเรียนรู้ด้วยตนเองเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้มีวินัยมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐกาญจน์ เสงไพจิตร (2564)²⁰ ที่ศึกษาความพร้อมในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยสยามในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19 พบว่า การเรียนออนไลน์ทำให้นักศึกษาต้องปรับตัว และเพิ่มความรับผิดชอบในการเรียนรู้ด้วยตนเองมากขึ้น

สำหรับด้านที่มีคะแนนต่ำสุดของอัตลักษณ์บัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่สำเร็จปีการศึกษา 2563 คือ "ความเป็นคนเก่ง" ซึ่งครอบคลุมความสามารถในการเก่งงาน เก่งคน เก่งคิด เก่งครองชีวิต และเก่งพิชิตปัญหา ตัวชี้วัดความเก่งของบัณฑิตพยาบาล เช่น ความสามารถในการแก้ไขปัญหาทางการงานหรือการพยาบาล และการมีส่วนร่วมสร้างสรรค์นวัตกรรม แสดงให้เห็นว่า การพัฒนาทักษะเหล่านี้ จำเป็นต้องอาศัยการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงและการพัฒนาที่ต่อเนื่องเมื่อเวลาผ่านไป บัณฑิตจะสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ปัทมาภรณ์ คงขุนทด, ฉัตรทอง จารุพิสิฐไพบูลย์, นุชมาศ แก้วกุลทล, นฤมล เปรมาสวัสดิ์ และ มยุรี พางาม (2563)²¹ ได้สังเคราะห์งานวิจัยของนักวิชาการหลายท่านพบว่า แม้จะมีการสอนในรูปแบบทฤษฎี ทดลอง และปฏิบัติร่วมกันแล้ว แต่การพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงานยังต้องใช้เวลาในการสร้างความคุ้นเคยกับงานและสภาพแวดล้อม รวมทั้งการสั่งสมประสบการณ์จนเกิดความเชี่ยวชาญ ทำให้

สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความสามารถในการปฏิบัติงานจึงมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการทำงาน พยาบาลจบใหม่มักขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพ เนื่องจากยังไม่สามารถนำความรู้ทางทฤษฎีไปปรับใช้ในสถานการณ์จริงได้ดีและยังขาดประสบการณ์ในการทำงานร่วมกับผู้อื่น ในทางกลับกัน พยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่า 1 ปีสามารถทำงานได้สูงถึง 2.7 เท่ามากกว่าผู้ที่ประสบการณ์ไม่ถึง 1 ปี ดังนั้น ระยะเวลา 1 ปีอาจยังไม่เพียงพอในการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงานอย่างเต็มที่

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของกรกาญจน์ ปานสุวรรณ, กนกอร คล้ายจันทร์, ชนิกันต์ เสือสิงห์ และนิตยา ศรีบัวรมย์ (2563)⁹ ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับอัตลักษณ์ของนิสิตตามการรับรู้ของผู้ใช้บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ในปีการศึกษา 2561 พบว่า ด้านที่มีคะแนนต่ำสุดคือด้านเป็นคนเก่ง ($\bar{X} = 3.89$, S.D. = 0.57) และการศึกษาของกรกาญจน์ ปานสุวรรณ และอินทิรา ปากันทะ (2566)¹³ ที่ศึกษาอัตลักษณ์บัณฑิตที่สำเร็จปีการศึกษา 2562 จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร พบว่าด้านที่มีคะแนนต่ำสุดคือด้านเป็นคนเก่ง ($\bar{X} = 3.81$, S.D. = 0.50) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Dlamini, Mtshali, Dlamini, Mahanya, Shabangu, & Tsabedze (2014)²² ที่พบว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า บัณฑิตพยาบาลที่จบใหม่ยังไม่พร้อมสำหรับฝึกฝนเมื่อสำเร็จการศึกษา โดยมีปัจจัยสำคัญคือการเตรียมความพร้อมที่ไม่เพียงพอ

สรุปผลการวิจัย

1. บัณฑิตมีคุณภาพโดยรวมทั้ง 6 ด้านอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.99$, S.D. = 0.57) ด้านที่มีคะแนนสูงสุดคือด้านคุณธรรม จริยธรรม ($\bar{X} = 4.30$, S.D. = 0.65) ส่วนด้านที่มีคะแนนต่ำสุดคือด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ ($\bar{X} = 3.52$, S.D. = 0.56)

2. บัณฑิตมีอัตลักษณ์โดยรวมทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.15$, S.D. = 0.58) ด้านที่มีคะแนนสูงสุดคือด้านมีวินัย ($\bar{X} = 4.32$, S.D. = 0.56) ส่วนด้านที่มีคะแนนต่ำสุดคือด้านเป็นคนเก่ง ($\bar{X} = 3.81$, S.D. = 0.54)

ดังนั้น ในช่วงที่ไม่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19รวมถึงโรคอุบัติใหม่ในอนาคต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ควรพัฒนาและบริหารหลักสูตร รวมทั้งจัดกิจกรรมการเรียนรู้การสอนที่เน้นให้มีประสบการณ์คลินิก และฝึกทักษะการพยาบาลในสถานการณ์จริงมากขึ้น ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือกับแหล่งฝึก นอกจากนี้ ยังควรจัดอบรมพยาบาลพี่เลี้ยงในแหล่งฝึก²²⁻²³ เพื่อสนับสนุนการเรียนรู้และพัฒนาอัตลักษณ์ในด้านการเป็นคนเก่งของนิสิตพยาบาล



ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัย บัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่สำเร็จการศึกษา 2563 ต้องเผชิญกับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19 ทำให้การเรียนการสอนต้องปรับเป็นระบบออนไลน์มากขึ้น ทำให้มีคะแนนคุณภาพบัณฑิตต่ำสุดในด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ ขณะที่คะแนนอัตลักษณ์บัณฑิตต่ำสุดอยู่ในการเป็นคนเก่ง ดังนั้น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ควรพัฒนาและบริหารหลักสูตร พร้อมทั้งจัดกิจกรรมการเรียนการสอนที่เน้นให้นิสิตพยาบาลได้รับประสบการณ์ทางคลินิกอย่างเพียงพอ และสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป รวมถึงโรคอุบัติใหม่ในอนาคต โดยเปิดโอกาสให้ฝึกทักษะการพยาบาลในสถานการณ์จำลองมากขึ้น นอกจากนี้ ควรปรับปรุงกระบวนการเรียนการสอนด้วยการสอดแทรกเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับอัตลักษณ์ของผู้เรียนในรายวิชา และจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรที่สอดคล้องกับสมรรถนะของนิสิตในแต่ละชั้นปี เพื่อส่งเสริมการพัฒนาอัตลักษณ์ในการเป็นคนเก่งต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ทำการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) รูปแบบการจัดการเรียนการสอน และกิจกรรมเสริมหลักสูตรที่สอดคล้องกับสมรรถนะของผู้เรียนในแต่ละชั้นปี และเหมาะสมกับโรคอุบัติใหม่ในอนาคต เพื่อพัฒนาคุณภาพบัณฑิตและอัตลักษณ์บัณฑิตของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร และสถาบันการศึกษาทางการพยาบาลอื่นๆ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่านที่ทำให้งานสำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Suwannachin C, Jantarapanya P. Students's Identity Construction in Higher Education. Panyapiwat Journal [Internet]. 2015 [cited 2026 Feb 1]; 7(2): 267-80. Available from: <https://so05.tci-thaijo.org/index.php/pimjournal/article/view/38505> (In Thai)
2. Larson J, Brady M, Engelmann L, Perkins BI, Shultz C. The Formation of Professional Identity in Nursing. Nursing Education Perspectives [Internet]. 2013 [cited 2026 Feb 1]; 34(2), 138. Available from: https://journals.lww.com/neponline/Citation/2013/03000/The_Formation_of_Professional_Identity_in_Nursing.16.aspx



3. Committee for Internal Quality Assurance in Higher Education, Subcommittee for the Development of Internal Quality Assurance in Higher Education. Manual for the Internal Quality Assurance for Higher Education Institutions 2014. Bangkok: Parbim; 2017. (In Thai)
4. Royal Institute. Dictionary of Education Terms, Royal Institute Edition [Internet]. Bangkok: Arun Kanphim; 2012. [cited 2026 Feb 1]. Available from: <http://jfklib.oas.psu.ac.th/opac2/BibDetail.aspx?bibno=1157559> (In Thai)
5. Office of the Higher Education Commission. The National Qualifications Framework for Higher Education B.E. 2552 (Year 2009) [Internet]. [cited 2025 December 21]. Available from: <https://bba.rmuts.ac.th/fba2013/sites/default/files/News/2562/cddm002.pdf> (In Thai)
6. Bureau of Higher Education Standards and Evaluation, Office of the Higher Education Commission, Ministry of Education. Manual for Standard Criteria for Higher Education Curriculum 2015 and Related Criteria. Bangkok: Wongsawang Publishing & Printing Co., Ltd.; 2017. (In Thai)
7. Faculty of Nursing, Naresuan University. Bachelor of Nursing Science Program (Revised Curriculum 2016). Phitsanulok: Faculty of Nursing, Naresuan University; 2016. (In Thai)
8. Ministry of Education. Notification of the Ministry of Education: Bachelor Degree Standards in Nursing Science, B.E. 2552 (2009) [Internet]. Bangkok: Ministry of Education; 2009. [cited 2026 Feb 1]. Available from: <https://dl.parliament.go.th/backoffice/viewer2300/web/previewer.php> (In Thai)
9. Pansuwan K, Klayjan K, Suasing C, Sribuarom N. Perception of Graduates' Employers on Quality and Identity of Nursing Graduates from Faculty of Nursing, Naresuan University. Journal of Nursing and Health Science [Internet]. 2020 [cited 2026 Feb 1]; 14(1): 54-65. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/NurseNu/article/view/235770> (In Thai)
10. Silanoi L, Chindaprasert K. The Use of Rating Scale in Quantitative Research on Social Sciences, Humanities, Hotel and Tourism Study. Journal of Management Science, Ubon Ratchathani University. 2019; 8(15): 112-26. (In Thai)



11. Office of the Higher Education Commission, Ministry of Education. Notification of the Ministry of Education: Standard of Learning Outcomes for Bachelor Degree in Nursing Education B.E. 2560 (2017). Bangkok: The Commission; 2017. (In Thai)
12. Pansuwan K, Pakanta I, Pongrangsarn P, Makpoka J. The Evaluation of the Bachelor of Nursing Program (Revised edition 2011) Faculty of Nursing, Naresuan University. Nursing [Internet]. 2021 [cited 2026 Feb 1]; 15(2): 136-49. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/NurseNu/article/view/251016> (In Thai)
13. Pansuwan K, Pakanta I. Quality and Identity of Graduates who Graduated in the Academic Year 2019 from the Faculty of Nursing, Naresuan University. Nursing, Health, and Public Health Journal. 2023; 2(1): 18-28. (In Thai)
14. Sueamak W, Keadthong W, Thanaroj S. Behavior of Moral and Ethical Standards under the Qualifications Framework for the Bachelor of Nursing Science 2017 among Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing, Surat Thani. Journal of Health Science BCNSP [Internet]. 2021 [cited 2026 Feb 1]; 5(2): 125-38. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnspp/article/view/249950> (In Thai)
15. Sansomros W, Yomdit V, Yaowarat N, Sawangket A, DOUNGCHAN N. Moral Virtues of Nursing Students: Case Study Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi. Journal of Nursing and Education. 2017; 10(4): 144-59. (In Thai)
16. Sripoh S, Khachat S, Junthorn U. Desirable Characteristics of Graduates Based on the Thai Qualifications Framework for Higher Education and the Identity of Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi. The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi. 2020; 3(1): 61-80. (In Thai)
17. Kumkong M, Amornpiyaphakorn A, Chamnanpok R, Thonghom M. Provision of Nursing Practicum using Online System in Situation of COVID-19. Journal of Nursing, Siam University. 2021; 22(43): 114-26. (In Thai)
18. Choolert P, Kulaphanich M, Polgaya O, Krongrawa R, Tawetanawanich Y. Model of Teaching by Situations Base Learning of Nursing Student in COVID-19 Outbreak. Journal of MCU Nakhondhat. 2021; 8(12): 121-33. (In Thai)



19. Phontip K, Chapradit C, Suengsirirub V, Thonkate C, Chaowai S, Suebsoontorn W. The Teaching and Learning Management of Adult and Elderly Nursing Practice Courses in the Situation of the COVID 19 Epidemic. JNPCPRU [Internet]. 2023 [cited 2026 Feb 1]; 1(1): 15-20. Available from: <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/JNPCPRU/article/view/949> (In Thai)
20. Hengpaijit N. Online Learning Readiness of Students at Siam University in Covid-19. (Master's Independent Study). Bangkok: Master in Business Administration (MBA), Siam University; 2021. (In Thai)
21. Khonhkhontot P, Jarupisitpaiboon C, Gaewgoontol N, Pramasawat N, Pha-Ngam M. Opinions of Stakeholders on the Qualities and Identities of Novice Nurses Graduated from Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima in the Academic Year 2018. Journal of Health Science. 2020; 29(6): 1086-94. (In Thai)
22. Dlamini CP, Mtshali NG, Dlamini CH, Mahanya S, Shabangu T, sabetze Z. New Graduates' Readiness for Practice in Swaziland: An Exploration of Stakeholders' Perspectives. Journal of Nursing Education and Practice. 2014; 4(5): 148-58.
23. AlMekkawi M, Khalil RE. New Graduate Nurses' Readiness to Practice: A Narrative Literature Review. Health Professions Education. 2020; 6(3): 304-16.



ความรู้ ทักษะ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของประชาชนที่เข้าร่วม โครงการบริการวิชาการเพื่อสังคม ณ ศูนย์การค้าแห่งหนึ่ง

จิตติอาภา ตั้งคำวานิช*, รัตนากร เจริญกุล**, ธนัยรัตน์ ชัยศิริภูวดล***

บทคัดย่อ

ความรู้ ทักษะ มีความสำคัญต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัว การศึกษาเชิงพรรณนา
นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม
ทักษะการตรวจเต้านมและการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองของประชาชนที่เข้าร่วมโครงการบริการ
วิชาการ ณ ศูนย์การค้าแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง จำนวน 111 ราย เลือก
กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการ
วิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม แบบสอบถามเกี่ยวกับทักษะการตรวจเต้านม
และแบบสอบถามการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง สำหรับแบบสอบถามเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม
ใช้สูตร KR-20 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.70 และแบบสอบถามทักษะการตรวจมะเร็งเต้านม
ใช้ Cronbach's alpha coefficient มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิง
พรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมในระดับต่ำ ทักษะ
เกี่ยวกับการตรวจเต้านมอยู่ในระดับสูง และมีการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองร้อยละ 38.7 การ
ตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำ กับ
การตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.21, p < 0.05$) และทักษะ
เกี่ยวกับการตรวจมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการตรวจมะเร็งเต้านมด้วย
ตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.33, p < 0.001$) ผลการศึกษานี้สามารถนำไปเป็นข้อมูล
พื้นฐานสำหรับบุคลากรทางสุขภาพในการวางแผนส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การตรวจ
มะเร็งเต้านมด้วยตนเอง

คำสำคัญ: โรคมะเร็งเต้านม ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ทักษะการตรวจเต้านม การตรวจ
มะเร็งเต้านมด้วยตนเอง

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

** อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

*** อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

** Corresponding author; email: ratanakhorn.chareonkul@crc.ac.th

วันที่รับบทความ 8 พฤษภาคม 2569 วันที่แก้ไขบทความ 8 สิงหาคม 2569 วันที่ตอบรับบทความ 20 สิงหาคม 2569



Knowledge Attitude and Breast Self-Examination Among Participating in the Community-Based Academic Service Project Conducted in a Shopping Mall

Thitiarpha Tangkawanich*, Rattanakhorn Charoenkul**, Thanairat Chaisiriphuwadol***

Abstract

Knowledge and attitudes are important determinants of behavioral. This descriptive study aimed to investigate the relationship between knowledge about breast cancer, attitudes towards breast examination, and breast cancer self-examination among participants in an academic service project at a shopping mall in Chiang Rai Province. The sample consisted of 111 female participants selected using simple random sampling. The instruments consisted of researcher-developed questionnaires including personal information questionnaire, knowledge about breast cancer questionnaire, attitudes towards breast examination questionnaire, and breast cancer self-examination questionnaire. The breast cancer knowledge questionnaire and the attitude toward breast examination questionnaire demonstrated acceptable internal consistency reliability, with a KR-20 coefficient of 0.70 and a Cronbach's alpha coefficient of 0.86, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman correlation coefficient.

