



สถาบันพระบรมราชชนก  
Praboromarajchanok Institute

Praboromarajchanok  
Institute

JNAE



# วารสารการพยาบาล และการศึกษา

## Journal of Nursing and Education

ผ่านการรับรองคุณภาพ TCI กลุ่ม 1 (พ.ศ.2568-2572)  
Approved for quality of TCI group 1 (2025-2029)

ลิงค์วารสาร : <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JNAE>

ISSN 2821-9058 (Online)





วารสารการพยาบาลและการศึกษา  
Journal of Nursing and Education  
ปีที่ 18 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2568

### วัตถุประสงค์

วารสารการพยาบาลและการศึกษา เป็นวารสารในกลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ที่อยู่ในฐานข้อมูลของศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เผยแพร่ผลงานวิจัยและบทความวิชาการ ด้านการพยาบาลสาขาต่าง ๆ ด้านการผดุงครรภ์ ด้านการศึกษาพยาบาล ตลอดจนด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และการศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
2. เป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ทางวิชาการของพยาบาล อาจารย์พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพ
3. เสริมสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษาและองค์กรทางสุขภาพ ทั่วประเทศ

### สำนักงาน

อาคารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

อาคาร 4 ชั้น 7 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

E-mail: nursing2551@gmail.com



# วารสารการพยาบาลและการศึกษา

## Journal of Nursing and Education

### ปีที่ 18 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2568

ที่ปรึกษา	กองบรรณาธิการ	
ศาสตราจารย์พิเศษ ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร ศาสตราจารย์ พญ.วนิษา ซีนทองแก้ว	ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย รองศาสตราจารย์ ดร.รัชนี สรรเสริญ รองศาสตราจารย์ ดร.วัน เดชพิชัย รองศาสตราจารย์ ดร.สุลี ทองวิเชียร รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์ รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง รองศาสตราจารย์ ดร.ศศิกันต์ กาละ รองศาสตราจารย์ ดร.กันตพร ยอดไชย รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์ รองศาสตราจารย์ ดร.ทยาดา รัตนภิญโญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วินิภาญจน์ คงสุวรรณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อมลวรรณ วีระธรรมโม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภรีใจ เจริญสุข ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พยงค์ เทพอักษร อาจารย์ ดร.นภชา สิงห์วีระธรรม	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง คณะศึกษาศาสตร์และศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยหาดใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสมเด็จพระเจ้าพระยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สขลบุรี วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ นักวิชาการอิสระ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สงขลา วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สุราษฎร์ธานี นักวิชาการอิสระ (English Language Editor)
บรรณาธิการ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สงขลา	
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา จันทรา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สุราษฎร์ธานี	
กองจัดการ	อาจารย์ ดร.บุญประจักษ์ จันทร์วิน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี นครศรีธรรมราช ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ปฐมามาศ โชติบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สงขลา อาจารย์ณัชชา สังข์ภิญโญ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สงขลา	
กำหนดออก	ปีละ 4 ฉบับ ดังนี้ ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม	
เจ้าของ	สถาบันพระบรมราชชนก	



## บทบรรณาธิการวารสาร

สวัสดีผู้อ่านทุกท่าน

วารสารการพยาบาลและการศึกษา ภายใต้หน่วยงานสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการปรับเปลี่ยนการดำเนินงานอีกครั้งโดยมีการปรับเปลี่ยนบรรณาธิการกองบรรณาธิการ รูปแบบของวารสาร ตลอดจนกระบวนการทำงานเพื่อให้เกิดคุณภาพของวารสารมากขึ้น สามารถรองรับความต้องการในการตีพิมพ์จากบทความที่มีคุณภาพ

วารสารฯ ปีที่ 18 ฉบับที่ 2 (เมษายน – มิถุนายน พ.ศ. 2568) ฉบับนี้ประกอบด้วยบทความวิจัยทั้งหมด 7 เรื่องซึ่งมาจากผู้นิพนธ์หลากหลายหน่วยงานทั้งในและนอกสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ทางบรรณาธิการและกองบรรณาธิการวารสารมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาวารสารให้คุณภาพทั้งในแง่ขององค์ความรู้ใหม่ ระเบียบวิธีการวิจัย ตลอดจนความเข้มข้นของเนื้อหาเพื่อเป็นแหล่งสืบค้นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสาขาการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ อันจะเกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพงานวิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพต่อไป

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ)

บรรณาธิการ

วารสารการพยาบาลและการศึกษา





## สารบัญ

### บทความวิจัย :

- e274679 ประสิทธิภาพการจักระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  
ภายหลังถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดปัตตานี  
*The Effectiveness of Primary Health Care Service Systems Management in  
Subdistrict Health Promotion Hospitals after Task Transfer to Provincial  
Administrative Organization, Pattani Province*  
จุฑามาศ ลินประจักษ์ผล, รุสนา จิตกาหลง
- e271089 สมรรถนะการบริหารหลักสูตรของผู้รับผิดชอบหลักสูตรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการบริหาร  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก  
*The Competency of Curriculum Management of Curriculum Administrators  
Influencing the Quality of Curriculum Administration in the Bachelor of Nursing  
Science Program, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute*  
ทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ, สกุนตลา แซ่เตียว, วรินทร์ลดา จันทวีเมือง
- e272813 การรับรู้การตั้งครรภ์ จิตวิญญาณความเป็นแม่ และการสนับสนุนของครอบครัว  
ในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน  
*Perceptions of Pregnancy, Maternal Spirituality, and Family Support among  
Pregnant Women with Diabetes Mellitus*  
ฐิตารีย์ พันธุ์วิชาติกุล, ศิริกนก กลิ่นขจร, เสาวพฤกษ์ ช่วยยก, สดากาญจน์ เอี่ยมจันทร์ประทีป
- e274888 รูปแบบการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในเรือนจำ  
ของประเทศไทยในอนาคต  
*A Model for Environmental Health Management to Enhance the Quality of Life  
of Inmates in Thailand's Prisons: A Future-Oriented Approach*  
สมหมาย บุญเกลี้ยง, นฤมล พันธุ์ทวีทรัพย์, วิชิต เรืองแป้น
- e272197 ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการจัดการอาการเตือนโรค  
หลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูง  
*The Effects of a Self-Efficacy Enhancing Program on Caregivers' Management  
of Stroke Warning Signs for High-risk Older Persons*  
จิรา ทองหนู้ย, หทัยรัตน์ แสงจันทร์, รัตใจ เวชประสิทธิ์
- e273006 ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อความรู้  
และพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง  
*Effects of a Self - Management Promotion Program using the Line Application  
on Knowledge and Chronic Kidney Disease Prevention Behaviors among Risked  
Patients*  
รัฐกานต์ ขำเขียว, ศนิกานต์ ศรีมณี



## สารบัญ (ต่อ)

### บทความวิจัย :

e274483 สมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทย

*Competency Levels of Nursing Instructors in Thai Private Higher Education  
Institutions of Thailand*

เกศรินทร์ คำมาวงศ์, กาญจนา ศรีสวัสดิ์, ทวีศักดิ์ กลีผล

ประสิทธิผลการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  
ภายหลังจากโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดปัตตานี  
The Effectiveness of Primary Health Care Service Systems Management in  
Subdistrict Health Promotion Hospitals after Task Transfer to  
Provincial Administrative Organization, Pattani Province

จuthamas Sinprajakpol<sup>1\*</sup>, Rusna Jitkalong<sup>1</sup>  
Juthamas Sinprajakpol<sup>1\*</sup>, Rusna Jitkalong

<sup>1</sup>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี

<sup>1</sup>Pattani Provincial Public Health Office

(Received: October 20, 2024; Revised: March 16, 2025; Accepted: March 22, 2025)

### บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้เพื่อศึกษาสถานการณ์ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ การจัดสรรงบประมาณ พัฒนารูปแบบบริการสุขภาพ และประเมินผลระบบการจัดสรรงบและบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ภายหลังจากโอนภารกิจสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดปัตตานี (อบจ.) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ระบบการจัดบริการปฐมภูมิและการจัดสรรเงินค่าใช้จ่าย เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จาก รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจไป อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 และปี 2567 จำนวน 130 แห่ง ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และ อบจ. จำนวน 16 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพและการจัดสรรเงินโดยผ่านคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) และ ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบระบบบริการสุขภาพและการจัดสรรเงิน จากข้อมูลผลการจัดบริการและการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายในปีงบประมาณ 2566 และปี 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน และร้อยละ ผลวิจัยพบว่า

1. รพ.สต. จัดบริการตามข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและ อบจ. มีการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขจัดสรรผ่านคณะกรรมการด้านการจัดสรรงบประมาณ โดยมีการจ่ายตรงจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าร่วมกับคู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิจัดสรรเป็นเวชภัณฑ์ยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ปีงบประมาณ 2566 และปี 2567

2. รูปแบบการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิถูกออกแบบพร้อมกับรูปแบบการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขผู้ป่วยนอก (OP) และ และสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) พบว่าในปี 2566 งบเหมาจ่ายรายหัว OP 7% และ P&P 90% ส่วนในปี 2567 งบเหมาจ่ายรายหัวปรับงบเหมาจ่ายรายหัวคำนวณใหม่ OP 8% และ P&P 85% และ อีก 15 % เป็นกองกลางเพื่อจัดทำกิจกรรม PP รวมกันระหว่าง สสจ และ อบจ.

3. การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) ที่เป็นรายการจ่ายแบบตามผลงานมีผลงานการจัดบริการที่เพิ่มมากขึ้น และมูลค่าการจัดสรรเงินปี 2567 ได้รับการจัดสรรเพิ่มมากขึ้น เท่ากับ 5,621,459.88 บาท มูลค่าการจัดสรรยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาปี 2567 เท่ากับ 265,558.56 บาท

สสจ. และ อบจ. ควรมีการควบคุมกำกับติดตามผลการปฏิบัติงานและการจัดสรรเงินร่วมกันเพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อประชาชน และการจัดสรรเงินที่เหมาะสมต่อการจัดบริการสำหรับประชาชน

**คำสำคัญ:** ประสิทธิภาพ บริการสุขภาพปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนจังหวัด งบประมาณ

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: jutha.sinprajak@hotmail.com)

## Abstract

This research and development project aimed to study the current situation of the primary healthcare service system, budget allocation, the development of healthcare service models, and the evaluation of budget allocation and service systems in Subdistrict Health Promoting Hospitals (SHPHs) after the transfer of responsibilities to the Pattani Provincial Administrative Organization (PAO). The study was conducted in three phases. Phase 1 examined the situation of the primary healthcare service system and budget allocation. A purposive sampling method was used to select 130 SHPHs that transferred their responsibilities to the PAO during fiscal years 2023 and 2024. Data were collected from 16 key informants, including representatives from the Provincial Public Health Office (PPHO) and the PAO, and were analyzed using content analysis. Phase 2 involved developing a healthcare service system and budget allocation model through the Area Health Board (AHB). Phase 3 assessed the effectiveness of the developed healthcare service system and budget allocation model, based on service provision and expenditure data from fiscal years 2023 and 2024. Descriptive statistics, including frequency and percentage, were used for data analysis. Research findings were as follows:

1. In fiscal years 2023 and 2024, Health services in SHPHs were arranged based on the standard healthcare facility data under the National Health Security System which managed by the Ministry of Public Health (MoPH) and the PAO. Moreover, budget allocation was conducted through the Subcommittee on Budget Allocation. Direct payment from National health security office and Support medical and non-medical supplies from Contracting Unit for Primary Care (CUP) were presented for budget allocation.