The results showed that the sample had a low level of knowledge about breast cancer, a high level of attitudes towards breast examination, and 38.7% performed breast cancer self-examination. Knowledge about breast cancer had a statistically significant positive correlation at low level with breast cancer self-examination ($r = 0.21$, $p < 0.05$), and attitudes towards breast cancer examination had a statistically significant positive correlation at moderate level with breast cancer self-examination ($r = 0.33$, $p < 0.001$). The results of this study could be used as basic information to plan for promoting knowledge about breast cancer and breast cancer self-examination.

Keywords: Breast cancer, Knowledge about breast cancer, Attitudes towards breast examination, Breast cancer self-examination

* Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

** Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

*** Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

** Corresponding author; email: ratanakhorn.charoenkul@crc.ac.th

Received 8 May 2026; Revised 8 August 2026; Accepted 20 August 2026



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์โรคมะเร็งที่พบมากที่สุดในประเทศหญิงได้แก่ มะเร็งเต้านม จากสถิติของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565 พบว่ามีจำนวนถึง 38,559 ราย รองลงมา คือ มะเร็งปากมดลูก จำนวน 12,956 ราย มะเร็งเต้านมพบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 19,776 ราย รองลงมา คือ อายุ 50 – 59 ปี จำนวน 12,181 ราย และ อายุ 40 – 49 ปี จำนวน 5,177 ราย ตามลำดับ¹ ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเต้านมจำนวน 4,753 ราย² ระยะแรกของการเป็นมะเร็งเต้านมจะไม่แสดงอาการผิดปกติให้เห็น ไม่มีอาการปวด อาการจะปรากฏขึ้นเมื่ออยู่ในระยะที่ก้อนมะเร็งมีการอักเสบและลุกลามไปทั่วแล้ว ทำให้การรักษาค่อนข้างล่าช้า

การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจึงมีความสำคัญที่จะช่วยให้พบสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้นกับเต้านมได้อย่างรวดเร็ว เพื่อนำไปสู่การรักษา ซึ่งการตรวจเต้านมสามารถกระทำได้หลายวิธี ได้แก่ การตรวจด้วยตนเอง การตรวจด้วยบุคลากรทางการแพทย์ การตรวจด้วยเครื่องมือทางการแพทย์ เช่น อัลตราซาวด์ แมมโมแกรม เป็นต้น โดยวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast self-examination: BSE) มีข้อดีเหนือวิธีอื่นในการช่วยคัดกรองเบื้องต้น เนื่องจากมีความสะดวก ใช้เวลาตรวจด้วยตนเองไม่นาน สามารถทำได้อย่างสม่ำเสมอและไม่มีค่าใช้จ่าย

กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม โดยกำหนดเป้าหมายให้สตรีอายุ 30-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ร้อยละ 80 ขึ้นไป และในปีงบประมาณ 2563-2567 สตรีอายุ 30-70 ปี มีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 71.72, 69.89, 65.87, 62.12, 59.64 ตามลำดับ³ นอกจากนี้ยังพบปัญหาเกี่ยวกับความรู้ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เช่น การตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ในเขตเทศบาล นครอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ความรู้เกี่ยวกับทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 57.75) ส่วนพฤติกรรมการตรวจเต้านมตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 33.60 เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 66.40 แต่ความถี่ในการตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่แน่นอน ร้อยละ 54.54 คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับไม่เหมาะสม ถึงร้อยละ 52.40⁴ ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมใดๆ ของบุคคล จำเป็นต้องอาศัยความรู้ และ ความรู้จะก่อให้เกิดเจตคติ นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรม⁵ จากการศึกษาของ จิรัชญา เหล่าคมพุดผาจารย์ และคณะ⁶ พบว่า ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในประเทศหญิง

จังหวัดเชียงรายมีประชากรสตรี อายุ 30-70 ปี จำนวน 262,966 คน มีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง เพียง ร้อยละ 34.20 โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย มีประชากรสตรีจำนวน 58,763 คน มีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเพียงร้อยละ 15.17⁷ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้เช่นกัน



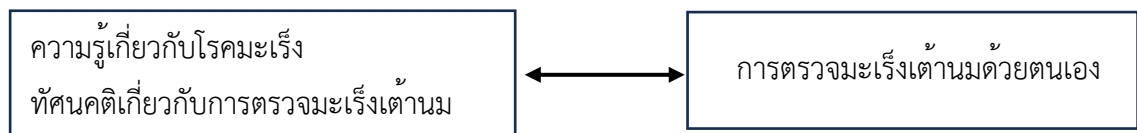
ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และการตรวจมะเร็งเต้านม
ของประชาชนสตรีที่เข้าร่วมโครงการบริการวิชาการเพื่อสังคม ณ ห้างสรรพสินค้าแห่งหนึ่งในจังหวัด
เชียงใหม่ เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนส่งเสริมความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการตรวจมะเร็งเต้านม
ด้วยตนเอง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และพฤติกรรมการตรวจเต้านม
ด้วยตนเองของประชาชนที่มาใช้บริการ ณ ห้างสรรพสินค้าแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และพฤติกรรมการ
ตรวจเต้านมด้วยตนเองของประชาชนที่มาใช้บริการห้างสรรพสินค้าแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Bloom⁸ โดยแบ่งการเรียนรู้ออกเป็น 3
ด้าน ดังนี้ 1) ด้านพุทธิพิสัย (cognitive domain) ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม 2) ด้านจิต
พิสัย (affective domain) ได้แก่ ทักษะเกี่ยวกับการตรวจมะเร็งเต้านม และ 3) ด้านทักษะพิสัย
(psychomotor domain) ได้แก่ การตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าเมื่อประชาชนเพศ
หญิงมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และมีทักษะที่ดีต่อการตรวจมะเร็งเต้านม จะ
สามารถส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้อง ดังกรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ ศึกษาข้อมูลย้อนหลังประชาชน
ที่มาใช้บริการ ณ ห้างสรรพสินค้าแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ สนใจเข้าร่วมโครงการบริการวิชาการ
เพื่อสังคมเรื่องการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองด้วยความสมัครใจ เนื่องในวันพ่อแห่งชาติ (5
ธันวาคม ประจำปีการศึกษา 2567)



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ข้อมูลประชาชนที่มาใช้บริการ ณ ห้างสรรพสินค้าแห่งหนึ่งในจังหวัด เชียงราย สนใจเข้าร่วมโครงการบริการวิชาการเพื่อสังคม เรื่อง การตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ด้วย ความสมัครใจเนื่องในวันพ่อแห่งชาติ (5 ธันวาคม 2567) ประจำปีการศึกษา 2567

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ข้อมูลประชาชนที่มาใช้บริการ ณ ห้างสรรพสินค้าแห่งหนึ่งในจังหวัด เชียงราย สนใจเข้าร่วมโครงการบริการวิชาการเพื่อสังคม เรื่องการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ด้วยความสมัครใจ เนื่องในวันพ่อแห่งชาติ (5 ธันวาคม 2567) ประจำปีการศึกษา 2567 โดยกำหนด ข้อมูลเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

- 1) เป็นเพศหญิง
- 2) สามารถสื่อสาร อ่าน และเขียนภาษาไทยได้
- 3) ยินดีตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากโปรแกรมสำเร็จรูป $G * Power^9$ โดยกำหนดขนาดอิทธิพล อยู่ในช่วงปานกลาง คือ 0.30 อำนาจในการทดสอบที่ระดับ 0.95 กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 111 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลากหมายเลขข้อมูลจนกว่าจะครบตามขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม จำนวน 25 ข้อ การแบ่งระดับความรู้ การจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom⁸ เป็น 3 ระดับ ดังนี้

- | | |
|---|----------------|
| คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (น้อยกว่า 15 คะแนน) | = ระดับต่ำ |
| คะแนนร้อยละ 60-79.99 (15-20 คะแนน) | = ระดับปานกลาง |
| คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (มากกว่า 21 คะแนน) | = ระดับสูง |

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจมะเร็งเต้านม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ Likert scale 5 ระดับ ได้แก่

- | |
|--------------------------------|
| ระดับ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง |
| ระดับ 2 = ไม่เห็นด้วย |
| ระดับ 3 = เห็นด้วยปานกลาง |



ระดับ 4 = เห็นด้วยอย่างมาก

ระดับ 5 = เห็นด้วยมากที่สุด

การแปลผลคะแนนโดยใช้ช่วงความกว้างของอันตรภาคชั้นจากข้อมูลแบบ Likert scale
ดังนี้

1.00-1.50 หมายถึง คะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับน้อย
ที่สุด

1.51-2.50 หมายถึง คะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับน้อย

2.51-3.50 หมายถึง คะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับปาน
กลาง

3.51-4.50 หมายถึง คะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับมาก

4.51-5.00 หมายถึง คะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับมาก
ที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 1 ข้อ ท่าน
ตรวจมะเร็งด้วยเต้านมตนเองหรือไม่ หากตรวจมะเร็งด้วยเต้านมด้วยตนเองมีความถี่ในการตรวจ
อย่างไร ตรวจทุกเดือน 2-3 เดือนต่อครั้ง หรือ มากกว่า 3 เดือนต่อครั้ง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และแบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการ
การตรวจมะเร็งเต้านม ผู้วิจัยนำไปหาค่าความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความตรง
0.81 และ 0.92 ตามลำดับ นำแบบสอบถามทั้ง 2 ชุด ไปใช้กับประชาชนเพศหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ไม่ใช่
กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมใช้สูตร KR-20
ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.70 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจมะเร็งเต้านม หาค่าความเชื่อมั่น
โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 ส่วนแบบสอบถามการตรวจ
มะเร็งเต้านมด้วยตนเองไม่ได้นำไปหาค่าความเชื่อมั่น เนื่องจากมีข้อคำถามข้อเดียว

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
วิทยาลัยเชียงรายเลขที่ CRC.IRB No.027/2568 ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการวิจัยจัดเก็บเป็นความลับ
และนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลจะถูกทำลายหลังจากงานวิจัยเสร็จสิ้นใน 1 ปี



การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือถึงคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ เพื่อขออนุญาตใช้ข้อมูลที่ได้จากโครงการบริการวิชาการเพื่อสังคม เรื่อง การตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งกิจกรรมประกอบด้วยการสอนสาธิต และสาธิตย้อนกลับการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ผู้เข้าร่วมโครงการบริการวิชาการเพื่อสังคมจะประเมินตนเองเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง เพื่อประเมินความรู้เบื้องต้นก่อนเข้าร่วมโครงการ การสอนและสาธิตการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง

หลังจากได้รับอนุญาตจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ผู้วิจัยเขียนโครงร่างวิจัยเพื่อขอการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเชียงราย หลังจากได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มข้อมูลตามระเบียบวิธีวิจัย ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง คำนวณโดยใช้การแจกแจงความถี่ (frequency) และร้อยละ (percentage)
2. ทักษะเกี่ยวกับการตรวจมะเร็งเต้านม คำนวณโดย ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient) ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ทักษะเกี่ยวกับการตรวจมะเร็งเต้านม การตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง เนื่องจากการทดสอบ ข้อตกลงเบื้องต้น การกระจายของข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 37.84 และมีสถานภาพโสดร้อยละ 59.46 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 54.10 ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 41.40 ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 แสดงความถี่ ร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 111)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ	หมายเหตุ
อายุ			อายุเฉลี่ย 39.45 ปี
น้อยกว่า 30 ปี	42	37.84	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 18.26
31-40 ปี	14	12.61	
41-50 ปี	21	18.92	
51-60 ปี	16	14.41	
มากกว่า 60 ปี	18	16.22	
สถานภาพสมรส			
โสด	66	59.46	
สมรส	37	33.33	
หย่าร้าง	3	2.70	
หม้าย	5	4.51	
ระดับการศึกษา			
ต่ำกว่าปริญญาตรี	60	54.10	
ปริญญาตรี	46	41.40	
สูงกว่าปริญญาตรี	5	4.50	

2. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 81.08 และคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 18.01 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมเท่ากับ 11.71 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.5 คะแนน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงระดับคะแนนความรู้ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 111)

ระดับของความรู้	ช่วงคะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ	หมายเหตุ
ระดับสูง	≥ 21	1	0.90	คะแนนเฉลี่ย 11.51
ระดับปานกลาง	15-20	20	18.01	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.50
ระดับต่ำ	< 15	90	81.08	

3. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 4.11 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.61 คะแนน ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 แสดงระดับคะแนนทัศนคติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ของคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 111)

ระดับของทัศนคติ	ช่วงคะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ	หมายเหตุ
ระดับมากที่สุด	4.51-5.00	35	31.53	คะแนนเฉลี่ย 4.11
ระดับมาก	3.51-4.50	54	48.65	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.61
ระดับปานกลาง	2.51-3.50	22	19.82	
ระดับน้อย	1.51-2.50	0	-	
ระดับน้อยที่สุด	1.00-1.50	0	-	

4. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้มีการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 61.30 มีเพียงร้อยละ 38.70 ที่มีการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง โดยมีการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองทุกเดือนเพียงร้อยละ 3.60 ตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง 2-3 เดือนต่อครั้งร้อยละ 6.3 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงจำนวน ร้อยละ การตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (n = 111)

การตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่เคยตรวจ	68	61.30
เคยตรวจ	43	38.70
ตรวจมากกว่า 3 เดือนต่อครั้ง	32	28.80
ตรวจ 2-3 เดือนต่อครั้ง	7	6.30
ตรวจทุกเดือน	4	3.60

5. ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.21, p < 0.05$) และทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.33, p < 0.001$)

การอภิปรายผล

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับต่ำ ถึงแม้ว่าทุกคนจะได้รับการศึกษามาแล้วก็ตาม สะท้อนถึงช่องว่างของข้อมูลข่าวสารและความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมของประชาชน อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยทำงาน (อายุเฉลี่ย 39.45 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 18.26 ปี) และมีสถานภาพโสด ถึงร้อยละ 59.46 ซึ่งวัยนี้สนใจ



การทำงานเพื่อหารายได้ในการดูแลตนเองและครอบครัว มากกว่าการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะความรู้โรคมะเร็งและการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง เช่นเดียวกับการศึกษาของณัฐธยาน์ ชาบัวคำ และคณะ⁴ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับทักษะการตรวจมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับต่ำ แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของภัทรนัย ไชยพรม และคณะ¹⁰ และณภัสสรณ์ พุ่มพิศ¹¹ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับปานกลางและระดับสูง

2. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ย 4.11 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.60 คะแนน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเจตคติที่ดีเกี่ยวกับการตรวจมะเร็งเต้านม แต่ขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและวิธีการตรวจมะเร็งเต้านม และอยู่ในวัยทำงาน อาจทำให้ละเลยความสนใจในการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของจิรัชญา เหล่าคมพฤตมาจารย์ และคณะ⁶ ที่พบว่าทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ อยู่ในระดับดี