2. Primary Healthcare Service and Budget Allocation Model: The model was designed to support both OP and P&P services. In 2023, capitation-based budget allocation for OP services accounted for 7%, while 90% was allocated to P&P. In 2024, the capitation budget for OP services was adjusted to 8%, while P&P was reduced to 85%. The remaining 15% was pooled into a central fund to support joint P&P activities between the PPHO and the PAO.

3. Performance- Based Budget Allocation for P&P Services: The implementation of performance-based budgeting resulted in increased healthcare service delivery. In 2024, an additional budget of 5,621,459.88 THB was allocated for P&P services, and 265,558.56 THB was designated for medical and non-medical supplies.

Therefore, it is recommended that the PPHO and PAO collaborate in monitoring and supervising healthcare service performance and budget allocation to prevent adverse effects on the public and ensure appropriate financial distribution for public healthcare services.

**Keywords:** Effectiveness, Primary Healthcare Services, Subdistrict Health Promoting Hospitals, Provincial Administrative Organization, Budget Allocation

## บทนำ

การกระจายอำนาจระบบและกระบวนการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยปฏิรูปความรับผิดชอบและการบริหารจากการบริหารส่วนกลางไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีโอกาสทำให้เกิดผลกระทบทั้งในทางบวกและที่ไม่พึง

ปรารถนา โดยการปกครองส่วนท้องถิ่น (Local Government) เป็นการจัดระเบียบการบริหารของภาครัฐซึ่งดำเนินการตามหลักการกระจายอำนาจ (Decentralization) มีการใช้อำนาจที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน (People Participation) (Office of the Decentralization Commission for Local Administrative Organizations Office of the Permanent Secretary, 2021) โดยเน้นรูปแบบการบริหารจัดการที่ประชาชนร่วมกันบริหารทรัพยากรภายในชุมชนท้องถิ่นของตนเองเพื่อแก้ไขปัญหาของตัวเอง ร่วมกันวางแผนประโยชน์อันพึงมีต่อท้องถิ่นของตนเอง (Cashin, Ankhbayar, Phuong, Jamsran, Nazad, Phuong, et al, 2015) เพื่อให้แก้ไขปัญหาที่สนองตอบความต้องการของประชาชนในพื้นที่

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิของสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข (Health Systems Research Institute, 2009) ที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้อำนาจของกรมการแพทย์ หรือ คู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care: CUP) โดยมีการดำเนินการบริการสาธารณสุขผสมผสาน ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ (Quality and Standard Service Unit Support Office, 2016) รวมทั้งการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม

ประสบการณ์ในการถ่ายโอน รพ.สต. ในประเทศไทยตามแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฉบับที่ 1 คือ เป็นการกระจายอำนาจให้แก่ อบต. ควบคุมไปกับการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศ ต่อมาแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฉบับที่ 2 ได้เปลี่ยนแปลงแนวทางการถ่ายโอน รพ.สต. ให้กับ อบต. โดยตรง ด้านการถ่ายโอนภารกิจโดยพบว่า สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการถ่ายโอนสถานีนอนามัย (รพ.สต. และ สถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี: สอน.) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2565 มี รพ.สต. ถ่ายโอนรวมทั้งสิ้น 84 แห่ง จากจำนวน สอน. และ รพ.สต. 9,878 แห่งทั่วประเทศ และมีการถ่ายโอนไป อบจ. เพิ่มมากขึ้นในปี พ.ศ. 2566 มี รพ.สต. ถ่ายโอนจำนวนทั้งสิ้น 3,263 แห่ง และในปี 2567 อีกจำนวน 933 แห่ง (Uansri, Markchang, Chotchoungchatcha, Onthong, Panapong, & Pattanasiri, 2024) จะเห็นได้ว่าการบังคับใช้กฎหมายและการนำนโยบายไปปฏิบัติไม่ได้เป็นไปตามขั้นตอนการตรากฎหมายและกำหนดนโยบาย และจากการถ่ายโอนที่ผ่านมาพบปัญหาความท้าทายของการดำเนินการหลายด้านที่ทำให้ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ซึ่งอาจเกิดขึ้นทั่วไปและเกิดขึ้นในบางพื้นที่ (Sudhipongpracha, Choksettakij, Phuripongthanawat, Kittayasophon, Satthatham, & Onphothong, 2021) อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงในการบริหารจัดการทรัพยากร ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Singweratham, Phodha, Techakehakij, Siewchaisakul, Bunpean, & Chautrakarn, 2024) ที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน

จังหวัดปัตตานีอยู่ในเขตสุขภาพที่ 12 ที่มีการถ่ายโอนภารกิจของ รพ.สต. ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) มี รพ.สต. จำนวนทั้งสิ้น 130 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 100.00 โดยแบ่งการถ่ายโอนเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 ปี 2566 ถ่ายโอน จำนวน 32 แห่ง ร้อยละ 24.61 ระยะที่ 2 ในปี 2567 ถ่ายโอน จำนวน 98 แห่ง โดยในระยะที่ 1 พบผลการดำเนินงานการให้บริการตามระบบบริการปฐมภูมิหลายบริการลดลงจากปี 2565 เช่น การให้บริการรักษาโรคเบื้องต้นลดลงร้อยละ 4.13 ,ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐานในเด็กอายุ 1 ปีแรก (วัคซีน BCG,HB,IPV,DPT-HB3.OPV3 และ MMR1) ลดลงร้อยละ 17.29 ซึ่งเป็นไปทิศทางเดียวกับการถ่ายโอนก่อนปี 2563 (Sudhipongpracha, 2021) และผลการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ให้แก่ อบจ. ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (Sriratanaban, Singweratham, Komwong, & Maneechay, 2023) จากการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการบริหารจัดการทางด้านทรัพยากรโดยเฉพาะการจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วมกับการบริหารเวชภัณฑ์ยา และเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ถือเป็นหัวใจหลักสำคัญในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Singweratham, Phodha, Techakehakij, Siewchaisakul, Bunpean, & Chautrakarn, 2024) เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการให้บริการสุขภาพ และเปลี่ยนแปลงระบบบริการสุขภาพ (Cashin, Ankhbayar,

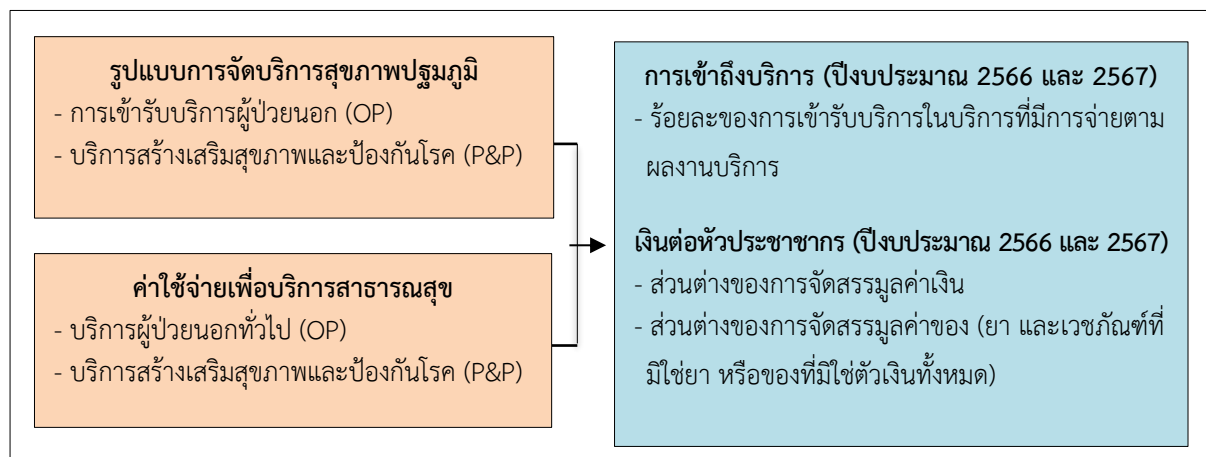
Phuong, Jamsran, Nazad, Phuong, et al, 2015) จากการศึกษาที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาการบริหารจัดการในรูปแบบของจังหวัด ที่เป็นการถ่ายโอนไป อบจ. โดยการบริหารจัดการจะขึ้นอยู่กับคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ซึ่งแตกต่างจากการถ่ายโอนที่ผ่านมา ดังนั้น การศึกษานี้มุ่งเน้นการศึกษาสถานการณ์ระบบการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิและการจัดสรรงบประมาณบริการสาธารณสุข รวมถึงการพัฒนาารูปแบบระบบบริการปฐมภูมิและการจัดสรรงบประมาณบริการสาธารณสุข ตลอดจนประเมินประสิทธิผลของระบบบริการและการจัดสรรงบประมาณของ รพ.สต. ภายหลังจากถ่ายโอนภารกิจสู่ อบจ. ทั้งนี้ เพื่อพัฒนาข้อเสนอสำหรับการจัดบริการปฐมภูมิและการจัดสรรงบประมาณของ รพ.สต. หลังการถ่ายโอนภารกิจสู่ อบจ. เป็นต้นไป ให้เกิดความเสมอภาค เท่าเทียม และเป็นธรรมต่อการให้บริการสุขภาพสำหรับประชาชน

### วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ระบบการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิและการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายหลังจากถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดปัตตานี
2. พัฒนารูปแบบระบบการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิและการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายหลังจากถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดปัตตานี
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลระบบการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิและการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายหลังจากถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดปัตตานี

### กรอบแนวคิดวิจัย

กรอบแนวคิดของการศึกษานี้ ศึกษากระบวนการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิและการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของ รพ.สต. ถ่ายโอนไป อบจ. ระหว่างปีงบประมาณ 2566 และปี 2567 และประสิทธิผลการรับบริการจ่ายตามผลงานบริการ และ มูลค่าการจัดสรรเงินและของในการจัดสรรงบต่อหัวประชากร ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและการพัฒนา (Research and Development) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน  
 ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ระบบการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิและการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของ รพ.สต. ภายหลังจากถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อบจ. ปัตตานี เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)



### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

คู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ และ สอน. และ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไป อบจ. ปัตตานีปีงบประมาณ 2566 และ 2567 จำนวน 130 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ให้ข้อมูล (Informant) คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบการบริหารจัดการเงินค่าใช้จ่ายการจัดการบริการสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) จำนวน 4 คน อบจ. จำนวน 4 คน คู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ จำนวน 4 คน และ ผู้อำนวยการ สอน. และ รพ.สต. จำนวน 4 คน รวม 16 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์แบบปลายเปิดและกึ่งมีโครงสร้าง (Open Ended and Semi – Structured Questionnaire) ประเด็นสถานการณ์ รูปแบบการบริหารแหล่งค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขที่ได้รับจัดสรรจาก CUP การจัดสรรตรงจาก สปสช. และแหล่งค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขอื่น ๆ เพื่อการจัดบริการสาธารณสุขที่ รพ.สต. หลังการถ่ายโอนปีงบประมาณ 2566 และปี 2567

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยถือเกณฑ์ความสอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นจึงนำผลมาพิจารณาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) โดยคัดเลือกคำถามที่มีค่าดัชนี IOC ระหว่าง .67 - 1.00 ก่อนนำไปทดลองใช้กลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน เพื่อความเข้าใจในคำถามที่ตรงกัน ก่อนนำไปสัมภาษณ์จริง

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานติดต่อผู้เกี่ยวข้อง
2. เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการประชุมกลุ่มระดมสมอง โดยทีมวิจัยที่ผ่านการซักซ้อมความเข้าใจถึงประเด็นคำถามให้มีความเข้าใจตรงกัน ผู้วิจัยเริ่มการสัมภาษณ์ โดยแนะนำตัวเองและหน่วยงาน อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตจัดบันทึกและบันทึกเสียงการสนทนา
3. หลังการสัมภาษณ์ให้ถอดเทปทุกคำพูด รวบรวมข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ จัดหมวดหมู่ และวิเคราะห์ข้อมูล
4. กรณีที่ได้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างไม่ชัดเจน หรือไม่ครบถ้วน จะมีการเก็บข้อมูลซ้ำในกลุ่มตัวอย่างรายเดิม เพื่อให้ข้อมูลที่ครบถ้วน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

สถานการณ์และเปรียบเทียบงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรค่าใช้จ่ายการจัดการบริการสาธารณสุขให้กับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไป อบจ. (ก่อนและหลังการถ่ายโอน) นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากการจัดบันทึกและการถอดเทปมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ประกอบด้วย 1) การจัดแฟ้ม 2) การลงรหัสข้อมูลเพื่อจัดหมวดหมู่ 3) การจัดประเภทของข้อมูล 4) การพัฒนาและการสร้างหมวดหมู่และแยกประเภทเป็นหัวข้อย่อย 5) การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ 6) การตรวจสอบความถูกต้อง โดยนำข้อมูลที่วิเคราะห์แล้วมาตรวจสอบซ้ำเพื่อให้เกิดความถูกต้องของข้อมูล และ 7) การสรุปรายงานการวิจัย และมีการนำเสนอผลการวิจัยเป็นลักษณะพรรณนา (Descriptive Explanation)

2. พัฒนารูปแบบระบบการจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิและการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของ รพ.สต. ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อบจ. ปัตตานี

1. ผู้วิจัยศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์เอกสารจากงานวิจัยที่เกี่ยวกับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการศึกษาข้อตกลง (MOU) การจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิและการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปภารกิจให้แก่ อบจ.



2. เข้าร่วมประชุมแบบมีส่วนร่วมในการประชุม กสพ. ของจังหวัดปัตตานีในการประชุมการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายหลังจากถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อบจ. ปัตตานี หลังการถ่ายโอนปีงบประมาณ 2566 และปี 2567 โดยมีการนำเสนอรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษาค้นคว้า เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงการจัดสรรงบประมาณและระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิให้เกิดความเท่าเทียมและเป็นธรรมต่อประชาชนในพื้นที่

3. ศึกษาประสิทธิผลระบบการสุขภาพจัดบริการปฐมภูมิและการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของ รพ.สต. ภายหลังจากถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อบจ. ปัตตานี เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Study)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและผลการจัดบริการของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไป อบจ. ปัตตานี ปีงบประมาณ 2566 และ 2567 จำนวน 32 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย

1. ผลการจัดบริการของ รพ.สต. ที่สอดคล้องกับค่าใช้จ่ายเพื่อสาธารณสุขบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) แบบจ่ายตามผลงาน (Fee schedule) จากฐานข้อมูลของระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข (ผลงานบริการจากระบบ 43 แห่ง) ปีงบประมาณ 2566 และ 2567

2. จัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประกอบด้วย ผู้ป่วยนอกทั่วไป (OP) และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P)

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลจากฐานข้อมูลของระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข คัดลอกและบันทึกข้อมูลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการ

2. แบบบันทึกข้อมูลการค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขที่ได้รับจัดสรรจาก CUP การจัดสรรตรงจาก สปสช. และแหล่งค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขอื่น ๆ เพื่อการจัดบริการสาธารณสุขที่ รพ.สต. ทั้งที่เป็นตัวเงินและมีใช้ตัวเงินแยกตามประเภทเวชภัณฑ์

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยถือเกณฑ์ความสอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นจึงนำผลมาพิจารณาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) โดยคัดเลือกคำถามที่มีค่าดัชนี IOC ระหว่าง .67 - 1.00

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

จัดทำหนังสือถึงหัวหน้าหน่วยงานเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล วางแผนการเก็บข้อมูลและประชุมชี้แจงผู้ประสานงานในพื้นที่เพื่อกำหนดวันเวลาในการเก็บข้อมูล และดำเนินการเก็บข้อมูลตามแบบบันทึกที่จัดเตรียมไว้

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลการจัดสรรค่าใช้จ่ายการจัดบริการสาธารณสุขและผลการจัดบริการของ รพ.สต. นำเสนอข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) และนำเสนอด้วยจำนวนและร้อยละ

#### จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี เอกสารรับรอง RECPTN No.003/67 ลงวันที่ 20 มีนาคม 2567

## ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ระบบการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิและการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของ รพ.สต. ภายหลังจากถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อบจ. ปัตตานี

1.1 ลักษณะการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี จัดสรรงบประมาณจ่ายรายหัวสำหรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขบริการสาธารณสุข OP และ P&P โดย กสพ. ของจังหวัดปัตตานี ผ่านคณะอนุกรรมการด้านการจัดสรรงบประมาณและเบิกจ่ายตรงซึ่งเป็นคณะอนุกรรมการย่อยของคณะอนุกรรมการสุขภาพด้านสาธารณสุข ที่มีตัวแทนจาก โรงพยาบาล สสจ. รพ.สต. ถ่ายโอน อบจ. เทศบาล และ สปสช. มีปลัด อบจ. เป็นประธาน มีตัวแทน รพ.สต. ถ่ายโอนเป็นเลขา เพื่อจัดทำร่างข้อเสนอในการจัดสรรงบประมาณจ่ายรายหัว OP และ P&P ประกอบด้วยรายละเอียดการชำระหนี้ระหว่างกัน การสนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆ เพื่อเสนอร่างข้อเสนอดังกล่าวต่อ กสพ. พิจารณาต่อไป โดยพบว่าหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ให้แก่ อบจ. CUP ยุติการจัดสรรเป็นมูลค่าของเงินและครุภัณฑ์ตามผลงานการจัดบริการ ในส่วนเวชภัณฑ์ยา เวชภัณฑ์มีโซยา ยังได้รับจัดสรรเหมือนเดิมจาก CUP รายละเอียดตาราง 1

**ตาราง 1** ลักษณะการจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขระหว่าง CUP ให้กับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนระหว่างปี 2566 และ 2567

ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข	ถ่ายโอนปี พ.ศ. 2566				ถ่ายโอนปี พ.ศ. 2567			
	เงิน	เวชภัณฑ์	เวชภัณฑ์มีโซยา	ครุภัณฑ์	เงิน	เวชภัณฑ์	เวชภัณฑ์มีโซยา	ครุภัณฑ์
1 ผู้ป่วยนอก (OP)	-	+	+	-	-	+	+	-
2 P&P แบบจ่ายตามผลงาน (Fee schedule)	-	+	+	-	-	+	+	-
3 P&P แบบเหมาบริการ (เหมาจ่ายรายหัว)	-	+	+	-	-	+	+	-
4 P&P แบบรายบริการ (Workload)	-	+	+	-	-	+	+	-

หมายเหตุ: + = จัดสรร, - = ไม่จัดสรร

2. รูปแบบระบบการจัดบริการปฐมภูมิและการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของ รพ.สต. ภายหลังจากถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อบจ. ปัตตานี

2.1 การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายหลังจากถ่ายโอน การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิของ รพ.สต. ภายหลังจากถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อบจ. พบว่าจัดบริการตามข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Contracting Provider Profile: CPP) เป็นจัดบริการระดับปฐมภูมির่วมกัน CUP สธ. กับ อบจ. ในทั้งปีงบประมาณ 2566 และปี 2567 โดยที่ลักษณะการจัดบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ไม่มีการตามจ่ายระหว่าง อบจ. และ สธ. รายละเอียดตาราง 2

**ตาราง 2** ลักษณะการจัดบริการระหว่างปีงบประมาณ 2566 และปี 2567

ลักษณะบริการ	พ.ศ. 2566	พ.ศ. 2567
1 ผู้ป่วยนอกทั่วไป (OP)	จัดบริการตามข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Contracting Provider Profile : CPP) โดยไม่มีการตามจ่าย	จัดบริการตามข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Contracting Provider Profile : CPP) โดยไม่มีการตามจ่าย
2 P&P แบบจ่ายตามผลงาน (Fee Schedule) P&P แบบเหมาบริการ (เหมาจ่ายรายหัว) P&P แบบรายบริการ (Workload)	จัดบริการตามข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Contracting Provider Profile: CPP) หรือตามการจัดบริการจริง ตามข้อตกลงตาม MOU	จัดบริการตามข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Contracting Provider Profile: CPP) หรือตามการจัดบริการจริง ตามข้อตกลงตาม MOU

รูปแบบการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขผู้ป่วยนอกทั่วไป (OP) และสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค (P&P) พบว่าในปี 2566 งบเหมาจ่ายรายหัว OP 7% และ P&P 90% ส่วนในปี 2567 งบเหมาจ่ายรายหัวปรับงบเหมาจ่ายรายหัว OP 8% และ P&P 85% และ อีก 15 % เป็นกองกลางเพื่อจัดทำกิจกรรม PP รวมกันระหว่าง หน่วยบริการของ อบจ. และหน่วยบริการกระทรวงสาธารณสุข ส่วนการสนับสนุนยา เวชภัณฑ์มีใช้ยา วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ และวัสดุทันตกรรม ในปี 2566 จัดสรรตามปริมาณการใช้โดยคู่อัตรการใช้ยา แต่ไม่เข้มงวด สามารถเบิกฉุกเฉินได้ในกรณีที่ไม่เพียงพอ และเพิ่มในปี 2567 มีการจัดตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดระดับอำเภอ (Pharmaceutical Therapeutic Committee: PTC) โดยมี รพ.สต. ถ่ายโอนที่ได้รับมอบหมายร่วมเป็นคณะกรรมการ รายละเอียดตาราง 3

ตาราง 3 ลักษณะการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขระหว่างปีงบประมาณ 2566 และปี 2567

ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข	พ.ศ. 2566		พ.ศ. 2567	
	เงิน	ยา,เวชภัณฑ์มีใช้ยา,วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์, วัสดุทันตกรรม	เงิน	ยา,เวชภัณฑ์มีใช้ยา,วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์, วัสดุทันตกรรม
ประเภท				
1	ผู้ป่วยนอกทั่วไป (OP)	งบเหมาจ่ายรายหัว OP 7%	จัดสรรตามปริมาณการใช้โดยคู่อัตรการใช้ยา แต่ไม่เข้มงวด สามารถเบิกฉุกเฉินได้ในกรณีที่ไม่เพียงพอ	จัดสรรตามปริมาณการใช้โดยคู่อัตรการใช้ยา แต่ไม่เข้มงวด สามารถเบิกฉุกเฉินได้ในกรณีที่ไม่เพียงพอ มีการจัดตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดระดับอำเภอ (Pharmaceutical therapeutic Committee: PTC) มีรพ.สต. ถ่ายโอนที่ได้รับมอบหมายร่วมเป็นคณะกรรมการ
2	P&P แบบจ่ายตามผลงาน (Fee Schedule)	จัดสรรตามผลงาน 100% ตามศักยภาพตามข้อตกลง ผ่าน E- claim	จัดสรรตามผลงาน 100% ตามศักยภาพตามข้อตกลง ผ่าน E- claim	
3	P&P แบบเหมาบริการ (เหมาจ่ายรายหัว)	งบเหมาจ่ายรายหัว P&P จัดสรร 90%	จัดสรรตามปริมาณการใช้โดยคู่อัตรการใช้ยา แต่ไม่เข้มงวด สามารถเบิกฉุกเฉินได้ในกรณีที่ไม่เพียงพอ	จัดสรรตามปริมาณการใช้โดยคู่อัตรการใช้ยา แต่ไม่เข้มงวด สามารถเบิกฉุกเฉินได้ในกรณีที่ไม่เพียงพอ มีการจัดตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดระดับอำเภอ (Pharmaceutical therapeutic Committee: PTC) มีรพ.สต. ถ่ายโอนที่ได้รับมอบหมายร่วมเป็นคณะกรรมการ
4	P&P แบบรายบริการ (Workload)		จัดสรรตามปริมาณการใช้โดยคู่อัตรการใช้ยา แต่ไม่เข้มงวด สามารถเบิกฉุกเฉินได้ในกรณีที่ไม่เพียงพอ	จัดสรรตามปริมาณการใช้โดยคู่อัตรการใช้ยา แต่ไม่เข้มงวด สามารถเบิกฉุกเฉินได้ในกรณีที่ไม่เพียงพอ มีการจัดตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดระดับอำเภอ (Pharmaceutical therapeutic Committee: PTC) มีรพ.สต. ถ่ายโอนที่ได้รับมอบหมายร่วมเป็นคณะกรรมการ

3. ประสิทธิภาพระบบการจัดบริการปฐมภูมิและการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายของ รพ.สต. ภายหลังจากถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อบจ. ปีตตามนี้

3.1 ประสิทธิภาพการจัดบริการสาธารณสุข บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) ที่เป็นรายการจ่ายแบบตามผลงาน (Fee Schedule) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างปี 2566 และ 2567 พบว่ามีผลงานการจัดบริการที่เพิ่มมากขึ้นในทุกกิจกรรมบริการ ดังตาราง 4

ตาราง 4 การเปรียบเทียบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P)

บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P)	พ.ศ. 2566			พ.ศ. 2567		
	เป้าหมาย	คัดกรอง	ร้อยละ	เป้าหมาย	คัดกรอง	ร้อยละ
หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแล	1,750	1,213	73.69	1,622	1,212	73.76
ความครอบคลุมการได้รับวัคซีน	1,867	772	35.57	2,048	827	39.91
คัดกรอง 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเบาหวาน	61,512	47,303	82.47	62,772	49,779	94.74
คัดกรอง 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเบาหวานความดันโลหิตสูง	53,820	41,517	82.86	54,902	44,582	83.88

3.2 ประสิทธิภาพการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข มูลค่าการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขปี 2566 เท่ากับ 12,917,469.43 บาท และ ปี 2567 เท่ากับ 18,538,929.31 บาท พบว่าได้รับการจัดสรรเพิ่มมากขึ้น เท่ากับ 5,621,459.88 บาท แต่ CUP ปีตตามนี้มีการจัดสรรปี 2566 มากกว่าปี 2567 อยู่ 697,788.86 บาท ดังตาราง 4

ตาราง 4 มูลค่าการจัดสรรเงินของค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขระหว่างปีงบประมาณ 2566 และปี 2567

ที่	CUP	ถ่ายโอนปี พ.ศ. 2566			ถ่ายโอนปี พ.ศ. 2567			ส่วนต่าง
		OP	PP	รวม	OP	PP	รวม	
1	ปัตตานี	772,609.15	1,806,099.29	2,578,708.44	597,210.50	1,283,709.08	1,880,919.58	-697,788.86
2	โคกโพธิ์	195,397.19	455,513.82	650,911.01	301,798.80	646,737.51	948,536.31	297,625.30
3	หนองจิก	272,240.53	636,406.44	908,646.97	464,877.51	1,003,183.78	1,468,061.30	559,414.33
4	ปะนาเระ	188,389.30	440,390.58	628,779.88	346,162.89	746,728.54	1,092,891.43	464,111.55
5	มายอ	283,348.90	662,374.05	945,722.95	624,261.48	1,343,215.32	1,967,476.80	1,021,753.85
6	ทุ่งยางแดง	175,689.05	410,701.67	586,390.72	282,033.13	602,245.16	884,278.29	297,887.57
7	ไม้แก่น	93,834.04	219,352.29	313,186.33	148,312.22	313,454.81	461,767.03	148,580.70
8	ยะหริ่ง	552,631.06	1,291,864.82	1,844,495.88	915,236.88	1,965,080.61	2,880,317.50	1,035,821.62
9	ยะรัง	537,540.17	1,216,924.48	1,754,464.65	945,908.20	2,035,456.46	2,981,364.66	1,226,900.01
10	แม่ลาน	217,948.10	509,489.06	727,437.16	354,660.33	753,836.18	1,108,496.51	381,059.35
11	สายบุรี	392,774.50	918,174.16	1,310,948.66	590,176.80	1,271,129.54	1,861,306.33	550,357.67
12	กะพ้อ	200,073.20	467,703.58	667,776.78	321,333.77	682,179.81	1,003,513.58	335,736.80
	รวม	3,882,475.19	9,034,994.24	12,917,469.43	5,891,972.51	12,646,956.80	18,538,929.31	5,621,459.88

มูลค่าการจัดสรรยาและเวชภัณฑ์ที่มีอายุของค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขปี 2566 รวมเท่ากับ 8,787,709.05 บาท และ ปี 2567 รวมเท่ากับ 8,973,267.61 บาท พบว่าได้รับการจัดสรรเพิ่มมากขึ้น 265,558.56 บาท ทั้งนี้มีการจัดสรรปี 2566 มากกว่าปี 2567 ใน CUP ปะนาเระ ไม้แก่น ยะหริ่ง ยะรัง แม่ลาน สายบุรี และ กระพ้อ ดังตาราง 5

ตาราง 5 มูลค่าการจัดสรรยาและเวชภัณฑ์ที่มีอายุของค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขระหว่างปีงบประมาณ 2566 และปี 2567

ที่	CUP	ถ่ายโอนปี พ.ศ. 2566			ถ่ายโอนปี พ.ศ. 2567			ส่วนต่าง
		ยา	ค่าเวชภัณฑ์และวัสดุวิทยาศาสตร์	รวม	ยา	ค่าเวชภัณฑ์และวัสดุวิทยาศาสตร์	รวม	
1	ปัตตานี	681,966.31	854,881.20	1,536,847.51	1,033,508.24	828,221.50	1,861,729.74	324,882.23
2	โคกโพธิ์	336,975.45	178,397.86	515,373.31	394,239.77	188,159.17	582,398.94	67,025.63
3	หนองจิก	428,043.86	182,829.05	610,872.91	667,902.56	304,671.77	972,574.33	361,701.42
4	ปะนาเระ	607,525.70	144,761.76	752,287.46	599,052.10	127,710.00	726,762.10	-25,525.36
5	มายอ	504,582.79	145,331.25	649,914.04	500,717.02	175,309.82	676,026.84	26,112.80
6	ทุ่งยางแดง	53,361.92	8,443.30	61,805.22	52,325.38	50,118.15	102,443.53	40,638.31
7	ไม้แก่น	111,014.54	56,084.11	167,098.65	113,113.04	20,250.60	133,363.64	-33,735.01
8	ยะหริ่ง	1,153,769.30	409,692.04	1,563,461.34	1,186,414.23	251,444.55	1,437,858.78	-125,602.56
9	ยะรัง	764,777.16	281,224.62	1,046,001.78	669,697.46	345,126.06	1,014,823.52	-31,178.26
10	แม่ลาน	271,696.43	69,207.13	340,903.56	122,237.26	72,033.40	194,270.66	-146,632.90
11	สายบุรี	863,826.15	252,333.52	1,116,159.67	916,946.41	192,917.38	1,109,863.79	-6,295.88
12	กะพ้อ	293,485.81	53,497.79	346,983.60	161,151.74	483,455.22	161,151.74	-185,831.86
	รวม	6,071,025.42	2,636,683.63	8,707,709.05	6,417,305.21	3,039,417.62	8,973,267.61	265,558.56

### การอภิปรายผล

การจัดบริการของ รพ.สต. ภายหลังจากถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อบจ. พบว่าจัดบริการจัดบริการสุขภาพตามข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (CPP) เป็นจัดบริการระดับปฐมภูมิร่วมกัน CUP สธ. กับ อบจ. ที่เป็นศักยภาพของการจัดบริการของ รพ.สต. (Health Systems Research Institute, 2009) โดยที่ลักษณะการจัดบริการผู้ป่วยนอกไม่มีการตามจ่ายระหว่าง อบจ. และ สธ. ซึ่งเป็นไปตามลักษณะของการจัดสรรเงินตามหัวประชากรผู้ป่วยนอก ตามแนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Security Office, 2022) ส่วนในการจัดบริการ P&P นั้น ให้จัดสรรไปตามกิจกรรมที่ขึ้นอยู่กับศักยภาพของแต่ละ รพ.สต. ที่จะสามารถจัดบริการได้ (Quality and Standard Service Unit Support Office, 2016) ยุติการจัดสรรเป็นมูลค่าของเงินและ