3. กลุ่มตัวอย่างมีการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง เพียงร้อยละ 38.7 แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 30 ปี คิดว่ายังไม่ต้องตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือนเพียงร้อยละ 3.6 ขัดแย้งกับการศึกษาของณัฐธยาน์ ชาบัวคำ และคณะ⁴ ที่พบว่าสตรีวัยผู้ใหญ่ในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ถึงร้อยละ 66.40

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.201, p < 0.05$) การมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมมากก็ย่อมส่งผลต่อการปฏิบัติการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองมาก ตามแนวคิดของ Bloom⁸ ระบุว่าความรู้เป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งเสริมให้เกิดทักษะพฤติกรรมที่เหมาะสม แต่สำหรับกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยทำงานมีความสนใจเกี่ยวกับการทำงานมากกว่าการดูแลสุขภาพ ไม่ได้สนใจความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง ทำให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมต่ำ และส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง งานวิจัยนี้จึงพบว่าความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับต่ำ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ณัฐธยาน์ ชาบัวคำ และคณะ⁴ และ อนุมศรี อินทนนท์ และคณะ¹² พบว่า ความรู้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P=0.05$

5. ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.352, p < 0.001$) การมีทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองดี พฤติกรรมการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองย่อมดีด้วย บุคคลที่มีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการตรวจมะเร็งเต้านม จะตระหนัก



ถึงความสำคัญการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แต่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมต่ำ แม้จะมีทัศนคติที่ดี แต่กลุ่มตัวอย่างการตรวจเต้านมด้วยตนเองน้อย ทำให้ทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง สอดคล้องกับจิรัชยา เหล่าคนพุดผาจารย์ และคณะ⁶ รวมทั้งถนอมศรี อินทนนท์ และคณะ¹² พบว่าทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางสุขภาพในการวางแผนส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม และการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจมะเร็งเต้านม ส่งผลต่อพฤติกรรมการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง
2. ควรศึกษาโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ในสตรีที่มีอายุ 30 ปี ขึ้นไป

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Health, Ministry of Public Health. Department of Health reveals that breast cancer has the highest incidence among Thai women and recommends monthly breast self-examination [Internet]. 2023 Mar 14 [cited 2025 Apr 4]. Available from: <https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/140366/>. (in Thai)
2. Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. Public health statistics A.D. 2022 [Internet]. 2023 [cited 2025 Apr 4]. Available from: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/11/Hstatistic65.pdf>. (in Thai)
3. Department of Health, Ministry of Public Health. Percentage of women aged 30–70 years who regularly perform breast self-examination, by health region [Internet]. 2023 [cited 2025 Apr 4]. Available from: <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/cancer3070?year=2023>. (in Thai)



4. Chabuakam N, Pisaipanth S, Harasarn P. Knowledge of kills and breast self-examination behavior among woman of municipal area in Ubon Ratchathani. J Nurs Ther Care. 2018;36(3):166–76. (in Thai)
5. Gordem A, Nihok S, Jarenmak J. Factors related to breast self-examination behavior among women 30–70 years in Narathiwat Province. J-phin. 2022;2(3):18–34. (in Thai)
6. Laokhompruttajarn J, Thanomtham S, Laokhompruttajarn T, Chaisoda D, Sikwang K. The knowledge, attitudes, and behaviors related to breast self-examination among the village health volunteers in Naseaw Subdistrict, Mueang District, Chaiyaphum Province. RDHSJ. 2025;18(3):237–51. (in Thai)
7. Chiang Rai Provincial Public Health Office. Breast cancer screening rate among women aged 30–70 years: Health Data Center [Internet]. 2025 [cited 2025 Nov 15]. Available from: <https://hdc.moph.go.th/cri/public/standard-report-detail/308526013808e90ce8f30d66e3b5ad82>. (in Thai)
8. Bloom BS, editor. Taxonomy of educational objectives: the classification of educational goals. Handbook I: cognitive domain. New York: David McKay; 1956.
9. Srisatisnarakun B. Effect size, power analysis, and optimal sample size calculations using G*Power software. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2020. (in Thai)
10. Chaiprom P, Choothong C, Mata C, Homkaenchan S. Prevalence and factors affecting breast self-examination behavior among Thai women in area of a semi-urban community. Bcnnon Hlth Sci Res J. 2024;18(2):37–48. (in Thai)
11. Phumpit N. Factors influencing breast self-examination behavior among reproductive age women at Bang Mun Nak District, Phichit Province. Phichit Public Health Research and Academic Journal. 2024;5(1):27–40. (in Thai)
12. Intanon T, Ampan R. Factors related to breast self-examination behavior of women aged 30–70 years in the service area of Ban Prue Yai Sub-district Hospital, Khukhan District, Sisaket Province. Sisaket J Res Health Dev. 2023;2(1):113–24. (in Thai)



การให้ความรู้ทางสุขภาพเพื่อลดปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

รัตนากร เจริญกุล*, ปิยาภรณ์ เพ็ญประไพ**

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีโอกาสเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันได้มากหากพร่องความรู้เกี่ยวกับโรคและและปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องในการใช้ยาสูดขยายหลอดลม เมื่อเกิดอาการกำเริบผู้ป่วยจะมีอาการหายใจเหนื่อยเพิ่มขึ้น ร่วมกับไอมีเสมหะปริมาณมากขึ้นลักษณะขุ่นข้นคล้ายหนอง และอาการไม่ดีขึ้นภายในช่วงระยะเวลาน้อยกว่า 14 วัน ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากมีความเสี่ยงต่อภาวะหายใจล้มเหลวและอาจถึงขั้นเสียชีวิต การช่วยให้ผู้ป่วยมีภาวะอาการคงที่ สามารถจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคได้ถูกต้อง และการลดภาระค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล

บทความนี้จะเป็นการทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน เพื่อให้พยาบาลได้ใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และผู้ดูแลได้อย่างเฉพาะเจาะจง ภาวะทุพโภชนาการ ควันบุหรี่มลพิษทางอากาศ อากาศเย็น การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่ไม่ถูกต้องหรือน้อยกว่าความเป็นจริง การติดเชื้ระบบทางเดินหายใจ การมีกิจกรรมทางกายที่ลดลง และการบริหารยาพ่นสูดขยายหลอดลมที่ไม่ถูกต้องเป็นปัจจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เกิดอาการกำเริบ

คำสำคัญ: ความรู้ทางสุขภาพ ปัจจัยกระตุ้น อาการกำเริบเฉียบพลัน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

* อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

** อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

** Corresponding author; email: piyaporn.penprapai@crc.ac.th

วันที่รับบทความ 27 มิถุนายน 2568 วันที่แก้ไขบทความ 1 กันยายน 2568 วันที่ตอบรับบทความ 13 กรกฎาคม 2569



Health Education to Reduce Exacerbation Precipitating Factors in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Rattanakhorn Charoenkul*, Piyaporn Penprapai**

Abstract

Patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) are at a high risk of acute exacerbations if they have insufficient knowledge about the disease and do not properly use inhaling bronchodilators. When an exacerbation occurs, patients experience increased shortness of breath, a cough with increased amounts of thick, purulent sputum, and symptoms do not improve within less than 14 days. This can lead to hospitalization due to the risk of respiratory failure and even death. Helping patients maintain stable conditions, enabling them to manage their disease correctly, and reducing the healthcare burden are crucial roles for nurses.

This article reviews knowledge about COPD and factors triggering acute exacerbations to provide nurses with guidelines for specifically educating COPD patients and their caregivers. Malnutrition, cigarette smoking, air pollution, cold air, inaccurate or underestimated perceptions of the severity of the illness, respiratory infections, decreased physical activity, and incorrect administration of inhaling bronchodilators are triggers for COPD exacerbations.

Keywords: Health education, Exacerbation precipitating factors, Acute exacerbation, Chronic Obstructive Pulmonary Disease

* Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

** Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

** Corresponding author; email: piyaporn.penprapai@crc.ac.th

Received 27 June 2025; Revised 1 September 2025; Accepted 13 July 2026



บทนำ

ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เกิดจากการอักเสบของหลอดลมแบบเรื้อรังร่วมกับถุงลมโป่งพอง การดำเนินโรคเป็นไปอย่างช้าๆ¹ ส่วนใหญ่จะแสดงอาการเมื่อผู้ป่วยอายุ 40 ปีขึ้นไป² สาเหตุสำคัญคือการสูบบุหรี่ ผู้ป่วยส่วนน้อยอาจมีความผิดปกติทางพันธุกรรมทำให้ขาดโปรตีน alpha-1 antitrypsin จากตับ ที่ช่วยป้องกันปอดจากการถูกทำลาย² โดยเอนไซม์ที่ผลิตจาก neutrophils เมื่อเกิดการอักเสบ³

โรค COPD จะมีผนังหลอดลมและกล้ามเนื้อเรียบในทางเดินหายใจหนาตัว มีการสร้างหลอดเลือดใหม่และการซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายทำให้เกิดพังผืด ส่งผลให้หลอดลมตีบแคบลงโดยเฉพาะหลอดลมเล็กๆ ถุงลมปอดขยายตัวจนเกิดการโป่งพอง มีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างของทางเดินอากาศ (airway remodeling) โครงสร้างปอดและเนื้อเยื่ออย่างถาวร⁴ ปอดจะมีการระบายอากาศที่ลดลงและการเปลี่ยนแปลงจะไม่สามารถฟื้นเป็นปกติโดยสมบูรณ์ (not fully reversible)¹

จากสถิติขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2019 (พ.ศ. 2562) COPD เป็นสาเหตุการเจ็บป่วยและเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของประชากรโลก⁵ ประชากรโลกเจ็บป่วยด้วยโรค COPD ประมาณ 391.9 ล้านคน⁶ คาดการณ์ในอีก 25 ปีข้างหน้า (ค.ศ. 2050/พ.ศ. 2593) ประชากรโลกจะเจ็บป่วยด้วยโรค COPD เพิ่มขึ้นเป็น 600 ล้านคน⁷ โรค COPD สร้างความทุกข์ทรมานให้ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งระยะที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน ซึ่งผู้ป่วยจะหายใจเหนื่อยหรือหายใจลำบาก ไอมีเสมหะ และอาการไม่ดีขึ้นภายในระยะเวลาอย่างน้อย 14 วัน⁷ มีความเสี่ยงต่อภาวะหายใจล้มเหลวที่อาจรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิต จากคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย (Health Data Center: HDC)⁸ พบอัตราต่อรองของผู้ป่วย COPD ที่ต้องเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลจากอาการกำเริบเฉียบพลันเกินมาตรฐานที่กำหนดไว้ คือ 110 ในผู้ที่มีอายุระหว่าง 15-40 ปี จาก 495.57 เป็น 527.12 ในปี พ.ศ. 2565 และ 2568 ตามลำดับ ส่วนผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป จาก 119.19 เป็น 144.57 ในปี พ.ศ. 2565 และ 2567 ตามลำดับ ลดลงเหลือ 115.37 ในปี พ.ศ. 2568 เมื่อมีอาการกำเริบเฉียบพลันแต่ละครั้งจะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการเข้ารับรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล เฉพาะต้นทุนกิจกรรมการบริการ 1 ครั้ง เท่ากับ 5,009.15 บาท มากกว่างบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 1,265.85 บาท⁹ การให้ความรู้แก่ประชาชนเฉพาะปัญหาจาก PM 2.5 แต่เพียงอย่างเดียวจะช่วยลดค่าใช้จ่ายประจำปีของโรค COPD จาก 197,881,966 บาท เป็น 130,053,104 บาท¹⁰

ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วย COPD คือ พร่องความรู้เกี่ยวกับโรคและปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องในการใช้ยา¹¹ พยาบาลมีบทบาทในการป้องกันโรค (prevention) และลดภาระค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพ¹² การช่วยให้ผู้ป่วยมีภาวะอาการคงที่ (stable COPD) มีการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคได้ถูกต้องตั้งแต่แรกเริ่มจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งในทางปฏิบัติยังพบว่าการดูแลผู้ป่วยยังเป็น



ปัญหา เช่น ขาดการให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นให้กับผู้ป่วย¹³ การให้ความรู้ที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบเฉียบพลันจะช่วยสร้างความตระหนักและเพิ่มศักยภาพให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถจัดการโรค COPD ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นิยามของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) หมายถึง โรคที่พบร่วมกัน ได้แก่ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (chronic bronchitis) และถุงลมโป่งพอง (pulmonary emphysema) ซึ่งผู้ป่วยจะไอ มีเสมหะเรื้อรัง เป็นๆ หายๆ อย่างน้อย 3 เดือน ใน 1 ปี เป็นติดต่อกันอย่างน้อย 2 ปี จากการอักเสบส่งผลให้ถุงลมปอดถูกทำลายจนโป่งพองถาวร มีข้อจำกัดต่อการไหลของอากาศ ทำให้อากาศค้างในปอดจากการหายใจออกไม่หมด (air trapping)¹

สาเหตุ และพยาธิสรีรวิทยา (Causes & pathophysiology)

COPD มีสาเหตุหลักมาจากการสูบบุหรี่ โดยเฉพาะประเทศที่พัฒนาแล้ว ส่วนประเทศกำลังพัฒนา สาเหตุหลักเกิดจากควันที่เผาไหม้ ไอระเหยของสารเคมี ไอเสียของท่อรถยนต์ นอกจากนี้ยังมีสาเหตุจากพันธุกรรมที่ถ่ายทอดแบบยีนด้อย (autosomal recessive) ทำให้ขาดโปรตีน Alpha-1 antitrypsin² ซึ่งจะไปยับยั้งการทำงานของ neutrophil elastase (NE) ไม่ให้ย่อยเนื้อปอดปกติ ส่งผลให้ถุงลมโป่งพอง¹⁴ มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม เนื้อปอด และหลอดเลือดปอด¹ ขึ้นเนื้อมอดปอดของผู้ป่วย COPD ที่เสียชีวิต พบผงคาร์บอนที่ทำให้ปอดมีสีดำ (anthracosis) ถุงลมโป่งพอง และผนังถุงลมหนาตัว การตรวจชิ้นเนื้อกล้ามเนื้อหัวใจ พบเส้นใยกล้ามเนื้อหนาตัว ไขมันแทรกระหว่างใยกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อฝ่อและพังผืดในกล้ามเนื้อ¹³ พยาธิสรีรวิทยาที่สำคัญ ได้แก่

1. การสร้างสารเมือก (mucus) มากกว่าปกติ และการทำหน้าที่ของเซลล์ขนกวัดที่ผิดปกติ¹ ตามปกติ mucus ประกอบด้วยน้ำ ร้อยละ 90-98 ส่วนน้อยเป็นโปรตีน ทำให้มีความหนืดน้อยกว่าเสมหะของผู้ป่วย COPD¹⁵ ระยะแรกผู้ป่วยจะไอเรื้อรังแบบมีเสมหะก่อนที่จะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาอื่นๆ¹ สิ่งกระตุ้นจะทำให้ร่างกายหลั่งสารอักเสบต่างๆ เช่น NE lipopolysaccharide (LPS) matrix metalloproteinase9 (MMP9) Interleukin (IL) เช่น IL-1, IL-1 β , IL-4, IL-13 NE สามารถกระตุ้นเซลล์รูปล้ำว (goblet cell) ที่อยู่บริเวณเยื่อผิวชั้นนอกของทางเดินหายใจให้เพิ่มจำนวนและขนาด ทำให้มีเสมหะมากที่สุด¹⁴

2. การตีบของหลอดลมร่วมกับการสูญเสียความยืดหยุ่นของเนื้อปอดในการหดตัวกลับเกิดจากการอักเสบซ้ำๆ ทำให้มีการสร้างเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน หลอดลมทุกส่วนโดยเฉพาะหลอดลมขนาดเล็กตีบแคบ เกิดข้อจำกัดต่อการไหลของอากาศ มี air trapping¹ ทำให้การเคลื่อนไหวของกระบังลม



ลดลง ตรวจพบปริมาตรอากาศจากการเป่าลมออกอย่างแรงและเร็ว (Forced vital capacity: FVC) มีค่าลดลง¹

3. การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง เกิดภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ (hypoxemia) และ/หรือ คาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดเพิ่มขึ้น (hypercapnia)¹ ท้ายที่สุดอาจทำให้เกิดภาวะความดันหลอดเลือดปอดสูงเหตุจาก COPD (pulmonary hypertension: PH-COPD) และภาวะหัวใจห้องล่างขวา ล้มเหลวเหตุจากปอด (cor pulmonale)¹⁶

4. การเพิ่มขึ้นของสารอักเสบหลายชนิดในระบบไหลเวียนโลหิต เช่น IL-6, L-1 β , C-reactive protein (CRP) และ tumor necrosis factor- α (TNF- α)¹⁶ ส่งผลให้สูญเสียมวลกล้ามเนื้อ (muscle wasting) เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (ischemic heart disease) หัวใจล้มเหลว (heart failure) เบาหวานชนิดที่ 2 (type II DM) กลุ่มอาการที่เกิดจากการเผาผลาญอาหารของร่างกายผิดปกติ (metabolic syndrome) โรคกระดูกพรุน (osteoporosis) ภาวะโลหิตจางที่มีเม็ดเลือดแดงปกติ (normocytic anemia) ภาวะซึมเศร้า (depression)¹⁷ และมะเร็ง (cancer)²

การแบ่งกลุ่มผู้ป่วย COPD ตามสมรรถภาพปอด (Pulmonary function)

การวัดสมรรถภาพปอด โดยใช้ spirometry ค่า FEV₁/FVC < 0.7 หรือ % FEV₁ < 70% (confirmed COPD)¹ เมื่อติดตามสมรรถภาพปอด (pulmonary function) จะต้องตรวจในช่วงเวลาที่ผู้ป่วย stable ไม่มี exacerbation อย่างน้อย 1 เดือน¹ โดยวัดปริมาตรอากาศที่ถูกขับออกในวินาทีแรกของการหายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงเต็มที่ (forced expiratory volume in one second: FEV₁) และ FVC นำค่า FEV₁ หารด้วย FVC คูณด้วย 100 (FEV₁/FVC*100) เรียกว่า % FEV₁ หลังให้ยาขยายหลอดลม (post-bronchodilator) แบ่งความรุนแรงของโรค COPD เป็น 4 กลุ่ม ตาม % FEV₁ GOLD criteria¹⁸ ได้แก่ GOLD 1 รุนแรงน้อย (mild) $\geq 80\%$, GOLD 2 รุนแรงปานกลาง (moderate) FEV₁ 50-79%, GOLD 3 รุนแรงมากหรือกึ่งวิกฤต (severe) FEV₁ 30-49%, GOLD 4 รุนแรงสูงสุดหรือวิกฤต (very severe) FEV₁ < 30%

การแบ่งกลุ่มผู้ป่วย COPD ตามอาการหายใจเหนื่อยหอบ (Breathless symptom)

ประเมินโดยใช้มาตรวัดอาการเหนื่อยหอบ (modified medical research council dyspnea scale: mMRC) เพื่อจัดระดับความรุนแรงเป็น 5 กลุ่ม ตาม GOLD criteria¹⁸ ได้แก่ Grade 0 ไม่มีข้อจำกัดในการออกแรงปกติ แต่จะมีอาการหายใจเหนื่อยเฉพาะเวลาออกแรงมาก Grade 1 มีอาการหายใจเหนื่อยเมื่อเดินเร็วบนพื้นราบ หรือ เดินขึ้นที่สูงชัน Grade 2 มีอาการหายใจเหนื่อยหรือต้องหยุดพักหายใจเมื่อเดินบนพื้นราบ Grade 3 ต้องหยุดพักหายใจหลังจากเดินบนพื้นราบได้



ประมาณ 100 เมตร Grade 4 มีอาการหายใจเหนื่อยเกินกว่าที่จะออกจากบ้าน หรือเหนื่อยขณะ
เปลี่ยนเสื้อผ้าเครื่องแต่งตัว

ผลกระทบของโรคต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (Impact of disease)

แบบประเมินโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD assessment test: CAT)¹⁹ ใช้ติดตามผลกระทบ
ของโรคต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเป็นเกณฑ์ติดตามอาการ ซึ่ง CAT มีข้อความประเมิน (items) 8
ข้อ ข้อละ 5 ข้อ รวม 40 คะแนน คะแนนที่มากแสดงว่าโรค COPD มีผลกระทบในทางลบต่อผู้ป่วย
มาก ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงแบบประเมินผลกระทบของโรคต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

คำแนะนำ: โปรดกากบาทตัวเลขในช่องให้คะแนนข้อความที่ 1-8 เพียง 1 ช่อง ในที่อธิบาย
ความรู้สึกของท่านได้ดีที่สุด คะแนนน้อยที่สุดคือ 0 และคะแนนที่มากที่สุดคือ 5

ข้อ	ข้อความ	คะแนน					ข้อความ	คะแนน
1	ฉันไม่ไอ	0	1	2	3	4	5	ฉันไอตลอดเวลา
2	ปอดของฉันไม่มีเสมหะ	0	1	2	3	4	5	ปอดของฉันเต็มไปด้วยเสมหะ
3	ฉันไม่รู้สึกรั่นแฉะ	0	1	2	3	4	5	ฉันรู้สึกรั่นแฉะมาก
4	เมื่อฉันเดินขึ้นเนินหรือ บันได 1 ชั้น ฉันไม่เหนื่อย	0	1	2	3	4	5	เมื่อฉันเดินขึ้นเนินหรือบันได 1 ชั้น ฉันเหนื่อยมาก
5	ฉันไม่มีข้อจำกัดในการทำ กิจกรรมที่บ้าน	0	1	2	3	4	5	ฉันมีข้อจำกัดมากในการทำ กิจกรรมที่บ้าน
6	ฉันมั่นใจเวลาออกจาก บ้านถึงแม้จะมีปัญหา เกี่ยวกับปอด	0	1	2	3	4	5	ฉันไม่มั่นใจเวลาออกจาก บ้านเนื่องจากปัญหาเกี่ยวกับ ปอด
7	ฉันนอนหลับสนิท	0	1	2	3	4	5	ฉันนอนหลับไม่สนิทเนื่องจาก ปัญหาเกี่ยวกับปอด
8	ฉันมีพลังมาก	0	1	2	3	4	5	ฉันหมดแรง
รวมคะแนน								

หมายเหตุ. ปรับปรุงจาก Pocket guide to COPD diagnosis, management, and prevention: a
guide for health care professionals โดย Global Initiative for Chronic Obstructive Lung
Disease, 2025



นิยามของอาการกำเริบเฉียบพลัน

อาการกำเริบเฉียบพลัน (Acute exacerbation: AE/ECOPD) หมายถึง อาการหายใจเหนื่อยหรือหายใจลำบาก (dyspnea) ที่เพิ่มขึ้น^{7, 17} ร่วมกับไอมีเสมหะปริมาณมากขึ้นลักษณะขุ่นข้นคล้ายหนอง และอาการไม่ดีขึ้นภายในช่วงระยะเวลาไม่น้อยกว่า 14 วัน⁷ อาจเกิดร่วมกับการหายใจเร็ว หวัดใจเต้นเร็ว และบ่อยครั้งที่มีความเกี่ยวข้องกับการอักเสบเฉียบพลันที่หรือการอักเสบทั่วร่างกาย โดยมีความสาเหตุมาจากการติดเชื้อ มลพิษ หรือ สาเหตุอื่นๆ ที่มีผลต่อทางเดินหายใจ² ผู้ป่วยอาจมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น คัดจมูก มีน้ำมูก หายใจเสียง wheezing เจ็บคอ ไอ แน่นอก มีไข้ อ่อนเพลีย ไม่มีแรงนอนหลับไม่พอ¹⁶

ความรุนแรงของอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วย COPD (Severity of ECOPD)

GOLD แบ่งความรุนแรงของ ECOPD เป็น 3 ระดับ⁷ ได้แก่ น้อย (mild) ถ้าผู้ป่วยมีอาการและใช้ยาพ่นสูดชนิดออกฤทธิ์สั้น (short acting bronchodilators: SABDs) ปานกลาง (moderate) ถ้าผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะและ/หรือยาสเตียรอยด์ (systemic corticosteroids) และรุนแรงมาก (severe) ถ้าผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินหรือเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล ส่วนกลุ่มผู้เชี่ยวชาญโรค COPD ได้เสนอการแบ่งความรุนแรงของอาการกำเริบเฉียบพลัน (rome proposal) จากตัวแปร 6 ข้อ ได้แก่ อาการหายใจลำบาก (dyspnea) ประเมินโดยใช้ Visual Analogue Scale (VAS) ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง (arterial oxygen saturation: SaO₂) อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ โปรตีน C-reactive (CRP) และ ค่าของก๊าซในเลือดแดง (arterial blood gases: ABG) โดยมีความรุนแรงเป็น 3 ระดับ¹⁹ เช่นเดียวกันกับ GOLD ได้แก่ mild (หายใจลำบากเล็กน้อย หายใจช้า การเต้นของหัวใจต่ำกว่าปกติ SaO₂ ปกติ CRP ต่ำ) moderate (3 ใน 5 อาการดังต่อไปนี้ ได้แก่ หายใจลำบากอย่างมาก หายใจเร็ว หวัดใจเต้นเร็ว SaO₂ ต่ำ CRP สูง) และ severe (คาร์บอนไดออกไซด์คั่ง (hypercapnia) และภาวะกรด (acidosis) ผู้ป่วย stable COPD และ mild COPD จะมีค่า CRP น้อยกว่า 10 mg/L)¹⁹ นอกจากนี้ยังพบว่าการมี eosinophils เพิ่มขึ้นมีความเกี่ยวข้องกับการอักเสบในผู้ป่วย COPD¹

ความรุนแรงของ ECOPD อาจใช้ค่าการกระจายตัวของเม็ดเลือดแดง (Red Cell Distribution: RDW) เพียงค่าเดียว หรือร่วมกับค่าอัตราส่วนนิวโทรฟิลต่อลิมโฟไซต์ (neutrophil-to lymphocytes ratio: NLR) ค่าอัตราส่วนเกล็ดเลือดต่อลิมโฟไซต์ (platelet-to lymphocytes ratio: PLR) เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วย COPD¹⁸ การจำแนกความรุนแรงและความเสี่ยงต่ออาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วย COPD แสดงดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 แสดงการจำแนกความรุนแรงและความเสี่ยงต่ออาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วย COPD

Group	Meaning	Exacerbation history (per year)	Symptoms	
			mMRC grade	CAT
A	ผู้ป่วยที่มีอาการน้อยและมี ความเสี่ยงต่ำต่อการกำเริบ ของโรค	0 หรือ 1 ครั้ง การกำเริบเฉียบพลันระดับปาน	0-1	< 10
B	ผู้ป่วยที่มีอาการมากและมี ความเสี่ยงต่ำต่อการกำเริบ ของโรค	กลาง (ไม่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล)	≥ 2	≥ 10
E	ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการ กำเริบของโรคโดยไม่คำนึงถึง ระดับความรุนแรงของอาการ	≥ 2 ครั้ง การกำเริบเฉียบพลันระดับ ปานกลาง หรือ ≥ 1 ครั้งที่ต้องเข้า รับการรักษาในโรงพยาบาล	-	-

หมายเหตุ. ปรับปรุงจาก Pocket guide to COPD diagnosis, management, and prevention: a guide for health care professionals โดย Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2025

การให้ความรู้ทางสุขภาพ (Health education) เพื่อลดปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วย COPD

พยาบาลมีบทบาทโดยตรงในการให้ความรู้ทางสุขภาพแก่ผู้ป่วย COPD ญาติ และ/หรือผู้ดูแลทั้งในสถานพยาบาล และในชุมชน อาจให้ความรู้เป็นรายบุคคล รายกลุ่ม เป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยก็ได้ แต่ต้องมีความจำเพาะกับผู้ป่วย COPD และผู้ดูแล เช่น ความรู้ต่อหน้า (face-to-face) แบบดิจิทัล (digital healthcare)⁷ ใช้สื่อหรือผสมผสานรูปแบบต่างๆ เนื่องจากพบว่า การให้ความรู้และทักษะอย่างมีรูปแบบแก่ผู้ป่วย COPD มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันอาการกำเริบเฉียบพลัน และการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน²⁰ ความรู้ทางสุขภาพมีดังต่อไปนี้

1. การดูแลภาวะโภชนาการอย่างต่อเนื่อง เพื่อไม่ให้ผู้ป่วย COPD มีน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วย COPD ที่มี Body mass index (BMI) < 18.5²¹ จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่ออาการกำเริบเฉียบพลันได้มากกว่าผู้ป่วยที่มี BMI ปกติ หรือ มากกว่าปกติ การอักเสบและความไม่สมดุลระหว่างอนุมูลอิสระกับระบบต้านปฏิกิริยาออกซิเดชัน ทำให้ DNA โปรตีน และไขมันถูกทำลาย ร่วมกับระดับฮอร์โมน leptin ที่ต่ำ ผู้ป่วยจะมีความอยากอาหารและสมดุลพลังงานที่ลดลง ส่งผลให้มีมวลกล้ามเนื้อ

น้อย (sarcopenia) สูญเสียกล้ามเนื้อลาย (striated muscle wasting) และผอมแห้ง (cachexia)²² จึงมีโอกาสติดเชื้อทางเดินหายใจและการกำเริบของโรค²¹ อวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติ นอกจากนี้ BMI ที่ลดลงอาจเกิดจากยาทำให้ปากแห้ง รับรสผิดปกติ ยาสเตียรอยด์ (systemic corticosteroid) ทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ quadriceps ลดลง²² และ/หรือเกิดจากปัญหาด้านจิตใจ เช่น ซึมเศร้า แยกตัวจากสังคม จึงควรติดตามภาวะโภชนาการอย่างต่อเนื่อง ควรเพิ่มพลังงานและโปรตีน ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารชนิดรับประทาน (oral nutritional supplements: ONS) หากผู้ป่วย COPD มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการโดยเฉพาะระดับปานกลางและรุนแรง เจ็บป่วยเฉียบพลันหรือติดเชื้อ²³ ผลของ ONS จะทำให้ชีวเคมีในเลือดดีขึ้น เช่น เพิ่มโปรตีนโดยเฉพาะ albumin เพิ่มธาตุ selenium แคลเซียม วิตามิน D hemoglobin ตามชนิดของ ONS เช่น whole-nutrient ONS ช่วยเพิ่ม total protein, n-3PUFAs ช่วยลดระดับ LTB₄, TNF- α , and IL-8 ในซีรัมและเสมหะ การได้รับ EAA (essential amino acid) จะช่วยสังเคราะห์โปรตีนและเพิ่มมวลกล้ามเนื้อ มีผลให้การหายใจดีขึ้น²⁴

2. ควันบุหรืและพิษภัยที่มีต่อผู้สูบบุหรี่และสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วย COPD เลิกสูบบุหรี่ หลีกเลียง และป้องกันควันบุหรื ความรู้เกี่ยวกับควันบุหรืจะต้องครอบคลุมควันบุหรืมือหนึ่งจากผู้สูบบุหรี่มือสองจากผู้อื่นหรือสมาชิกในครอบครัว และควันบุหรืมือสามที่ตกค้างอยู่ตามที่ต่างๆ เช่น เสื้อผ้า สิ่งแวดล้อม²⁵ เนื่องจากควันบุหรืทุกรูปแบบเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน มากกว่าร้อยละ 75¹ และพิษภัยที่เกิดจากควันบุหรืที่ไปกระตุ้นให้เกิดการอักเสบในทางเดินหายใจจนเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน พยาบาลควรให้ความรู้เกี่ยวกับการสวมอุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจให้มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น หน้ากากอนามัย (surgical mask) หน้ากากอนามัยกรองคาร์บอน (carbon mask) หน้ากากกรองอนุภาค (particulate respirators) แนะนำไม่ให้มีการเผา หากเป็นไปได้ให้หลีกเลี่ยงการประกอบอาหารโดยใช้เตาฟืน จัดการระบายอากาศภายในบ้าน การใช้เครื่องฟอกอากาศเพื่อปรับปรุงคุณภาพอากาศภายในบ้าน