ครุภัณฑ์ตามผลงานการจัดบริการจาก CUP แต่มีการจัดสรรเวชภัณฑ์ยา เวชภัณฑ์มีค่าใช้จ่าย ยังได้รับจัดสรรเหมือนเดิม จาก CUP เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการจัดสรรยาและเวชภัณฑ์ที่มีค่าใช้จ่ายในกลุ่ม รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 และปี 2567 (Singweratham, Phodha, Techakehakij, Siewchaisakul, Bunpean, & Chautrakarn, 2024) ทั้งนี้เกิดจากการที่ CUP ไม่พิจารณาจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข เนื่องจากระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการจำกัดขอบเขตการใช้จ่ายเงินบำรุงเฉพาะของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ไม่สามารถสนับสนุนหน่วยบริการอื่นนอกกระทรวงสาธารณสุขได้ (Rutjamathamrong, Singweratham, Techakehakij, Boontiam, Kaewsing, Bunpean, et al., 2022) ซึ่งแตกต่างจากการจัดสรรระหว่าง CUP มี สอน. และ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไป อบจ. ในปี 2551 และ 2555 (Singweratham, Phodha, Techakehakij, Wongyai, Bunpean, & Siewchaisakul, 2024) และ รพ.สต. ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในบริการทางทันตกรรมและภาวะสุขภาพช่องปากของเด็ก ในเขตพื้นที่ภาคเหนือของประเทศไทย (Fuengkajorn, Singweratham, Siewchaisakul, & Wungrath, 2024) โดยการจัดสรรเงินรวมถึงยาและเวชภัณฑ์ที่มีค่าใช้จ่าย ช่วงแรกระยะเปลี่ยนผ่านของการถ่ายโอนภารกิจไป อบจ. ควรทำความเข้าใจกับ CUP เดิมเพื่อความคล่องตัวของการบริหารจัดการและการประหยัดต่อขนาด

การจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ผู้ป่วยนอกทั่วไป (OP) และสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) ดำเนินการผ่านคณะกรรมการด้านการจัดสรรงบประมาณและเบิกจ่ายตรง ซึ่งเป็นคณะกรรมการย่อยของคณะกรรมการสุขภาพด้านสาธารณสุข โดย กสพ. สามารถดำเนินการผ่านคณะกรรมการได้ ตามแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจ สอน. และ รพ.สต. ให้แก่ อบจ. (Office of the Decentralization Commission for Local Administrative Organizations Office of the Permanent Secretary, Office of the Prime Minister, 2021) อีกทั้งยังเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการบริหารจัดการในหลาย ๆ พื้นที่ที่ถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปยัง อบจ. ในปี 2566 ที่ผ่านมา (Singweratham, Phodha, Techakehakij, Siewchaisakul, Bunpean, & Chautrakarn, 2024) โดยการดำเนินการในลักษณะดังกล่าวเป็นไปตามแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนและยังส่งผลต่อการบริหารจัดการอีกด้วย

รูปแบบการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขผู้ป่วยนอก (OP) และสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) พบว่าในปี 2566 งบเหมาจ่ายรายหัว OP 7% และ P&P 90% ส่วนในปี 2567 งบเหมาจ่ายรายหัว OP 8% และ P&P 85% และ อีก 15 % เป็นกองกลางเพื่อจัดทำกิจกรรม PP รวมกันระหว่างหน่วยบริการของ อบจ. และหน่วยบริการกระทรวงสาธารณสุข เป็นไปในทิศทางเดียวกับหลักเกณฑ์การจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของ สปสช. (National Health Security Office, 2022) และตามบริบทของการกระจายอำนาจ โดยให้ กสพ. เข้ามามีบทบาทในการดำเนินการออกแบบรูปแบบบริการปฐมภูมิและการจัดสรรที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ (Office of the Decentralization Commission for Local Administrative Organizations Office of the Permanent Secretary, Office of the Prime Minister, 2021) ที่เกิดการดำเนินงานแบบบูรณาการกับกระทรวงสาธารณสุขและ CUP เดิม (Sudhipongpracha, Choksettakij, Phuripongthanawat, Kittayasophon, Satthatham, & Onphothong, 2021) เพื่อให้ประชาชนได้รับผลกระทบจากการถ่ายโอนน้อยที่สุด

ประสิทธิผลการจัดบริการปฐมภูมิในบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) ที่เป็นรายการจ่ายแบบตามผลงาน (Fee Schedule) เมื่อเปรียบเทียบเทียบระหว่างปีงบประมาณ 2566 และปี 2567 พบว่ามีผลงานการจัดบริการที่เพิ่มมากขึ้นในทุกกิจกรรมบริการ เนื่องจากการจ่ายแบบตามผลงานกระตุ้นให้ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปแล้วปฏิบัติงานเพื่อให้ได้ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่โอนตรงไปยัง รพ.สต. โดยไม่ผ่าน CUP เหมือนตอนที่อยู่กับกระทรวงสาธารณสุข ส่งผลให้การจัดบริการในกลุ่มดังกล่าวมีปริมาณเพิ่มมากขึ้น (Singweratham, Phodha, Techakehakij, Wongyai, Bunpean, & Siewchaisakul, 2024) อีกทั้งยังพบมูลค่าการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขปี 2567 ได้รับการจัดสรรเพิ่มมากขึ้น เท่ากับ 5,621,459.88 บาท มูลค่าการจัดสรรยาและเวชภัณฑ์ที่มีค่าใช้จ่ายของค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขปี 2567 ได้รับการจัดสรรเพิ่มมากขึ้น 265,558.56 บาท ส่งผลให้

เงินต่อหัวประชากรเพิ่มมากขึ้น ทำให้ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปแล้ว น่าจะมีเงินที่เพียงพอต่อการจัดบริการให้กับประชาชน ในระยะแรกของการถ่ายโอน ถึงอย่างไรก็ตาม การจัดสรรเงินที่โอนตรงไปยัง รพ.สต. ต้องมีการควบคุมกำกับติดตาม ผลการดำเนินงานร่วมด้วยเพื่อให้สอดคล้องไปกับเจตนารมณ์ของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและการถ่ายโอนในครั้งนี้

ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลการจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขใน สอน. และ รพ.สต. ที่ถ่ายโอน ครั้งนี้ เป็นการศึกษาช่วงของการเปลี่ยนผ่านของการถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่อาจจะยังไม่สะท้อน ทรัพยากรที่แท้จริงของการจัดบริการ รวมถึงข้อจำกัดของบุคลากรที่ถ่ายโอนมาไม่ครบตามจำนวนเดิมที่เคยมีบุคลากรอยู่ อาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพปฏิบัติงานและผลงานหลังการถ่ายโอน

### การนำผลการศึกษาไปใช้

1. ทราบการจัดสรรค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิให้กับ รพ.สต. ถ่ายโอนเพื่อให้เกิดการบริหารจัดการ เป็นในทิศทางเดียวกัน และไม่เกิดความเหลื่อมล้ำที่จะส่งผลกระทบต่อการจัดบริการสำหรับประชาชน
2. องค์การบริหารส่วนจังหวัดทราบสัดส่วนการจัดสรรตามข้อตกลงในการจัดบริการสาธารณสุขใน รพ.สต. ที่ถ่ายโอน และนำไปใช้ในการพิจารณาจัดสรรงบประมาณให้เกิดความพอเพียงต่อการจัดบริการ
3. องค์การบริหารส่วนจังหวัดเตรียมวางแผนสำหรับการควบคุมกำกับติดตามผลการปฏิบัติงานเพื่อไม่ให้ เกิดผลกระทบต่อประสิทธิภาพหลังการถ่ายโอนและมีข้อมูลสำหรับใช้ในการควบคุมกำกับและติดตาม

### ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในระยะยาวเพื่อดูผลของการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ และการจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขว่ามีความเพียงพอต่อการจัดบริการหรือไม่
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นที่ส่งผลกระทบต่อการจัดบริการร่วมด้วย เช่น จำนวนบุคลากร นวัตกรรมบริการ ที่อาจจะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ

### References

- Cashin, C., Ankhbayar, B., Phuong, H. T., Jamsran, G., Nazad, O., Phuong, N. K., et al. (2015). *Assessing Health Provider Payment Systems: A Practical Guide for Countries Moving toward UHC*. Joint Learning Network for Universal Health Coverage.: Washington DC.
- Fuengkajorn, A., Singweratham, N., Siewchaisakul, P., & Wungrath J., (2024). Comparison of access to dental services and oral health status among children aged 0-12 years between Tumbon health promoting hospital with and without transferred to the local administrative organization in the northern region of Thailand. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 11(2), e268398. (in Thai)
- Health Systems Research Institute. (2009). *Subdistrict Health Promoting Hospital Service Manual*. Nonthaburi. Health Systems Research Institute. (in Thai)
- National Health Security Office. (2022). *Manual of National Health Security Fund Management Fiscal Year 2022*. National health security office: Bangkok. National health security office. (in Thai)
- Office of the Decentralization Commission for Local Administrative Organizations Office of the Permanent Secretary, Office of the Prime Minister. (2021). *Guidelines for Transferring Missions of the Chaloe Phrakiat 60<sup>th</sup> Anniversary Nawaminthachini Health Station and*



- Subdistrict Health Promoting Hospital to the Provincial Administrative Organization.*  
Bangkok: Office of the Permanent Secretary. (in Thai)
- Quality and Standard Service Unit Support Office. (2016). *Service Unit Registration Audit Guideline for Main Contractor Service Unit, Primary Care Service Unit, Coordinate Service Unit.* Bangkok: National Health Security Office. (in Thai)
- Rutjamathamrong, P., Singweratham, N., Techakehakij, W., Boontiam, N., Kaewsing, P., Bunpean, A., et al. (2022). *Development of Management Guideline for the Health Security Funds to Allocate Budget for the District Health Promoting Hospitals Transferred to The Local Administrative Organizations.* Nonthaburi: Health Systems Research Institute. (in Thai)
- Singweratham, N., Phodha, T., Techakehakij, W., Siewchaisakul, P., Bunpean, A., & Chautrakarn, S., (2024). *Unit Cost Study for Health Care Service in Chaloem Phra Kiat 60 Years Nawamin Maharachini Health Center and Tambon Health Promoting Hospital with Transferred to the Provincial Administrative Organizations.* Nonthaburi: Health Systems Research Institute. (in Thai)
- Singweratham, N., Phodha, T., Techakehakij, W., Wongyai, D., Bunpean, A., & Siewchaisakul, P., (2024). A comparison on budget allocation of the national health security fund between contracting unit for primary care and the Tambon health promoting hospitals with and without transferred to the local administrative organizations. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 11(1), e266462.* (in Thai)
- Sriratanaban, J., Singweratham, N., Komwong, D., & Maneechay, M. (2023). Assessment of population health impacts from the transfer of Subdistrict health promoting hospitals to the Provincial administrative organization in 2023: Phase 1 Potential warning signs. *Journal of Health System Research, 18(2), 152-72.* (in Thai)
- Sudhipongpracha, T., Choksettakij, W., Phuripongthanawat, P., Kittayasophon, U., Sathatham, N., & Onphothong, Y. (2021). *Policy Analysis and Policy Design for the Transfer of Subdistrict Health Promotion Hospitals to Provincial Administrative Organizations (PAOs).* Health Systems Research Institute. (in Thai)
- Techakehakij, W., Singweratham, N., & Wongphan, T. (2018). *Unit Cost and Budget Impact of Compulsory Programs for Health Promotion and Disease Prevention in Thailand.* Bangkok: Aksorn graphic and design. (in Thai)
- Uansri, S., Markchang, K., Chotchoungchatcha, S., Onthong, S., Panapong, N., & Pattanasiri T., (2024). The transfer of health facilities to the local government administration: progress and challenges. *Journal of Health System Research, 18(3), 314-330.* (in Thai)