นอกจากนี้พยาบาลควรให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรื (smoking cessation) อาจให้ด้วยตนเองหรือร่วมกับสมาชิกทีม เช่น คลินิกเลิกบุหรื โดยใช้เวลาไม่นาน (brief counselling)¹ 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) สอบถามประวัติการสูบบุหรี่ 2) ให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรื 3) ประเมินความต้องการเลิกสูบบุหรี่ 4) ช่วยเหลือให้เลิกสูบบุหรี่ และ 5) ติดตามผู้ป่วยหลังจากเลิกสูบบุหรี่ (5 A: Ask, Advice, Assessment, Assist, Arrange) รวมทั้งให้คำปรึกษาแบบเข้มข้น (intensive counselling) คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องจากศูนย์เลิกบุหรืทางโทรศัพท์ (หมายเลข 1600) การให้คำปรึกษาร่วมกับการใช้ยาเลิกบุหรืโดยแพทย์ เช่น หมากฝรั่งและแผ่นแปะนิโคติน ชาหย้าดอกขาว ยา bupropion SR ยา varenicline และยา nortriptyline¹



3. สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่ออาการกำเริบเฉียบพลัน เช่น มลพิษทางอากาศและพิษภัยที่มีต่อผู้สัมผัส อุณหภูมิอากาศ (air temperature) ความรู้เกี่ยวกับมลพิษทางอากาศและพิษภัยที่มีต่อผู้สัมผัส จะต้องครอบคลุมถึงมลพิษทางอากาศทั้งในบ้าน (indoor) และนอกบ้าน (outdoor) อนุภาคของฝุ่นละอองขนาดเล็ก (particulate matters: PM) ทุกขนาด (10/2.5/0.1 ไมครอน) และพิษจากก๊าซที่สำคัญ ได้แก่ sulfur dioxide (SO₂), carbon monoxide (CO), ozone (O₃) เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากอาการกำเริบเฉียบพลัน²⁶ PM 2.5 ที่มีค่าเกิน 50 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร ส่งผลให้ผู้ป่วย COPD มีอัตราการตายเพิ่มขึ้น 1.3-2 เท่า²⁷ สถานการณ์ฝุ่น PM 2.5 จากการเผาเพื่อทำเกษตรกรรมสูงมากกว่า 75 ug/M โดยเฉพาะ 4 วันแรก สัมพันธ์กับอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วย COPD²⁸ การสัมผัสกับมลพิษทางอากาศในบ้าน (indoor air pollutants)²⁹ เช่น การเผาเชื้อเพลิง น้ำมันก๊าด ส่งผลให้เกิดควันเมื่อประกอบกับการระบายอากาศไม่ดียังทำให้เกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน ส่วนความรู้เกี่ยวกับอุณหภูมิอากาศ (air temperature) พบว่า อุณหภูมิต่ำ สัมพันธ์กับอาการกำเริบเฉียบพลันโดยเฉพาะผู้ป่วย COPD เพศหญิงและผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป³⁰

4. ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ผู้ป่วย COPD ทุกราย และผู้ดูแลจะต้องได้รับรู้ข้อมูลการเจ็บป่วยอย่างถูกต้องเป็นปัจจุบันเพื่อให้การดูแลตนเองอย่างเหมาะสม เนื่องจากพบว่าผู้ที่ผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่ถูกต้องหรือน้อยกว่าความเป็นจริงจะหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นน้อยกว่า²¹ ส่งผลต่อพฤติกรรมไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา มีการจัดการตนเองไม่เหมาะสม ทำให้มีอาการกำเริบเฉียบพลันมากกว่า^{21, 30} ส่วนผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่มากเกินไปยาสภาพจริงจะมีความจำกัดในการทำกิจกรรมทำให้สมรรถภาพปอดลดลง³⁰ การให้ความรู้ควบคู่ไปกับการประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วยประกอบการอธิบายให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้เข้าใจชัดเจนน่าจะส่งผลต่อการจัดการโรคดีขึ้น

5. การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การเป็นหวัดและเจ็บคอเป็นการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนต้น อาจติดเชื้อแบคทีเรียหรือไวรัส¹ จะต้องรักษาโดยเร็วที่สุดเพื่อไม่ให้ติดเชื้อลุกลามโดยทั่วไปอาการกำเริบเฉียบพลันจะใช้เวลาประมาณ 7-10 วัน¹ แต่ผู้ป่วยบางส่วนที่มีความรุนแรงของโรคมักจะใช้เวลา นานกว่านี้สูงสุดถึง 99 วัน ซึ่งเกี่ยวข้องกับการติดเชื้อไวรัส³¹ ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบเฉียบพลันที่พบบ่อยคือ โรคปอดอักเสบ ซึ่งมีโอกาสเป็นซ้ำได้¹⁷ เชื้อก่อโรคที่พบมากที่สุด ได้แก่ Klebsiella pneumoniae และ Acinetobacter baumannii³²

6. วัคซีนที่จำเป็นในการป้องกันโรค เพื่อช่วยลดโอกาสเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน การให้วัคซีนที่จำเป็นจะช่วยป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ ได้แก่ วัคซีนไข้หวัดใหญ่ (influenza vaccine) โรคปอดอักเสบจากเชื้อนิวโมคอคคัส (pneumococcus vaccine) โรค COVID-19 และโรคบาดทะยัก คอตีบ ไอกรน (Tdap vaccine: tetanus, diphtheria, pertussis) ควรให้ในผู้ป่วย COPD ที่ไม่เคยได้รับวัคซีนดังกล่าวตอนวัยหนุ่มสาว¹

7. การมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง โรค COPD เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง จำเป็นต้องดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคร่วม (comorbidities) ของระบบหัวใจ และหลอดเลือด ระบบทางเดินหายใจ ต่อมไทรอยด์และการเผาผลาญ กระดูกพรุน ปัญหาจิตใจ เป็นต้น นอกจากนี้หากผู้ป่วยมีภาวะโซเดียมต่ำ (hyponatremia) อาจเกิดภาวะน้ำท่วมปอด (pulmonary edema) น้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (pleural effusion) เพิ่มโอกาสให้เกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน ใช้เวลา รักษาตัวในโรงพยาบาลนาน มีความเสี่ยง re-admission และเสียชีวิต³³ โรคร่วมตั้งแต่ 3 โรคขึ้นไป อายุที่มากกว่า 60 ปี มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันที่ต้องมาเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล³² ผู้ป่วย COPD ที่ให้ความร่วมมือในการรักษามีจำนวนวันที่เกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา³⁴

8. การมีกิจกรรมทางกาย (physical activity) ที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเนือยนิ่ง (sedentary behaviors)³⁵ กิจกรรมทางกายที่ลดลง จะเพิ่มโอกาสในการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน ได้³⁵ กิจกรรมทางกายจะต้องมีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อโครงร่าง กิจกรรมนั้นหนานการที่ไม่มีการ เคลื่อนไหวร่างกาย เอนหลัง การนอน ไม่จัดเป็นกิจกรรมทางกาย³⁶ ส่วนพฤติกรรมเนือยนิ่ง คือ พฤติกรรมใดๆ ในขณะที่ตื่น ทำนั่ง เอน นอนราบ และใช้พลังงานต่ำกว่า 1.5 metabolic equivalents (METs) ควรให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายทั้ง 3 รูปแบบ ได้แก่ แอโรบิก มีแรงต้าน และยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เมื่อนำไปปฏิบัติ ควรผสมผสานทุกรูปแบบเข้าด้วยกัน ไม่ใช่เพียงรูปแบบใดรูปแบบ หนึ่งพิจารณาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความทนทานและความแข็งแรงของ กล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น สามารถทำกิจกรรมได้หนักและนานขึ้น³⁶ นอกจากนี้ควรให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและ/ หรือผู้ดูแล เกี่ยวกับการประเมินผลของการออกกำลังกายด้วยการทดสอบการเดินบนพื้นราบใน 6 นาที (six minute walk test: 6 MWT)³⁷ สำหรับบุคลากรทางสุขภาพอาจเลือกใช้ 6 MWT หรือ 6 MST (six minute step test: 6 MWT) ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยที่ 6 MST จะทดสอบ โดยให้ผู้ป่วยก้าวขึ้นลงจากชั้นที่มีความต่างระดับกับพื้นราบซึ่งมีความสูง 20 เซนติเมตร ผลการ ทดสอบโดยวิธี 6 MWT หาก < 350 เมตร³⁷ หรือ 6 MST < 59 ชั้น³⁸ ช่วยทำนายโอกาสเสี่ยงต่อ อาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วย COPD

9. การบรรเทาอาการหายใจเหนื่อยหรือหายใจลำบาก (dyspnea) เป็นการจัดการตนเอง (self management) เพื่อลดอาการหายใจเหนื่อยหรือหายใจลำบาก เช่น ผีกหายใจ จัดท่าทาง การฝึก หายใจเพื่อลดอาการหายใจเหนื่อยหรือหายใจลำบาก มีหลายวิธี เช่น หายใจแบบห่อริมฝีปาก (pursed-lip breathing) หายใจโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลม (diaphragmatic breathing)¹⁷ การหายใจแบบห่อ ริมฝีปากหรือหน่วงเวลา มีหลักการสำคัญคือหายใจเข้าลึก (deep inspiration) และหายใจออกยาว (long expiration) เพื่อเพิ่มแรงดันในปอดและช่องท้อง (intraabdominal pressure) เพิ่มการ เคลื่อนไหวของทรวงอก ทำให้เกิดแรงดันบวกในถุงลมขณะหายใจออก ลดแรงต้านทานในทางเดิน



หายใจ ส่งผลให้อากาศเข้าออกจากปอดดีขึ้น การแลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้น ลดอาการหายใจสั้นตันที่ทำให้
การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ลดอาการแน่นอก ทำให้กล้ามเนื้อหายใจแข็งแรง³⁹ การจัดทำเบาะตำแหน่ง
3 ขา (Tripod or orthopnic position) โดยการโน้มตัวไปข้างหน้า วางมือ/ข้อศอกบนพื้นที่ยึด
ทำนี้จะช่วยให้กระบังลมหดและคลายตัวได้สะดวก กล้ามเนื้อไหล่และหน้าอกส่วนบน กล้ามเนื้อช่วย
หายใจอื่นๆ ทำงานได้ดีขึ้น ปอดขยายตัวได้เต็มที่ เพิ่มปริมาตรความจุปอดในการหายใจเข้า⁴⁰

10. ยาสูดขยายหลอดลม และการฝึกทักษะการบริหารยาสูดที่ถูกต้อง การใช้ยาสูดขยาย
หลอดลมเพื่อรักษาอย่างเหมาะสม การบริหารยาสูดที่ไม่ถูกต้อง และการรับรู้ถึงจำนวนครั้งของการ
สูดขยายหลอดลมชนิดฉุกเฉินที่ไม่เหมาะสมสัมพันธ์กับอาการกำเริบเฉียบพลัน²¹ ยาสูดรักษาโรค
COPD มีหลายชนิด ได้แก่ ชนิดกดสูด (Meter dose inhaler: MDI) ชนิดกดสูด และอุปกรณ์ช่วยสูด
(MDI with spacer) ชนิดผง (Dry powder inhaler: DPI) ชนิดพ่นฝอยละออง (Nebulizer: NB)
ชนิดกดสูดการใช้จะต้องอาศัยจังหวะที่สัมพันธ์ขณะกำลังกดยาและหายใจเข้า ชนิดกดสูดและอุปกรณ์
ช่วยสูด การใช้กระบอกช่วยสูด (spacer) จะช่วยลดปัญหาความสัมพันธ์ของจังหวะการกดยาและการ
หายใจเข้า สามารถใช้ได้กับผู้ป่วยที่มีหลอดลมหดเกร็งที่ห้องฉุกเฉินได้ ส่วนชนิดผง ต้องการแรงสูด 30-60
ลิตร/นาที่ขึ้นไป หากแรงลมสูดเข้าไม่แรงพอจะลดประสิทธิภาพของยาจึงไม่แนะนำให้ใช้กับผู้ป่วยที่มี
การหดตัวของหลอดลมรุนแรง ชนิดพ่นฝอยละออง ใช้ได้กับผู้ป่วยที่มีหลอดลมหดเกร็งรุนแรงได้โดย
การหายใจตามปกติ¹

11. ระยะเวลาที่เหมาะสมในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (pulmonary rehabilitation)
ECOPD ที่เพิ่งฟื้นจากอาการกำเริบเฉียบพลันจะต้องเริ่มการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยเร็ว ควรเริ่ม
ทันทีหลังหายจากอาการกำเริบเฉียบพลันหรืออย่างช้าภายใน 1 เดือนหลังออกจากโรงพยาบาล อย่าง
น้อย 6 สัปดาห์ ยิ่งนานและต่อเนื่องจะยิ่งมีประโยชน์มากและผลจะยังคงอยู่แม้จบการฟื้นฟู
สมรรถภาพปอดไปแล้วจนถึง 1 ปี การฝึกฝนการออกกำลังกายให้มีความแข็งแรงและความทนทาน
เป็นสิ่งสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด¹

12. การให้และหยุดให้ออกซิเจนระยะยาวที่บ้าน (long term home oxygen therapy)
ความรู้เกี่ยวกับการให้และหยุดให้ออกซิเจนระยะยาวที่บ้านมีความสำคัญสำหรับผู้ป่วย COPD และ
ผู้ดูแลในรายที่แพทย์มีแผนการรักษาตามข้อบ่งชี้ เช่น ภาวะพร่องออกซิเจนรุนแรงขณะพักแบบเรื้อรัง
ที่มี $\text{PaO}_2 < 55 \text{ mmHg}$ ($\text{SpO}_2 < 88 \%$) หรือ $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$ ($\text{SpO}_2 < 90 \%$) ผู้ป่วย COPD
มีโรคร่วม เช่น โรคหัวใจเหตุจากปอด (cor pulmonale) เม็ดเลือดแดงมากผิดปกติที่ไม่ได้เกิดจากไข
กระดูก (secondary polycythemia: hematocrit $> 55 \%$) แรงดันในหลอดเลือดปอดสูง
(pulmonary hypertension) หัวใจวาย (heart failure) แพทย์อาจพิจารณาให้ออกซิเจนอย่างน้อย
15 ชั่วโมงต่อวัน ด้วย Nasal cannula 2-3 ลิตรต่อนาที เป้าหมายให้ค่า $\text{PaO}_2 > 60 \text{ mmHg}$ ¹ และ



พิจารณาหยุดให้หากไม่มีข้อบ่งชี้ เนื่องจากการให้และหยุดให้ออกซิเจนระยะยาวที่บ้านจะช่วยลด
อาการกำเริบเฉียบพลัน²⁴

สรุป

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับโรคได้อย่าง
เหมาะสม ให้ช่วงเวลาของภาวะอาการคงที่ยาวนาน มีอาการกำเริบเฉียบพลันน้อยที่สุด หากผู้ป่วย
และผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง จะสามารถป้องกันอาการกำเริบเฉียบพลันได้ พยาบาลมี
บทบาทโดยตรงในการให้ความรู้ทางสุขภาพ และควรเป็นความรู้ที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยและผู้ดูแล
แต่ละราย ครอบคลุม 12 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการกำเริบเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะโภชนาการ
สิ่งแวดล้อม ความรุนแรงของความเจ็บป่วย การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ วัคซีนที่จำเป็นในการ
ป้องกันโรค การมาตรวจตามนัด การมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม การบรรเทาอาการหายใจเหนื่อย
หรือหายใจลำบาก (dyspnea) ยาสูดขยายหลอดลม การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การให้และหยุดให้
ออกซิเจนระยะยาวที่บ้าน ความรู้เหล่านี้จะช่วยลดโอกาสเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วย COPD

เอกสารอ้างอิง

1. Thoracic society of Thailand under Royal Patronage. Guidelines for the diagnosis and management of chronic obstructive pulmonary disease. 2022 [cited 2025 Jun 8]. Available from: <https://www.tst.or.th/category/guideline/> (In Thai)
2. Amin N. An overview of COPD, causes, clinical manifestations, complications, and its management. Journal of nursing science practice, research and advancements. 2023;5(1):33-40. doi: 10.13140/RG.2.2.23384.78083
3. Feitosa PHR, Castellano MVCO, Costa CH, Cardoso ARO, Pereira LFF, Fernandes FLA, et al. Recommendations for the diagnosis and treatment of alpha-1 antitrypsin deficiency. J Bras Pneumol. 2024;50(5):1-16.
4. Pan M, Zhou X. Airway remodeling in chronic obstructive pulmonary disease: characteristics and opportunities. Front Med. 2025;12:1556868. doi: 10.3389/fmed.2025.1556868
5. World Health Organization. World health statistics 2025: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals [Internet]. 2025 [cited 2025 Aug 13]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240110496>



6. Adeloye D, Song P, Zhu Y, Campbell H, Sheikh A, Rudan I. Global, regional, and national prevalence of, and risk factors for, chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in 2019: a systematic review and modelling analysis. *Lancet Respir Med*. 2022;10(5):447-58.
7. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease: GOLD. Global strategies for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Gold report [Internet]. 2025 [cited 2025 Jun 15]. Available from: <https://goldcopd.org/2025-gold-report/>
8. Ministry of Public Health. Health Data Center (HDC) [Internet]. 2025 [cited 2025 Jun 8]. Available from: <https://hdc.moph.go.th/center/public/main> (In Thai)
9. Luanratanakorn S, Akkadechanunt T, Chitpakdee B. Activity-based costing of services in male medical ward 2, Uttaradit hospital. *Nursing Journal CMU*. 2020;47(4):360-71. (In Thai)
10. Phongwutthipong P, Lairungruang C, Ploddee K, Namkaset R, Suphanchaiyamat R. Cost-effectiveness analysis of policy proposals to reduce Hospitalization with acute exacerbation of COPD patients attributed to PM 2.5 in Bangkok. *J Health Sci Thai*. 2024;33(5):779-81. (In Thai)
11. Pal A, Howarth TP, Rissel C, Messenger R, Issac S, Ford L, et al. COPD disease knowledge, self-awareness and reasons for hospital presentations among a predominately indigenous Australian cohort: a study to explore preventable hospitalisation. *BMJ Open Respir Res*. 2022;9(1):e001295. doi: 10.1136/bmjresp-2022-001295
12. Tian Z, Jiang Y, Zhang N, Zhang Z, Wang L. Analysis of the current state of COPD nursing based on a bibliometric approach from the web of science. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2024;19:255–68. doi: 10.2147/COPD.S440715
13. Oliveira TL, Souza TNC, Martins-Lucena B, Santos-Santana FM, Ivania-Zambrano L, Carvalho-Araujo AN, et al. Microscopic findings of lung tissue and respiratory muscles in chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Rev Fac Med Hum*. 2020;20(1):55-63.
14. Voynow JA, Shinbashi M. Neutrophil elastase and chronic lung disease. *Biomolecules*. 2021;11(8):1065. doi: 10.3390/biom11081065



15. Yang R, Wu X, Gounni AS, Xie J. Mucus hypersecretion in chronic obstructive pulmonary disease: from molecular mechanisms to treatment. *J Transl Int Med.* 2023;11(4):312–5. doi: 10.2478/jtim-2023-0094
16. Abrami M, Biasin A, Tescione F, Tierno D, Dapas B, Carbone A, et al. Mucus structure, viscoelastic properties, and composition in chronic respiratory diseases. *Int J Mol Sci.* 2024;25(3):1933. doi: 10.3390/ijms25031933
17. Anusak K, Matanasarawoot R, Sakarinkhul P, Jiraporncharoen W. Factors affecting an acute exacerbation among COPD patients in the emergency room, Lamphun hospital. *J DMS.* 2021;46(4):67-73. (In Thai)
18. Reumkens C, Endres A, Simons OS, Savelkoul PHM, Sprooten RTM, Franssen MEF. Application of the Rome severity classification of COPD exacerbations in a real-world cohort of hospitalised patients. *ERJ Open Res.* 2023;9(3):00569. doi: 10.1183/23120541.00569-2022
19. Gundry S. COPD 1: pathophysiology, diagnosis and prognosis. *Nursing Times.* 2020;116(4):27-30.
20. Watson A, Wilkinson TMA. Digital healthcare in COPD management: a narrative review on the advantages, pitfalls, and need for further research. *Ther Adv Respir Dis.* 2022;16:17534666221075493. doi: 10.1177/17534666221075493
21. Putti S, Kongkasem P. The development of education and skill on behavior to prevent acute exacerbation and readmit 28 day in patients with chronic obstructive pulmonary disease in a hospital. *J Royal Thai Army Nurses.* 2024;25(1):402-12. (In Thai)
22. Brandt JD, Beijers RJHCG, Chiles J, Maddocks M, McDonald MN, Schols AMWJ, et al. Update on the etiology, assessment, and management of COPD cachexia: considerations for the clinician. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2022;17:2957–76. doi: 10.2147/COPD.S334228
23. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Managing malnutrition in COPD including a pathway for the appropriate use of ONS to support community healthcare professionals (2nd ed). NICE endorsement statement [Internet]. 2020 [cited 2025 Jun 18];1-14. Available from: <https://www.bapen.org.uk/pdfs/copd-guidance>



24. Huang WJ, Fan XX, Yang Y-H, Zeng Y-M, Ko C-Y. A review on the role of oral nutritional supplements in chronic obstructive pulmonary disease. *J Nutr Health Aging*. 2022;26(7):723-31. doi: 10.1007/s12603-022-1822-8
25. Makboon K. Third hand smoke: the other category of hazard from passive smoke. *Vajira Med J*. 2015;59(4):49-57. (In Thai)
26. Liang L, Cai Y, Barratt B, Lyu B, Chan Q, Hansell AL, et al. Associations between daily air quality and hospitalizations for acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease in Beijing, 2013-17: an ecological analysis. *Lancet Planet Health*. 2019;3(6):e270-79. doi: 10.1016/S2542-5196(19)30085-3
27. ThaiHealth. Thaihealth watch 2021 [Internet]. 2021 [cited 2025 Jun 18];42-60. Available from: <https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/report/img/thaihealthwatch/thaihealthwatch2021.pdf> (In Thai)
28. Pipatvech K, Uppachak S. Relationship between PM2.5 dust exposure and exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease patients in Nan hospital, Thailand. *J Health Sci Thai*. 2021;30(4):645-53. (In Thai)
29. Kumar R, Singh K, Mavi AK, Nagar JK, Raj S, Kumar M, et al. Combustion of biomass fuel and chronic obstructive pulmonary disease in rural population of India. *The Indian Journal of Chest Diseases and Allied Sciences*. 2024;66(1):1-6. doi: 10.5005/jp-journals-11007-0108
30. Yang Y, Li X, Wang S, Lei Y, Xu W, Li Y, et al. Assessing the impact of temperature on acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease hospitalizations in residents of Panzhihua city: a multi-districts study using a distributed lag non-linear model. *BMC Public Health*. 2024;24:1-14.
31. Solod W. Sedentary behaviors increases the risk factor of developing non-communicable diseases: NCDs. *HE J*. 2022;1(2):42-53. (In Thai)
32. Poosiri S. Relationship between 6-minute walk distance and risk of hospitalization from exacerbation of COPD in one year at Trang hospital. Formerly *J Thai Rehabil Med*. 2019;29(3):94-8. (In Thai)
33. Santos-de-Araújo AD, da Luz Goulart C, Marinho RS, Dourado IM, Mendes RG, Roscani MG, et al. The six-minute step test can predict COPD exacerbations: a



- 36-month follow-up study. *Scientific Reports*. 2024;14:3649. doi: 10.1038/s41598-024-54338-9
34. Khamniyom S. The factors associated with acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease in patient within 28 days: Yasothon hospital. *Yasothon Medical Journal*. 2024;26(1):98-112.
35. Donaldson GC, Law M, Kowlessar B, Singh R, Brill SE, Allinson JP, et al. Impact of prolonged exacerbation recovery in chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 2015;192(8):943-50. doi: 10.1164/rccm.201412-2269OC
36. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, Borodulin K, Buman MP, Cardon G, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Br J Sports Med*. 2020;54(24):1451–62. doi: 10.1136/bjsports-2020-102955
37. Wongpipit W, Kritpet T, Phongphibool S. Physical activity and sedentary behaviour: guidelines and assessment. *JSSH*. 2020;21(1):1-21. (In Thai)
38. Luangaram S, Srisopa P, Chanavirut R. Home-based exercise in COPD patients. *J Med Tech Phys Ther*. 2018;30(2):226-36. (In Thai)
39. Schrijver J, Effing T, van Helden J, van der Palen J, van der Valk P, Brusse-Keizer M, et al. Does adherence to exacerbation action plans matter? insights from two COPD self-management studies. *Heliyon*. 2024;10(20):e39070. doi: 10.1016/j.heliyon.2024.e39070
40. Berampu S, Wibowo A, Jehaman I, Tantangan R, Siahaan T, Ginting RI. Intervention pursed lips breathing exercise for decrease breathlessness on chronic obstructive pulmonary disease. *International conference on health informatics and medical application technology (ICHIMAT 2019) [Internet]*. 2020 [cited 2025 Aug 18];196-202. doi: 10.5220/0009469601960202



การเรียนรู้ทางสังคมและอารมณ์: บทบาทอาจารย์พยาบาลกับการป้องกัน ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล

พัชรารวรรณ แก้วกันทะ*, วิไลภรณ์ วิชญาวัดน์**

บทคัดย่อ

การพลิกผันของโลกแบบ VUCA world ที่โลกมีความผันผวน ไม่แน่นอน ซับซ้อน และคลุมเครือ สู่การเปลี่ยนผ่านแบบ BANI world ที่เป็นโลกยุคแห่งความโกลาหลที่เร่งความเปราะบางทางจิตสังคมของเยาวชน การยกระดับการเรียนรู้ทางสังคมและอารมณ์ เป็นยุทธศาสตร์สำคัญของการศึกษาพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยงอย่างนักศึกษาพยาบาล ในบทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อนำเสนอแนวคิดการเรียนรู้ทางสังคมและอารมณ์ และบทบาทอาจารย์พยาบาลในการส่งเสริมทักษะการเรียนรู้ทางสังคมและอารมณ์ เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล ฉะนั้นการส่งเสริมทักษะการเรียนรู้ทางสังคมและอารมณ์ในนักศึกษาพยาบาลต้องขับเคลื่อนโดยผ่านบทบาทเชิงรุกของอาจารย์พยาบาลที่ทำหน้าที่เป็นต้นแบบ ทำให้นักศึกษาพยาบาลเห็นขั้นตอนการคิดความรู้สึก การกระทำ และการออกแบบผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านการส่งเสริมทักษะการเรียนรู้ทางสังคมและอารมณ์ให้ชัดเจน ครอบคลุมการกำกับอารมณ์ การสื่อสารเชิงบวก และการตัดสินใจอย่างรับผิดชอบ ควบคู่กับการสร้างพื้นที่ปลอดภัยทางจิตใจที่ยอมรับการถาม และความผิดพลาดอย่างไม่ตำหนิ บูรณาการการฝึกสติและการปรับเปลี่ยนมุมมองความคิดใหม่ของนักศึกษาพยาบาล หล่อหลอมความพร้อมทางสังคมและอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล ในการเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อกวนจากการเรียน การปฏิบัติงานและการใช้ชีวิตประจำวันได้จริงต่อไป

คำสำคัญ: การเรียนรู้ทางสังคมและอารมณ์ บทบาทอาจารย์พยาบาล การป้องกัน ภาวะซึมเศร้า

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์, วิทยาลัยการศึกษา มหาวิทยาลัยพะเยา

* Corresponding author; email: patcharawan.keawkanta@crc.ac.th

วันที่รับบทความ 14 ตุลาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความ 20 เมษายน 2569 วันที่ตอบรับบทความ 13 กรกฎาคม 2569



Social and Emotional Learning (SEL): The Role of Nurse Educators in Preventing Depression among Nursing Students

Patcharawan Keawkanta*, Wilaiphorn Witchayawat**

Abstract

The transition from a VUCA world characterized by volatility, uncertainty, complexity, and ambiguity to a BANI world represents an era of chaos that accelerates psychosocial fragility among youth. Enhancing Social and Emotional Learning (SEL) is a vital strategy in nursing education for preventing depression within high-risk groups, such as nursing students. This academic article aims to present the concepts of SEL and the roles of nursing faculty in promoting SEL skills to prevent depression in nursing students. The promotion of SEL skills in nursing students must be driven through the proactive roles of nursing faculty acting as role models. Faculty members should demonstrate cognitive processes, feelings, actions, and clearly design learning outcomes for SEL skill enhancement. These outcomes must encompass emotional regulation, positive communication, and responsible decision-making. This approach should be implemented alongside creating a psychologically safe space that accepts questioning and mistakes without blame, while integrating mindfulness practice and cognitive reframing. Such efforts will cultivate social and emotional readiness in nursing students, enabling them to effectively cope with pressures from education, clinical practice, and daily life.