สมรรถนะการบริหารหลักสูตรของผู้รับผิดชอบหลักสูตรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการบริหาร  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก  
The Competency of Curriculum Management of Curriculum Administrators  
Influencing the Quality of Curriculum Administration in the Bachelor of Nursing  
Science Program, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

ทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ<sup>1\*</sup>, สกุนตลา แซ่เตียว<sup>1</sup>, วรินทร์ลดา จันทวีเมือง<sup>1</sup>

Trongrit Thongmeekhaun<sup>1\*</sup>, Sakuntala Saetiauw<sup>1</sup>, Varinlada Juntaveemuang<sup>1</sup>

<sup>1</sup>วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

<sup>1</sup>Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Bachelor of Nursing, Praboromarajchanok Institute

(Received: May 12, 2024; Revised: December 14, 2024; Accepted: January 15, 2025)

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายนี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะการบริหารหลักสูตรของผู้รับผิดชอบหลักสูตรระดับคุณภาพการบริหารหลักสูตร และปัจจัยสมรรถนะการบริหารหลักสูตรของผู้รับผิดชอบหลักสูตรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการบริหารหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับผิดชอบหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาล 30 แห่ง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จำนวน 108 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สมรรถนะการบริหารหลักสูตร และคุณภาพการบริหารหลักสูตร หาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าระหว่าง 0.67 - 1.00 หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามสมรรถนะการบริหารหลักสูตร 6 ด้าน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .87, .88, .84, .93, .94, .90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบทีละขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า

1. ระดับสมรรถนะการบริหารหลักสูตรของผู้รับผิดชอบหลักสูตรโดยรวม อยู่ในระดับดีมาก ( $M = 4.22$ ,  $SD = 0.39$ ) โดยด้านการประกันคุณภาพภายในระดับหลักสูตร มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ( $M = 4.41$ ,  $SD = 0.49$ ) รองลงมาคือ ด้านการพัฒนาหลักสูตร ( $M = 4.30$ ,  $SD = 0.43$ ) ส่วนด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ( $M = 4.08$ ,  $SD = 0.55$ )

2. ระดับคุณภาพการบริหารหลักสูตรโดยรวม อยู่ในระดับดี ( $M = 3.92$ ,  $SD = 0.13$ ) โดยด้านบัณฑิต มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ( $M = 4.58$ ,  $SD = 0.30$ ) รองลงมาคือ ด้านอาจารย์ ( $M = 4.06$ ,  $SD = 0.28$ ) ส่วนด้านนักศึกษา มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ( $M = 3.50$ ,  $SD = 0.67$ )

3. ปัจจัยสมรรถนะการบริหารหลักสูตรของผู้รับผิดชอบหลักสูตรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการบริหารหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก คือ ด้านการพัฒนาหลักสูตร ( $Beta = .305$ ,  $t = 5.552$ ) ด้านการนิเทศการจัดการเรียนรู้ ( $Beta = .285$ ,  $t = 3.048$ ) และด้านการบริหารจัดการการเรียนรู้ ( $Beta = .227$ ,  $t = 2.393$ ) ทั้ง 3 ตัวแปร ร่วมทำนายได้ร้อยละ 20.20 ( $R^2 = .202$ ,  $p\text{-value} < .05$ )

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ควรให้ความสำคัญ ส่งเสริม และพัฒนาสมรรถนะการบริหารหลักสูตรของผู้รับผิดชอบหลักสูตรทั้ง 3 ด้าน ให้สูงขึ้น อย่างเป็นแบบแผน

**คำสำคัญ:** สมรรถนะการบริหารหลักสูตร ผู้รับผิดชอบหลักสูตร คุณภาพการบริหารหลักสูตร หลักสูตรพยาบาล-  
ศาสตรบัณฑิต

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: trongrit2514@gmail.com)

## Abstract

This predictive research aimed to examine: (1) the level of curriculum management competency among curriculum administrators, (2) the quality level of curriculum administration, and (3) the curriculum management competency factors that influence the quality of curriculum administration in the Bachelor of Nursing Science program at the Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute. The sample consisted of 108 curriculum administrators from 30 nursing colleges under the Faculty of Nursing, selected through simple random sampling. The research instruments included questionnaires addressing personal information, curriculum management competency, and curriculum administration quality. The content validity index (CVI) ranged from 0.67 to 1.00. The reliability of the curriculum management competency questionnaire across six dimensions was assessed using Cronbach's alpha, with coefficients of .87, .88, .84, .93, .94, and .90, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis. Research findings revealed that:

1. The overall level of curriculum management competency among curriculum administrators was very high ( $M = 4.22$ ,  $SD = 0.39$ ). The highest-scoring competency was internal quality assurance at the curriculum level ( $M = 4.41$ ,  $SD = 0.49$ ), followed by curriculum development ( $M = 4.30$ ,  $SD = 0.43$ ). The lowest-scoring aspect was the use of information and communication technology ( $M = 4.08$ ,  $SD = 0.55$ ).

2. The overall quality level of curriculum administration was high ( $M = 3.92$ ,  $SD = 0.13$ ). The highest-rated dimension was graduates ( $M = 4.58$ ,  $SD = 0.30$ ), followed by faculty members ( $M = 4.06$ ,  $SD = 0.28$ ), while the lowest-rated was students ( $M = 3.50$ ,  $SD = 0.67$ ).

3. The curriculum management competencies that significantly influenced the quality of curriculum administration included: 1) Curriculum development (Beta = .305,  $t = 5.552$ ), 2) Instructional supervision (Beta = .285,  $t = 3.048$ ), and (3) Learning management (Beta = .227,  $t = 2.393$ ). These three variables collectively explained 20.2% of the variance in curriculum administration quality ( $R^2 = .202$ ,  $p\text{-value} < .05$ ).

It is recommended that the Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, prioritize and systematically promote the development of curriculum management competencies among curriculum administrators—particularly in the areas of curriculum development, instructional supervision, and learning management—to enhance the overall quality of curriculum administration.

**Keywords:** Curriculum Administration Competency, Curriculum Administrator, Curriculum Administration Quality, Bachelor of Nursing Science Program

## บทนำ

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประกอบด้วยวิทยาลัยพยาบาล จำนวน 30 แห่ง ซึ่งตั้งอยู่ตามภูมิภาคต่าง ๆ ทั่วประเทศ มีภารกิจที่สำคัญคือ การจัดการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เพื่อผลิตบัณฑิตสาขาการพยาบาลที่มีคุณภาพ หลักสูตรจึงเป็นหัวใจสำคัญของการจัดการศึกษาดังกล่าว เพราะเปรียบเสมือนเข็มทิศที่ใช้ในการจัดการศึกษา โดยมีผู้รับผิดชอบหลักสูตรเป็นผู้ใช้และบริหารจัดการหลักสูตร เพื่อให้ผู้เรียนเกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ที่มีคุณภาพตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ของหลักสูตรนั้น ๆ (Praboromarajchanok Institute,

2017) ซึ่งวิทยาลัยแต่ละแห่งได้คัดสรรและมีการแต่งตั้งผู้รับผิดชอบหลักสูตร วิทยาลัยละ 5 คน ร่วมกันบริหารหลักสูตรเพื่อให้ผู้เรียนเกิดผลลัพธ์ตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ บรรลุตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิอุดมศึกษาแห่งชาติ และลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ ทั้งนี้การประเมินว่าการบริหารหลักสูตรมีคุณภาพมากน้อยเพียงใด พิจารณาจากผลการประเมินคุณภาพภายใน ตามองค์ประกอบที่สำคัญ 6 ด้าน ได้แก่ 1) การกำกับมาตรฐาน 2) บัณฑิต 3) นักศึกษา 4) อาจารย์ 5) หลักสูตร การเรียนการสอน การประเมินผู้เรียน และ 6) สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ (Office of The Higher Education Commission, 2017) โดยมีคณะกรรมการประเมินคุณภาพการศึกษาภายในระดับหลักสูตรที่แต่งตั้งจากสถาบันพระบรมราชชนก มาประเมินปีละ 1 ครั้ง ซึ่งผลการประเมินคุณภาพภายในระดับหลักสูตรของแต่ละวิทยาลัยที่ผ่านมา ส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับดี (Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, 2020) จึงเห็นได้ว่า การบริหารหลักสูตรเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ที่มีคุณภาพดังกล่าวไม่ใช่เรื่องง่าย ๆ โดยเฉพาะในสถานการณ์ปัจจุบันที่มีความเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านสังคม เศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยีต่าง ๆ รวมทั้งความคาดหวังและความต้องการของสังคมต่อคุณภาพของบัณฑิต จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้รับผิดชอบหลักสูตรจะต้องมีความสามารถและมีสมรรถนะการบริหารหลักสูตร เพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ในการบริหารหลักสูตรบรรลุเป้าหมายตามที่ทุกคนคาดหวัง (Chunaka & Jansila, 2016; Thongmeekhaun, 2019)

สมรรถนะเป็นคุณลักษณะและความสามารถที่มาจากตัวบุคคลที่ซ่อนอยู่ภายในซึ่งสามารถผลักดันให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมการทำงานที่มีความสัมพันธ์ในเชิงเหตุผลและก่อให้เกิดผลลัพธ์สูงสุด ทั้งนี้สมรรถนะมีที่มาจากพื้นฐานความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Skill) วิถีคิด (Self-Concept) คุณลักษณะส่วนบุคคล (Trait) และแรงจูงใจ (Motive) โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) สมรรถนะขั้นพื้นฐาน หมายถึง ความรู้หรือทักษะพื้นฐานที่บุคคลจำเป็นต้องมีในการทำงาน เช่น ความรู้เกี่ยวกับสินค้าที่ตนเองขายอยู่เป็นประจำหรือความสามารถในการอ่าน ซึ่งสมรรถนะเหล่านี้ไม่สามารถทำให้บุคคลมีผลงานที่ดีกว่าผู้อื่นได้ และ 2) สมรรถนะที่ทำให้บุคคลแตกต่างจากผู้อื่น มีผลการทำงานที่สูงกว่ามาตรฐานหรือดีกว่าบุคคลทั่วไป สมรรถนะในกลุ่มนี้มุ่งเน้นที่การใช้ความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะอื่นๆ เพื่อช่วยให้เกิดผลสำเร็จที่ตีเลิศในงาน (McClelland, 1973) สำหรับสมรรถนะการบริหารหลักสูตร เป็นคุณลักษณะและความสามารถของผู้รับผิดชอบหลักสูตรที่ซ่อนอยู่ภายใน ซึ่งสามารถผลักดันให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมด้านการบริหารที่มีความสัมพันธ์ในเชิงเหตุผลและก่อให้เกิดผลลัพธ์สูงสุดในการพัฒนาหลักสูตรและการเรียนการสอน ตั้งแต่การวางแผน การควบคุมคุณภาพ การติดตามประเมินผล และการพัฒนาหลักสูตรให้เกิดคุณภาพ โดยสมรรถนะการบริหารหลักสูตรของผู้รับผิดชอบหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สรุปได้ 6 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการพัฒนาหลักสูตร 2) ด้านการบริหารจัดการการเรียนรู้ 3) ด้านการนิเทศการจัดการเรียนรู้ 4) ด้านการส่งเสริมการวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพการจัดการเรียนรู้ 5) ด้านการประกันคุณภาพภายในระดับหลักสูตร และ 6) ด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (Thongmeekhaun, 2019)