Keywords: Social and Emotional Learning (SEL), Role of Nurse Educators, Prevention, Depression

* Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

** Assistant Professor, School of Education, University of Phayao

* Corresponding author; email: patcharawan.keawkanta@crc.ac.th

Received 14 October 2025; Revised 20 April 2026; Accepted 13 July 2026



บทนำ

ในยุคแห่งการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคมและเทคโนโลยีที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลันทางดิจิทัล (Digital disruption) มาสู่ภาวะที่พลิกผันแบบ VUCA world ซึ่งเป็นโลกที่มีความผันผวน ไม่แน่นอน ซับซ้อนและคลุมเครือ และเปลี่ยนผ่านมาสู่ BANI world โลกยุคแห่งความโกลาหลที่คนมีความเปราะบาง วิตกกังวล ความเปลี่ยนแปลงต่างๆดูไม่สมเหตุสมผลคาดเดาได้ยาก¹ ส่งผลกระทบต่อบุคคลทุกช่วงวัยโดยเฉพาะกับวัยรุ่นในปัญหาสุขภาพจิต ไม่ว่าจะเป็นความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า

จากสถานการณ์ปัจจุบันวัยรุ่นเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มในการเผชิญกับปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลกได้มีการสำรวจสถานการณ์สุขภาพจิตใน 17 ประเทศ มีการประมาณการว่า 350 ล้านคนทั่วโลก หรือเท่ากับ 1 ใน 20 คน กำลังเผชิญภาวะซึมเศร้า มีรายงานว่า 1 ใน 4 ของวัยรุ่นมีปัญหาด้านสุขภาพจิตและอารมณ์ และในประเทศไทย มีอัตราการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกปี² โดยนักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 18 ถึง 23 ปี จัดเป็นกลุ่มบุคคลที่ยังอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล และการปรับตัวให้เข้ากับบริบทต่างๆ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลมีหลายประการ คือ การเสพติด การใช้สื่อสังคมออนไลน์ การเปรียบเทียบทางสังคม³ การปรับตัวในการเรียนและการใช้ชีวิต ปัญหาสุขภาพ⁴ ความวิตกกังวล ความกลัว ความแข็งแกร่งทางจิตใจ การเรียนการสอนภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ สัมพันธภาพกับอาจารย์และเพื่อน ปัจจัยด้านการเงิน รวมถึงความกดดันและความคาดหวังจากครอบครัวและบุคคลรอบข้าง⁵ จากปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นหากนักศึกษาพยาบาลไม่สามารถปรับตัวได้อาจนำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพจิตโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า³ แต่ในทางตรงกันข้าม หากนักศึกษาพยาบาลสามารถปรับตัวได้ก็จะไม่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าได้

ฉะนั้นในสถานการณ์ปัจจุบันที่ความสามารถในการปรับตัวและความฉลาดทางอารมณ์เป็นปัจจัยสำคัญสู่ความสำเร็จในชีวิต และเป็นตัวป้องกันปัญหาสุขภาพจิตโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าให้กับนักศึกษาพยาบาลได้ โดยการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ทางสังคมและอารมณ์ (Social and Emotional Learning: SEL) คือ กระบวนการที่บุคคลเรียนรู้ที่จะรับรู้และจัดการอารมณ์ของตนเอง มีปฏิสัมพันธ์เชิงบวกกับผู้อื่น และตัดสินใจอย่างมีความรับผิดชอบ⁶ มีบทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อมให้นักศึกษาพยาบาล มีเครื่องมือในการรับมือกับสถานการณ์ทางสังคมที่ซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว มีทักษะทางสังคมและอารมณ์ที่แข็งแกร่ง ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีความพร้อมในการปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อม การเรียนรู้ใหม่ๆ และสามารถทำงานร่วมกับทีมสหสาขา



วิชาชีพที่มีความหลากหลายได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความยืดหยุ่นในการเผชิญปัญหา เข้าใจตัวเอง และผู้อื่น และสามารถตัดสินใจอย่างรับผิดชอบในสถานการณ์ที่ซับซ้อนได้⁶

ด้วยเหตุนี้ การจัดการเรียนการสอนจึงเป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาล เกิดการเรียนรู้โดยบุคคลที่มีความใกล้ชิด และเป็นบุคคลสำคัญในการจัดการเรียนการสอนที่จะเอื้อให้นักศึกษาพยาบาลเกิดการเรียนรู้ คือ อาจารย์พยาบาล ซึ่งการพัฒนาอาจารย์พยาบาลเป็นบทบาทสำคัญที่จะทำให้การพัฒนาทักษะทางสังคมและอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาลประสบความสำเร็จ นอกจากนี้อาจารย์พยาบาลยังมีบทบาทสำคัญในการเป็นแบบอย่างทางอารมณ์ การออกแบบกิจกรรมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ทางสังคมและอารมณ์ การให้คำปรึกษา และการติดตามพัฒนาการของนักศึกษา การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ไว้วางใจระหว่างอาจารย์และนักศึกษา เพื่อช่วยลดความเครียดและส่งเสริมการเรียนรู้ที่มีคุณภาพ⁷

แนวคิด ทฤษฎีของการเรียนรู้ทางสังคมและอารมณ์

การเรียนรู้ทางสังคมและอารมณ์ (Social and Emotional Learning: SEL) คือ กระบวนการเรียนรู้ของบุคคล เพื่อพัฒนาความสามารถทางอารมณ์และสังคมได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้บุคคลสามารถรับรู้และเข้าใจความคิดอารมณ์และความรู้สึกของตนเองและผู้อื่นได้ตามความเป็นจริง สามารถควบคุมอารมณ์และการกระทำของตนเองให้แสดงออกได้อย่างเหมาะสม สามารถตัดสินใจ และรับผิดชอบต่อสิ่งที่เกิดขึ้นอันเนื่องจากการกระทำของตนเองได้ รวมทั้งสามารถสื่อสารและสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นได้ดี⁸

กรอบแนวคิดของ CASEL (Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning) เป็นหนึ่งในแนวคิดที่ได้รับการยอมรับมากที่สุดในการพัฒนาการเรียนรู้ทางสังคมและอารมณ์⁶ โดยมีองค์ประกอบหลัก 5 ด้าน⁸ ได้แก่

1. การตระหนักรู้ในตนเอง (Self-Awareness) ความสามารถของบุคคลในการรับรู้อารมณ์ ความคิด และค่านิยมของตนเองอย่างถูกต้อง และเข้าใจว่าปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อพฤติกรรมอย่างไร รวมถึงการประเมินจุดแข็งและข้อจำกัดของตนเองอย่างมีเหตุผล ด้วยความมั่นใจ มองโลกในแง่ดี และมีทัศนคติแบบพัฒนาตนเอง โดยประกอบด้วยคุณลักษณะ 4 ประการ ดังนี้⁹

1.1 การระบุอารมณ์ของตนเอง (Identifying emotions) เป็นความสามารถในการบอกความรู้สึกของตนเองต่อสถานการณ์ต่างๆได้อย่างเหมาะสม

1.2 การรับรู้เกี่ยวกับตนเองอย่างถูกต้อง (Accurate self-perception) เป็นความสามารถในการบอกได้ว่าตนเองชอบหรือไม่ชอบอะไร และสามารถบอกลักษณะทางกายภาพของตนเองได้อย่างถูกต้อง



1.3 การมีความมั่นใจในตนเอง (Self-confidence) เป็นความสามารถในการแสดงออกถึงความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และมีความกล้าหาญในการลองทำสิ่งใหม่ที่ทำหยาได้

1.4 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) เป็นความสามารถในการบอกได้ว่าตนเองมีความสามารถอย่างไร

2. การจัดการตนเอง (Self-Management) ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมในสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถจัดการความเครียด ควบคุมและสร้างแรงจูงใจให้ตนเอง ตลอดจนสามารถตั้งเป้าหมายและลงมือปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายได้ โดยประกอบด้วยคุณลักษณะ 2 ประการ ดังนี้

2.1 การควบคุมอารมณ์ของตนเอง (Impulse control) เป็นความสามารถในการควบคุมอารมณ์ที่ไม่พอใจ โดยไม่แสดงอารมณ์ไม่พอใจจนเกินกว่าเหตุและสามารถจัดการอารมณ์ไม่พอใจได้

2.2 การมีวินัยในตนเอง (Self-discipline) เป็นความสามารถในการรับผิดชอบต่อตนเอง และปฏิบัติตามกฎระเบียบของสังคมได้

3. การตัดสินใจอย่างมีความรับผิดชอบ (Responsible Decision Making) ความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรมส่วนบุคคลและความสัมพันธ์ทางสังคมอย่างสร้างสรรค์ โดยยึดหลักจริยธรรม ความปลอดภัย และบรรทัดฐานทางสังคม รวมถึงการประเมินผลของการกระทำอย่างมีเหตุผล และคำนึงถึงความเป็นอยู่ที่ดีของตนเองและผู้อื่น ประกอบด้วยคุณลักษณะ 2 ประการ ดังนี้

3.1 การแก้ปัญหา (Solving problems) เป็นความสามารถในการเสนอความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมกับผู้อื่นและสามารถต่อรองประนีประนอมเมื่อเกิดความขัดแย้งกับผู้อื่นได้

3.2 การประเมินผลลัพธ์ (Evaluating) เป็นความสามารถในการอธิบายถึงผลที่เกิดจากการกระทำของตนเองได้

4. การตระหนักรู้ทางสังคม (Social Awareness) ความสามารถในการเข้าใจมุมมองและมีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น รวมถึงผู้ที่มาจากภูมิหลังและวัฒนธรรมที่หลากหลาย การเข้าใจบรรทัดฐานทางสังคมและจริยธรรม และการรู้จักแหล่งสนับสนุนจากครอบครัว โรงเรียน และชุมชน ประกอบด้วยคุณลักษณะ 4 ประการ ดังนี้

4.1 การรับรู้มุมมองของผู้อื่น (Perspective-taking) เป็นความสามารถในการบอกได้ว่าพฤติกรรมของตนเองส่งผลต่อความคิดและความรู้สึกของผู้อื่นอย่างไร

4.2 การเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น (Empathy) เป็นความสามารถในการแสดงออกถึงความเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่นและสามารถแสดงออกถึงความรู้สึกเข้าใจผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม



4.3 การเห็นคุณค่าความแตกต่างของผู้อื่น (Appreciating diversity) เป็นความสามารถในการเห็นคุณค่าและยอมรับนับถือในความเหมือนและความแตกต่างระหว่างบุคคลได้อย่างเหมาะสม

4.4 การเคารพผู้อื่น (Respect for others) เป็นความสามารถในการปฏิบัติอย่างสุภาพกับผู้อื่นและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม

5. ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Relationship Skills) ความสามารถในการสร้างและรักษาความสัมพันธ์ที่ดีและมีคุณภาพกับบุคคลหรือกลุ่มที่หลากหลาย การสื่อสารอย่างชัดเจน รับฟังอย่างตั้งใจ ทำงานร่วมกับผู้อื่น ต่อต้านแรงกดดันทางสังคมที่ไม่เหมาะสม เจรจาแก้ไขความขัดแย้งอย่างสร้างสรรค์ และขอความช่วยเหลือหรือให้ความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น ประกอบด้วยคุณลักษณะ 3 ประการ ดังนี้⁹

5.1 การสื่อสาร (Communication) เป็นความสามารถในการพูดคุยอย่างเหมาะสมมีการใช้ภาษากาย น้ำเสียง และความดังตามสถานการณ์แสดงท่าทีที่เหมาะสมในการสื่อสารได้รวมทั้งสามารถถ่ายทอดข้อความจากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่งได้อย่างถูกต้อง

5.2 การสร้างสัมพันธ์ภาพ (Relationship-building) เป็นความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีอย่างต่อเนื่องกับบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสม

5.3 การทำงานร่วมกัน (Teamwork) เป็นความสามารถในการแบ่งปันการขอและให้ความช่วยเหลือผู้อื่นการยอมรับความช่วยเหลือจากผู้อื่นรวมทั้งสามารถร่วมมือกับผู้อื่นโดยสามารถปรับเปลี่ยนบทบาทของตนเองตามโอกาสต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม

สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล

องค์การอนามัยโลกได้มีการสำรวจสถานการณ์สุขภาพจิตใน 17 ประเทศและประมาณการว่า 350 ล้านคนทั่วโลกหรือเท่ากับ 1 ใน 20 คน กำลังเผชิญภาวะซึมเศร้าในปีที่ผ่านมา² ภาวะซึมเศร้าเป็นโรคที่มักเริ่มต้นในช่วงเข้าสู่วัยรุ่น และสามารถส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเรียน การทำงาน และการเข้าสังคม หรือนำไปสู่การฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ในทุกประเทศทั่วโลก²

จากการประเมินสุขภาพจิตคนไทยตลอดปี 2564 พบว่าสัดส่วนผู้มีภาวะความเครียด ร้อยละ 14.5 เสียใจซึมเศร้า ร้อยละ 16.8 โดยปัญหาดังกล่าวมีสัดส่วนสูงมากในกลุ่มเด็กและเยาวชน วัยเรียนอายุไม่ถึง 20 ปี และ 20-29 ปี โดยความกังวลใจของเด็กและเยาวชนส่วนใหญ่เป็นเรื่องที่เชื่อมโยงกับครอบครัว การเรียน และอนาคตของตนเอง¹⁰ และพบว่าวัยรุ่นระดับอุดมศึกษาเป็นกลุ่มวัยที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้า¹¹ โดยเฉพาะนักศึกษาพยาบาล ฉะนั้นนักศึกษาพยาบาลถือเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าจากการศึกษา พบว่า นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีแห่งหนึ่ง เพศชาย มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 8.30 และเพศหญิง มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 9 และนักศึกษาพยาบาล



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 35.90¹² เนื่องจากการเรียนภาคทฤษฎีมีเนื้อหาจำนวนมาก นักศึกษาบางคนไม่เข้าใจเนื้อหา มีผลการเรียนไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง มีการแข่งขันในชั้นเรียน¹³ การมอบหมายงานที่มากเกินไป ทำให้นักศึกษาส่งงานไม่ทันตามกำหนด มีเวลาพักผ่อนน้อย ทำให้นักศึกษารู้สึกกดดันและมีความเครียดสูง¹⁴ อีกทั้งการเรียนภาคปฏิบัติถือเป็นหัวใจสำคัญของการศึกษาทางการพยาบาลศาสตร์ที่มุ่งเน้นการนำองค์ความรู้ในภาคทฤษฎีมาประยุกต์ในการพัฒนาทักษะเชิงวิชาชีพ¹¹ นักศึกษาพยาบาลต้องฝึกทักษะปฏิบัติการพยาบาลที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วยที่หลากหลายด้วยความอดทน รอบคอบ ระมัดระวัง และรับผิดชอบ เพราะความผิดพลาดที่เกิดขึ้นอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วยและตนเองได้ นอกจากนี้ นักศึกษาพยาบาลต้องปรับตัวเข้ากับอาจารย์นิเทศ ผู้ป่วยญาติผู้ป่วย บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย ซึ่งอาจทำให้ให้นักศึกษาพยาบาลรู้สึกกดดัน วิตกกังวลหรือมีความเครียดในระดับสูง¹¹

ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้กับทุกเพศทุกวัย โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะรู้สึกเศร้า โดดเดี่ยว อ้างว้าง รู้สึกไร้ค่า มีความคิดด้านลบต่อตนเอง ไม่มีสมาธิ¹⁵ รู้สึกหมดแรง อ่อนล้า นอนไม่หลับ ความอยากอาหารลดลง น้ำหนักตัวลดลงหรือเพิ่มขึ้น¹⁶ ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลง ความพึงพอใจในชีวิตลดลง ผลการเรียนตกต่ำ ปวดท้องหรือปวดศีรษะ บางครั้งมีพฤติกรรมก้าวร้าว มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพด้านต่างๆ เช่น ดื่มสุรา สูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติดอื่นๆ และหากมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงมักมีความคิดฆ่าตัวตายร่วมด้วย¹⁵

ดังนั้นการป้องกันภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลตั้งแต่เริ่มต้นอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการให้อาจารย์พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเป็นแบบอย่างทางอารมณ์ การออกแบบกิจกรรมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ทางสังคมและอารมณ์ การให้คำปรึกษา และการติดตามพัฒนาการของนักศึกษา การสร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจระหว่างอาจารย์และนักศึกษา⁷ อาจารย์มีความรู้ ความเข้าใจ รวมถึงแนวทางในการส่งเสริม ป้องกันภาวะซึมเศร้า เพื่อเป็นการช่วยลดปัญหาและความรุนแรงของสถานการณ์ปัญหาต่างๆ ของสังคมลงได้²

Social Emotional Learning (SEL) กับการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล

การพัฒนาทักษะการเรียนรู้ทางสังคมและอารมณ์ เป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างความสามารถทางสังคม การจัดการอารมณ์ และการตัดสินใจอย่างมีความรับผิดชอบให้กับนักศึกษาพยาบาล เพื่อเป็นรากฐานสำคัญสำหรับการพัฒนาสุขภาวะทางจิตของนักศึกษาพยาบาลในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในระยะยาว⁸ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมกลไกการทำงานของการเรียนรู้ทางสังคมและอารมณ์ต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล พบว่า ด้านการจัดการตนเอง (Self-Management) โดยการควบคุมอารมณ์เป็นหัวใจสำคัญของด้านนี้ที่มุ่งพัฒนาความสามารถใน



การรับรู้อารมณ์ที่เกิดขึ้น เข้าใจความคิดที่ทำให้เกิดอารมณ์นั้นและเลือกวิธีการจัดการอารมณ์ที่เหมาะสม ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลที่ต้องเผชิญกับการเรียนและการฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยที่หนัก มีความกดดันสูง เมื่อนักศึกษาพยาบาลมีการปรับเปลี่ยนมุมมองความคิด คือการที่บุคคลตีความสถานการณ์ใหม่หรือเปลี่ยนมุมมองความคิดเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ตึงเครียด เพื่อปรับเปลี่ยนการตอบสนองทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น การทำเช่นนี้จะช่วยลดความรุนแรงของอารมณ์เชิงลบ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล เป็นต้น ส่งผลให้ความคิดหมกมุ่นลดลง ท้ายที่สุดอาการซึมเศร้าลดลง และเป็นผลทางอ้อมที่สำคัญของการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลโดยตรง¹⁷

นอกจากนี้ความเชื่อมั่นในการกำกับอารมณ์ของตนเอง ซึ่งหมายความว่า การเรียนรู้ที่มั่นใจว่าควบคุมอารมณ์ตนเองได้ คือกลไกที่ทำให้การฝึกจัดการอารมณ์ส่งผลต่อสุขภาพจิตอย่างยั่งยืน¹⁷ และสติ (Mindfulness) ทำหน้าที่เป็นทักษะกำกับอารมณ์ผ่านการรับรู้อย่างไม่ตัดสินต่อความคิดและอารมณ์ ช่วยตรวจจบบอกทิศทางความคิด ลดการตอบสนองความคิดอัตโนมัติด้านลบได้¹⁸⁻²³ ดังนั้นกลไกด้านการจัดการตนเอง (Self-Management) ที่เป็นหนึ่งในองค์ประกอบ 5 ด้านของการเรียนรู้ทางสังคมและอารมณ์ที่เน้นทักษะส่วนบุคคลและสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการกำกับอารมณ์สามารถช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลได้¹⁹⁻¹⁸

ด้านการตระหนักรู้ทางสังคม (Social Awareness) และด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Relationship Skills) คือการพัฒนาทักษะทางสังคมและบรรยากาศการเรียนรู้ที่ปลอดภัย เพื่อยกระดับความเป็นส่วนหนึ่งของนักศึกษาพยาบาล จากงานวิจัยพบว่าความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Resilience) เป็นความสามารถของนักศึกษาพยาบาลในการฟื้นตัว ปรับตัว และเติบโตภายใต้แรงกดดันด้านการเรียนและการฝึกปฏิบัติทางคลินิกที่เข้มข้นของหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ กล่าวคือ เมื่อนักศึกษาพยาบาลเผชิญกับเหตุการณ์เลวร้ายในชีวิตเกิดความรู้สึกด้านลบกับตัวเอง หากมีความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Resilience) สูง¹⁷ ร่วมกับการรับรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของชั้นเรียนจะเอื้อต่อการมีสุขภาพจิตที่ดีและลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า²⁰⁻¹⁹ นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่อนักศึกษาพยาบาลรู้สึกว่ามีเครือข่ายการช่วยเหลือที่เข้าถึงได้ ความยืดหยุ่นในการเผชิญปัญหาจะเพิ่มขึ้น ความรู้สึกด้านลบลดลง ซึ่งสามารถส่งผลดีต่อสุขภาพจิตโดยอ้อม^{19, 21-18,20}

บทบาทของอาจารย์พยาบาลในการส่งเสริมทักษะการเรียนรู้ทางสังคมและอารมณ์

การพัฒนาทักษะการเรียนรู้ทางสังคมและอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นทักษะที่ช่วยส่งเสริมความสามารถของนักศึกษาพยาบาลในการปรับตัวและเผชิญกับความท้าทายในการใช้ชีวิต โดยเฉพาะการเรียนทางด้านพยาบาล⁶ ดังนั้นอาจารย์พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญที่จะทำให้การพัฒนาทักษะการเรียนรู้ทางสังคมและอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาลประสบความสำเร็จ จึงเป็นความท้าทายของอาจารย์พยาบาลที่จะต้องปรับตัวในบทบาทอาจารย์



พยาบาลที่จะช่วยส่งเสริมการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ทางสังคมและอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล ดังนี้

1. การออกแบบการสอน โดยการมุ่งให้นักศึกษาพยาบาลพัฒนาทักษะผ่านการสังเกตตัวแบบ ซึ่งนักศึกษาพยาบาลสามารถเรียนรู้ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้จากการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบต่างๆ โดยเฉพาะอาจารย์พยาบาล ซึ่งอาจารย์พยาบาลต้องแสดงพฤติกรรมที่ต้องการให้นักศึกษาพยาบาลเห็นอย่างชัดเจนเพื่อให้นักศึกษาพยาบาลปฏิบัติตาม¹ เช่น การควบคุมอารมณ์ในสถานการณ์ที่กดดัน การใช้วิธีการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ การตรงต่อเวลา เป็นต้น
2. การสร้างสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่ปลอดภัย (Psychological safety) คือ การสร้างความเชื่อมั่นของนักศึกษาพยาบาลว่า การพูดความจริง การผิดพลาด การถาม หรือการขอความช่วยเหลือสามารถทำได้โดยไม่ถูกตำหนิ^{22 21} โดยการกำหนดบรรทัดฐานการสื่อสารที่เคารพ และข้อตกลงที่ไม่ตำหนิเมื่อผิดพลาด เพื่อให้การถาม การได้ลอง การปรับตัว และการขอความช่วยเหลือเป็นพฤติกรรมปกติในชั้นเรียน^{23 22}
3. การเสริมสมรรถนะกำกับอารมณ์โดยการฝึกสติบำบัด คือ การสังเกตลมหายใจ-เข้าออกตามธรรมชาติ ใช้เวลา 1-3 นาทีต่อครั้ง ก่อนหรือหลังคาบเรียน เพื่อเพิ่มการรับรู้ตนเองของนักศึกษาพยาบาล ลดความคิดหมกมุ่นและพร้อมที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่^{18 23}
4. การสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยต้องส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ทางสังคมและอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล และสร้างเครือข่ายความร่วมมือที่เข้มแข็งระหว่างสถาบันการศึกษาและชุมชน⁶
5. การนิเทศแบบการโค้ชที่เกิดขึ้นในบริบทจริง (In-situ coaching) ด้วยกรอบ One-Minute Preceptor (OMP) โดยมีวิธีการดังนี้²⁴ 1) ให้นักศึกษาพยาบาลยืนยันความเห็นหรือแผนที่จะให้การพยาบาลกับผู้ป่วย เพื่อช่วยฝึกการตัดสินใจบนข้อมูลภายใต้ความรับผิดชอบในวิชาชีพ 2) การสอบถามเหตุผลหรือหลักฐานอ้างอิงในการให้การพยาบาล โดยการสะท้อนกรอบคิด ตลอดจนการปรับเปลี่ยนมุมมองเพื่อเผชิญแรงกดดัน 3) สอนหลักการสั้น ๆ เช่น เมื่อต้องเจอญาติผู้ป่วยที่พูดไม่ดี ให้นักศึกษาพยาบาลหายใจแบบรู้ตัว 3 รอบ แล้วจึงสนทนาต่อ เป็นต้น 4) หนุนเสริมสิ่งที่ทำได้ดี โดยการสังเกตพฤติกรรมโดยเฉพาะพฤติกรรมที่ดีที่ถูกต้อง เพื่อเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการคงพฤติกรรมที่ดีไว้ 5) ชี้จุดพัฒนาหรือแก้ไขโดยการชี้จุดพัฒนาอย่างเคารพในตัวนักศึกษาพยาบาล

สรุป

การยกระดับการเรียนรู้ทางสังคมและอารมณ์เป็นยุทธศาสตร์สำคัญของการศึกษาพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยงอย่างนักศึกษาพยาบาล ซึ่งต้องเผชิญทั้งแรงกดดันทางการเรียน



ในภาคทฤษฎี การฝึกปฏิบัติทางคลินิกและปัจจัยส่วนบุคคล โดยกรอบแนวคิดของ CASEL ชี้ให้เห็นถึงองค์ประกอบ 5 ด้านที่บูรณาการได้จริงในหลักสูตร โดยเฉพาะด้านการจัดการตนเอง (Self-Management) ที่ทำงานผ่านกลไกกำกับอารมณ์ ได้แก่ 1) การปรับเปลี่ยนมุมมองความคิดที่ลดความคิดหมกมุ่นและอาการซึมเศร้า 2) ประสิทธิภาพทางอารมณ์ในการควบคุมตนเอง ในฐานะตัวกลางการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรม และ 3) การมีสติที่มีหลักฐานเชิงสังเคราะห์ในนักศึกษาพยาบาลว่าช่วยลดซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียด ขณะเดียวกันมิติด้านการตระหนักรู้ทางสังคม (Social Awareness) และมิติด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Relationship Skills) ช่วยหนุนเสริมความยืดหยุ่นทางจิตใจ ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และการสนับสนุนทางสังคม ทำหน้าที่เป็นเกราะกำบังเมื่อเกิดความทุกข์ใจเกิดขึ้น เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า

ฉะนั้นการส่งเสริมทักษะการเรียนรู้ทางสังคมและอารมณ์ในนักศึกษาพยาบาล ต้องขับเคลื่อนโดยผ่านบทบาทเชิงรุกของอาจารย์พยาบาล โดยอาจารย์ทำหน้าที่เป็นต้นแบบทำให้นักศึกษาพยาบาลเห็นขั้นตอนการคิด ความรู้สึก การกระทำ และการออกแบบผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านการส่งเสริมทักษะการเรียนรู้ทางสังคมและอารมณ์ให้ชัดเจน ครอบคลุมการกำกับอารมณ์ การสื่อสารเชิงบวก และการตัดสินใจอย่างรับผิดชอบ ควบคู่กับการสร้างพื้นที่ปลอดภัยทางจิตใจที่ยอมรับการถาม และความผิดพลาดอย่างไม่ตำหนิ ควรบูรณาการการฝึกสติและการปรับเปลี่ยนมุมมองความคิดใหม่ก่อนหรือหลังคาบเรียน นอกจากนี้การนิเทศทางคลินิกควรใช้การนิเทศแบบการโค้ชที่เกิดขึ้นในบริบทจริง (In-situ coaching) ด้วยกรอบ One-Minute Preceptor (OMP) เพื่อเชื่อมทักษะการเรียนรู้ทางสังคมและอารมณ์ เข้ากับการตัดสินใจและการสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ แนวทางดังกล่าวทำให้การส่งเสริมทักษะการเรียนรู้ทางสังคมและอารมณ์เป็นสมรรถนะแกนที่หล่อหลอมความพร้อมทางสังคมและอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาลในการเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อดันจากการเรียน การปฏิบัติงานและการใช้ชีวิตประจำวันได้จริงต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Witchayawat W, Srihamart L. Development of a learning management model based on social-emotional learning and social cognitive theory to enhance the social-emotional well-being of pre-service teachers. JIIE. 2025;9(2):128–147. (in Thai)
2. Rajanagarindra Institute for Child Development, Chiang Mai Province, Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Manual for caring for adolescents with depression. Chiang Mai: The institute; 2018. (in Thai)



3. Norasing, N, Kaewkiaw J. Factors associated with depression among nursing students in a specific region of Thailand. JHSP. 2024;4(3): 77–91. (in Thai)
4. Nintachan P, Sangon S, Thaweekoon T. Resilience and depression of people in a community in Prathumthani Province. JPNMH. 2012; 32(2): 84-99. (in Thai)
5. Yodthong S, Sanee N, Chansungnoen J. Stress and coping among nursing students undertaking ward practicum in the Principles and Techniques of Nursing course at Boromarajonani College of Nursing, Trang. In: Proceedings of the 9th Hatyai National and International Conference; 2018 Jul 20; Hat Yai, Thailand. Hat Yai: Hatyai University; 2018. pp.761-772. Available from: <https://www.hu.ac.th/conference/proceedings>. (in Thai)
6. Boontonot K, Wanbancherd W. Developing social-emotional learning skills in students. J. Soc. Stud. Perspect. 2025; 1(2): 62–71. (in Thai)
7. Prothero A. The secret to improving students' social-emotional skills? Start with the adults [Internet]. Education Week. 2020 Oct 23 [cited 2026 May16]. Available from: <https://www.edweek.org/leadership/the-secret-to-improving-students-social-emotional-skills-start-with-the-adults/2020/10>.
8. Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning (CASEL). CASEL's SEL framework: what are the core competence areas and where are they promoted? [Internet]. Chicago (IL): CASEL; [cited 2026 Jun 16]. Available from: <https://casel.org/fundamentals-of-sel/what-is-the-casel-framework>
9. Wongupparaj R, Khayankij S. Guidelines of social and emotional learning to preventing and solving emotional and behavioral problems of preschoolers. J Educ Stud. 2018;19(1):160–73. (in Thai)
10. Institute for Population and Social Research. Thai Health 2022: Thai families in the COVID-19 crisis. 1st ed. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; Thai Health Promotion Foundation; 2022. (in Thai)
11. Wattanasin, D., Chupan, S., & Detchaiyot, P. Social problem-solving and depression among nursing students. Nurs J Minist Public Health. 2019; 29(1): 87–99. (in Thai)



12. Kaewmart N. Koedbangkham J. Nabkasorn C. Factors influencing depression among nursing students of Burapha University. JFONUBUU. 2011; 19(2):84-95. (in Thai)
13. Tantanukul S. Wongsawat P. Stress and Stress Management in Nursing Students. BCNUT J Nurs. 2017; 9(1):81-92. (in Thai)
14. Dallas JC. Puapan S. Vatanasin D. Factors influencing mental health status among nursing students. JFONUBUU. 2015; 23(3): 1-13. (in Thai)
15. Beck AT, Alford BA. Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects. 2nd ed. Philadelphia (PA): University of Pennsylvania Press; 2009
16. Gladstone TR. Beardslee WR. The prevention of depression in children and adolescents: a review. Can. J. Psychiatry. 2009; 54(4):212-21. doi:10.1177/070674370905400402
17. Ye X, Yang G, Zhang W, Toussaint L, Zhao F. Negative life events and depression/anxiety in nursing students: a moderated mediation model of resilience and gender. BMC Nurs. 2025; 24: 58. doi:10.1186/s12912-024-02661-x
18. Chen X, Zhang B, Jin SX. The effects of mindfulness-based interventions on nursing students: a meta-analysis. Nurse Educ Today. 2021; 104:104983. doi: 10.1016/j.nedt.2021.104983
19. Dai Z, Jing S, Wu Y, Chen X, Fu J, Pan C, Tang Q, Wang H, Su X. Long-term effects of an online mindfulness intervention on mental health in Chinese nursing students: a randomized controlled trial follow-up. BMC Public Health. 2025; 25:682. doi:10.1186/s12889-025-21726-3
20. McDermott RC, Fruh SM, Williams S, Hauff C, Graves RJ, Melnyk BM, et al. Nursing students' resilience, depression, well-being, and academic distress: testing a moderated mediation model. J Adv Nurs. 2020;76(12):3385-3397. doi:10.1111/jan.14534
21. Xu T, Zhu P, Ji Q, Wang W, Qian M, Shi G. Psychological distress and academic self-efficacy of nursing undergraduates under the normalization of COVID-19: multiple mediating roles of social support and mindfulness. BMC Med Educ. 2023;23:348. doi:10.1186/s12909-023-04288-z



22. Edmondson A. Psychological safety and learning behavior in work teams. *Adm Sci Q.* 1999;44(2):350-383. doi:10.2307/2666999
23. INACSL Standards Committee. Healthcare Simulation Standards of Best Practice™: the debriefing process. *Clin Simul Nurs.* 2021; 58:27-32. doi: 10.1016/j.ecns. 2021. 08.011
24. Agency for Healthcare Research and Quality. Team STEPPS 3.0 pocket guide [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2023 [cited 2026 May 16]. Available from: <https://www.ahrq.gov/teamstepps/index.html>