จากการกล่าวข้างต้นและการได้ทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา ยังไม่พบงานวิจัยที่กล่าวถึง ลักษณะสมรรถนะการบริหารหลักสูตรของผู้รับผิดชอบหลักสูตรทั้งในสาขาพยาบาลศาสตรบัณฑิตและสาขาอื่น ๆ ที่ใกล้เคียง โดยเฉพาะงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยด้านสมรรถนะการบริหารหลักสูตรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการบริหารหลักสูตร ผู้วิจัยจึงสนใจเพื่อศึกษาว่าผู้รับผิดชอบหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก มีสมรรถนะการบริหารหลักสูตรอยู่ระดับใดบ้าง และสมรรถนะด้านการบริหารหลักสูตรใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการบริหารหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต โดยผลการวิจัยที่ได้จะนำไปสู่การพัฒนาสมรรถนะการบริหารหลักสูตรของผู้รับผิดชอบหลักสูตรที่มีความจำเพาะเจาะจงมากยิ่งขึ้น เพื่อให้สามารถบริหารหลักสูตรได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ซึ่งจะส่งผลให้ผู้เรียนเกิดผลลัพธ์ตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ และเป็นบัณฑิตที่มีคุณภาพตอบสนองความคาดหวังและความต้องการของสังคมต่อไป

### วัตถุประสงค์วิจัย

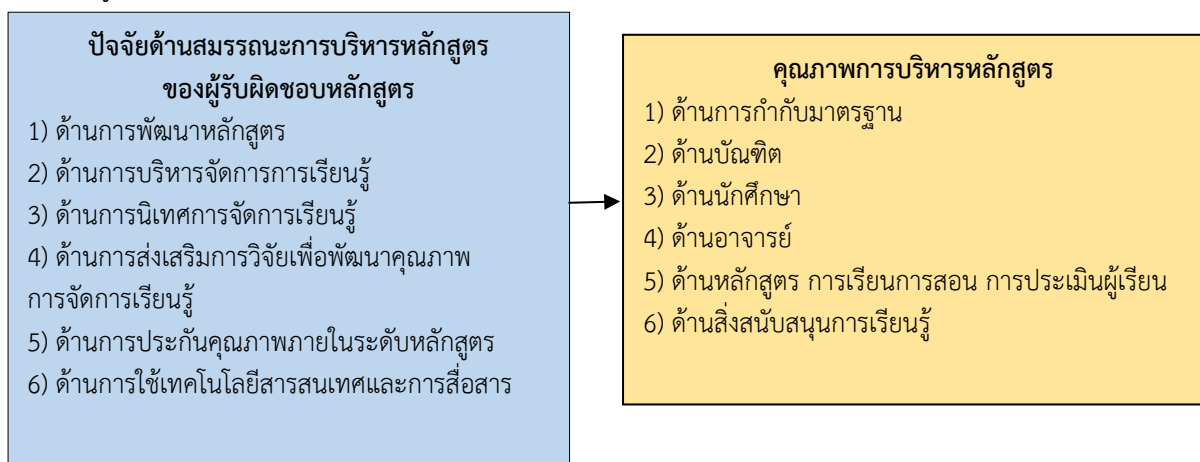
1. เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะการบริหารหลักสูตรของผู้รับผิดชอบหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
2. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพการบริหารหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
3. เพื่อศึกษาปัจจัยสมรรถนะการบริหารหลักสูตรของผู้รับผิดชอบหลักสูตรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการบริหารหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

### สมมติฐานวิจัย

ปัจจัยสมรรถนะการบริหารหลักสูตรด้านการพัฒนาหลักสูตร ด้านการบริหารจัดการการเรียนรู้ ด้านการนิเทศการจัดการเรียนรู้ ด้านการส่งเสริมการวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพการจัดการเรียนรู้ ด้านการประกันคุณภาพภายในระดับหลักสูตร และด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร เป็นปัจจัยที่ร่วมกันทำนายคุณภาพการบริหารหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

### กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยนำกรอบแนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะของ McClelland (1973) ที่กล่าวว่า สมรรถนะทำให้บุคคลมีผลการทำงานที่สูงกว่ามาตรฐานหรือดีกว่าบุคคลทั่วไป ช่วยให้เกิดผลสำเร็จที่ดีเลิศในงาน มาประยุกต์กับสมรรถนะการบริหารหลักสูตรของผู้รับผิดชอบหลักสูตร ได้แก่ 1) ด้านการพัฒนาหลักสูตร 2) ด้านการบริหารจัดการการเรียนรู้ 3) ด้านการนิเทศการจัดการเรียนรู้ 4) ด้านการส่งเสริมการวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพการจัดการเรียนรู้ 5) ด้านการประกันคุณภาพภายในระดับหลักสูตร และ 6) ด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (Thongmeekhaun, 2019) ซึ่งมีผลต่อคุณภาพการบริหารหลักสูตรทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) การกำกับมาตรฐาน 2) บัณฑิต 3) นักศึกษา 4) อาจารย์ 5) หลักสูตร การเรียนการสอน การประเมินผู้เรียน และ 6) สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ (Office of The Higher Education Commission, 2017) นำเสนอ ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นแบบวิจัยเชิงทำนาย (Predictive Research)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นอาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาล 30 แห่ง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จำนวน 150 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นอาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาล 30 แห่ง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก F-test, Statistical test เลือก Linear multiple regression: fix model, R2 deviation from zero กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) เท่ากับ 0.15 (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ .05 และค่า Power เท่ากับ .85 ตัวแปรอิสระ (Number of Predictors) 6 ตัวแปร กลุ่มตัวอย่าง 108 คน เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 11 เพื่อกรณีได้กลุ่มตัวอย่าง ไม่ครบตามจำนวนที่ต้องการ จำนวน 12 คน รวมเป็น 120 คน ดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย จากรายชื่อ ผู้รับผิดชอบหลักสูตรแต่ละวิทยาลัยพยาบาลทั้ง 30 แห่ง ๆ ละ 4 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามสมรรถนะการบริหารหลักสูตรของผู้รับผิดชอบหลักสูตรที่มีอิทธิพล ต่อคุณภาพการบริหารหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ซึ่งผู้วิจัย สร้างขึ้นจากประยุกต์กรอบแนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะ (McClelland, 1973) และวรรณกรรมเกี่ยวกับการบริหาร หลักสูตร (Thongmeekhaun, 2019) แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานด้านการสอน ประสบการณ์การเป็นหัวหน้างาน/ กลุ่มงาน/ รองผู้อำนวยการ ประสบการณ์การเป็นหัวหน้าภาควิชา ระยะการดำรงตำแหน่งผู้รับผิดชอบหลักสูตร และการอบรมเกี่ยวกับการบริหาร/ การพัฒนาหลักสูตร คำถามเป็นแบบ รายการให้ตอบ และเติมคำ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามสมรรถนะการบริหารหลักสูตรของผู้รับผิดชอบหลักสูตร มี 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้าน การพัฒนาหลักสูตร จำนวน 6 ข้อ 2) ด้านการบริหารจัดการการเรียนรู้ จำนวน 6 ข้อ 3) ด้านการนิเทศการจัดการ เรียนรู้ จำนวน 6 ข้อ 4) ด้านการส่งเสริมการวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพการจัดการเรียนรู้ จำนวน 6 ข้อ 5) ด้าน การประกันคุณภาพภายในระดับหลักสูตร และ 6) ด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร จำนวน 6 ข้อ คำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ เท่ากัน ระดับมากที่สุด ให้ 5 คะแนน จนถึง น้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน แปลผลระดับสมรรถนะโดยรวมและรายด้าน โดยนำค่าเฉลี่ยไปเทียบกับเกณฑ์ ดังนี้ (Silpcharu, 2020)

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.00 หมายถึง สมรรถนะการบริหารหลักสูตรระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.01 - 3.00 หมายถึง สมรรถนะการบริหารหลักสูตรระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.01 - 4.00 หมายถึง สมรรถนะการบริหารหลักสูตรระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 4.01 - 5.00 หมายถึง สมรรถนะการบริหารหลักสูตรระดับดีมาก

ตอนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพการบริหารหลักสูตร เป็นค่าคะแนนเฉลี่ยของผลการประเมินคุณภาพของ การบริหารหลักสูตร มี 6 ด้าน ได้แก่ 1) การกำกับมาตรฐาน 2) บัณฑิต 3) นักศึกษา 4) อาจารย์ 5) หลักสูตร การเรียนการสอน การประเมินผู้เรียน และ 6) สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ คำถามเป็นแบบให้เติมตัวเลขคะแนนเฉลี่ย ผลการประเมินคุณภาพของการบริหารหลักสูตรจากผลการประเมินคุณภาพภายในระดับหลักสูตรลงในช่องว่าง แปลผลค่าระดับคุณภาพของการบริหารหลักสูตรโดยรวมและรายด้าน โดยนำค่าเฉลี่ยไปเทียบกับเกณฑ์ ดังนี้ (Office of The Higher Education Commission, 2017) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.00 หมายถึง คุณภาพการบริหารหลักสูตรระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.01 - 3.00 หมายถึง คุณภาพการบริหารหลักสูตรระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.01 - 4.00 หมายถึง คุณภาพการบริหารหลักสูตรระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 4.01 - 5.00 หมายถึง คุณภาพการบริหารหลักสูตรระดับดีมาก



### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านหลักสูตร ด้านการบริหารการศึกษา และด้านการวัดและประเมินผล สาขาละ 1 คน พิจารณาตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่าระหว่าง 0.67 - 1.00 และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

ตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับอาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร วิทยาลัยพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามสมรรถนะการบริหารหลักสูตรของผู้รับผิดชอบหลักสูตร ด้านการพัฒนาหลักสูตร ด้านการบริหารจัดการการเรียนรู้ ด้านการนิเทศการจัดการเรียนรู้ ด้านการส่งเสริมการวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพ การจัดการเรียนรู้ ด้านการประกันคุณภาพภายในระดับหลักสูตร และด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .87, .88, .84, .93, .94, .90 ตามลำดับ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

1. นำหนังสือจากผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล ส่งถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล สถาบันพระบรมราชชนก ทั้ง 30 แห่ง เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยชี้แจงผู้ช่วยผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ให้
3. ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่าง เดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม พ.ศ. 2564 ตามแนวทางการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ตรวจสอบ รวบรวม และจัดส่งแบบสอบถามทั้งหมดคืนกลับผู้วิจัย ทางไปรษณีย์ภายใน 15 วัน หลังเก็บข้อมูลวิจัยเสร็จแล้ว
4. ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบจำนวนและความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถามอีกครั้ง ซึ่งได้แบบสอบถามที่มีข้อมูลสมบูรณ์ 108 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 90.00 จากนั้นนำไปวิเคราะห์ทางสถิติและสรุปผลการวิจัย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ
2. ข้อมูลสมรรถนะการบริหารหลักสูตรของผู้รับผิดชอบหลักสูตร และคุณภาพการบริหารหลักสูตร วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำไปเทียบกับเกณฑ์
3. ข้อมูลปัจจัยด้านสมรรถนะการบริหารหลักสูตรของผู้รับผิดชอบหลักสูตรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการบริหารหลักสูตร วิเคราะห์ด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบที่ละขั้นตอน

ก่อนที่จะวิเคราะห์สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นตามหลักการใช้สถิติดังกล่าว ดังนี้ (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010)

1. ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) โดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov-smirnov test เท่ากับ .08 จึงสรุปได้ว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ( $p\text{-value} > .05$ )
2. ตัวแปรต้นกับตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) โดยพิจารณาจากกราฟ Normal Probability Plot พบว่า ข้อมูลส่วนใหญ่จะอยู่รอบ ๆ เส้นตรง จึงสรุปได้ว่า ลักษณะของข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ และมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง
3. ทดสอบความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนคงที่ที่ต้องมีความเป็นเอกภาพ (Homoscedasticity) และข้อมูลไม่มี Outliers โดยพิจารณาจากกราฟ Scatter Plot พบว่ามีการกระจายของจุดห่างจากเส้นตรงอย่างสมมาตร และอยู่ระหว่าง  $\pm 3$
4. ตัวแปรอิสระแต่ละตัวไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้นสูง (Multicollinearity) โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ( $r$ ) ระหว่าง .23 - .56 จากเกณฑ์ไม่เกิน .85

5. ไม่เกิดปัญหาความคลาดเคลื่อนมีความสัมพันธ์ (Autocorrelation) โดยพิจารณาจากค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.50 จากเกณฑ์ 1.50 - 2.50

### จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา เลขที่ BCNSK 7/2563 ลงวันที่ 16 ธันวาคม 2562 และต่ออายุครั้งที่ 1 ลงวันที่ 17 ธันวาคม 2563

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 93.30 (จำนวน 104 คน) มีอายุระหว่าง 41 - 50 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.93 (จำนวน 55 คน) จบการศึกษาระดับปริญญาโท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 62.96 (จำนวน 68 คน) มีประสบการณ์การทำงานด้านการสอน ระหว่าง 20 - 29 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.48 (จำนวน 61 คน) ไม่มีประสบการณ์การเป็นหัวหน้างาน/ กลุ่มงาน/ รองผู้อำนวยการ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.93 (จำนวน 55 คน) ไม่มีประสบการณ์การเป็นหัวหน้าภาควิชา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.44 (จำนวน 48 คน) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการดำรงตำแหน่งผู้รับผิดชอบหลักสูตร < 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 87.04 (จำนวน 94 คน) และเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหาร/การพัฒนาหลักสูตร คิดเป็นร้อยละ 100 (จำนวน 108 คน)

2. ข้อมูลระดับสมรรถนะการบริหารหลักสูตรของผู้รับผิดชอบหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะการบริหารหลักสูตรของของกลุ่มตัวอย่าง (n = 108)

สมรรถนะการบริหารหลักสูตร	M	SD	ระดับ
1. ด้านการพัฒนาหลักสูตร	4.30	0.43	ดีมาก
2. ด้านการบริหารจัดการการเรียนรู้	4.25	0.41	ดีมาก
3. ด้านการนิเทศการจัดการเรียนรู้	4.11	0.53	ดีมาก
4. ด้านการส่งเสริมการวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพการจัดการเรียนรู้	4.18	0.55	ดีมาก
5. ด้านการประกันคุณภาพภายในระดับหลักสูตร	4.41	0.49	ดีมาก
6. ด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร	4.08	0.55	ดีมาก
โดยรวม	4.22	0.39	ดีมาก

จากตาราง 1 พบว่า ระดับสมรรถนะการบริหารหลักสูตรของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับดีมาก (M = 4.22, SD = 0.39) โดยด้านการประกันคุณภาพภายในระดับหลักสูตร มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (M = 4.41, SD = 0.49) รองลงมาคือ ด้านการพัฒนาหลักสูตร (M = 4.30, SD = 0.43) ส่วนด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (M = 4.08, SD = 0.55)

3. ข้อมูลระดับคุณภาพการบริหารหลักสูตรของผู้รับผิดชอบหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพการบริหารหลักสูตรของของกลุ่มตัวอย่าง (n=108)

คุณภาพการบริหารหลักสูตร	M	SD	ระดับ
1. ด้านการกำกับมาตรฐาน		ผ่าน	
2. ด้านบัณฑิต	4.58	0.30	ดีมาก
3. ด้านนักศึกษา	3.50	0.67	ดี



คุณภาพการบริหารหลักสูตร	M	SD	ระดับ
4. ด้านอาจารย์	4.06	0.28	ดีมาก
5. ด้านหลักสูตร การเรียนการสอน การประเมินผู้เรียน	3.85	0.25	ดี
6. ด้านสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้	4.00	0.00	ดี
โดยรวม	3.92	0.13	ดี

จากตาราง 2 พบว่า ระดับคุณภาพการบริหารหลักสูตรของกลุ่มตัวอย่างโดยรวม อยู่ในระดับดี ( $M = 3.92$ ,  $SD = 0.13$ ) โดยด้านบัณฑิต มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ( $M = 4.58$ ,  $SD = 0.30$ ) รองลงมาคือ ด้านอาจารย์ ( $M = 4.06$ ,  $SD = 0.28$ ) ส่วนด้านนักศึกษา มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ( $M = 3.50$ ,  $SD = 0.67$ )

4. ข้อมูลปัจจัยสมรรถนะการบริหารหลักสูตรของผู้รับผิดชอบหลักสูตรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการบริหารหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยสมรรถนะการบริหารหลักสูตรของผู้รับผิดชอบหลักสูตรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการบริหารหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ( $n = 108$ )

ตัวแปร	B	SE	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	3.658	.110		33.359	< .001
การพัฒนาหลักสูตร	.065	.021	.305	5.552	< .002
การบริหารจัดการการเรียนรู้หลักสูตร	.055	.023	.227	2.393	< .018
การนิเทศการจัดการเรียนรู้หลักสูตร	.050	.016	.285	3.048	< .003

$R = .450$ ,  $R^2 = .202$ ,  $adj.R^2 = .179$ ,  $f = 8.802$ ,  $SE_{est} = .114$ ,  $p-value = <.05$

จากตาราง 3 พบว่า ปัจจัยสมรรถนะการบริหารหลักสูตรของผู้รับผิดชอบหลักสูตรสามารถทำนายคุณภาพการบริหารหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก หรือเป็นตัวแปรสมรรถนะการบริหารหลักสูตรที่เข้าสู่สมการทำนาย คือ ด้านการพัฒนาหลักสูตร โดยเป็นปัจจัยที่ส่งต่อคุณภาพการบริหารหลักสูตร มากที่สุด ( $Beta = .305$ ,  $t = 5.552$ ) รองลงมา คือ ด้านการนิเทศการจัดการเรียนรู้ ( $Beta = .285$ ,  $t = 3.048$ ) และด้านการบริหารจัดการการเรียนรู้ ( $Beta = .227$ ,  $t = 2.393$ ) โดยทั้ง 3 ตัวแปร ร่วมทำนายคุณภาพการบริหารหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนกได้ ร้อยละ 20.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ( $R^2 = .202$ ,  $p-value <.05$ ) และมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนาย .114 สามารถเขียนสมการพยากรณ์คุณภาพหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ได้ดังนี้

สมการในรูปคะแนนดิบ

$$= 3.658 + .065(\text{การพัฒนาหลักสูตร}) + .055(\text{การบริหารจัดการการเรียนรู้}) + .050(\text{การนิเทศการจัดการเรียนรู้})$$

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$= .305(\text{การพัฒนาหลักสูตร}) + .285(\text{การนิเทศการจัดการเรียนรู้}) + .227(\text{การบริหารจัดการการเรียนรู้})$$

### การอภิปรายผล

1. ระดับสมรรถนะการบริหารหลักสูตรของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับดีมาก โดยด้านการประกันคุณภาพภายในระดับหลักสูตร มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาคือ ด้านการพัฒนาหลักสูตร ส่วนด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด อธิบายได้ว่า สมรรถนะการบริหารหลักสูตร

เป็นความรู้ ทักษะ คุณลักษณะ และความสามารถที่มาจากตัวของผู้รับผิดชอบหลักสูตรซึ่งซ่อนอยู่ภายใน สามารถผลักดันให้ผู้รับผิดชอบหลักสูตรเหล่านั้น มีพฤติกรรมการทำงานที่มีความสัมพันธ์ในเชิงเหตุผลและก่อให้เกิดผลลัพธ์สูงสุดในการบริหารและการพัฒนาหลักสูตรให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยสมรรถนะที่ผลักดันให้ผู้รับผิดชอบหลักสูตรปฏิบัติงานได้ดีหรือปฏิบัติงานได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดและก่อให้เกิดผลลัพธ์สูงสุด คือ สมรรถนะขั้นพื้นฐาน และสมรรถนะเชิงจำแนก ซึ่งเกิดจากคุณสมบัติส่วนบุคคลและการได้รับการพัฒนา (McClelland, 1973; Navagitpaitoon, 2020) เมื่อพิจารณาข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ทุกคนจบการศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรี โดยจบการศึกษาระดับปริญญาโท ร้อยละ 62.96 (68 คน) ระดับปริญญาเอก ร้อยละ 37.04 (40 คน) มีประสบการณ์การทำงานด้านการสอนอย่างน้อย 5 ปี โดยมีประสบการณ์ระหว่าง 20 - 29 ปี มากที่สุด ร้อยละ 56.48 (61 คน) มีประสบการณ์การเป็นหัวหน้างาน/ กลุ่มงาน/ รองผู้อำนวยการ ร้อยละ 49.07 (53 คน) มีประสบการณ์การเป็นหัวหน้าภาควิชา ร้อยละ 55.56 (60 คน) มีระยะเวลาการดำรงตำแหน่งผู้รับผิดชอบหลักสูตรอย่างน้อย 1 ปี ร้อยละ 100 (108 คน) และได้รับการพัฒนาสมรรถนะการบริหาร โดยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการบริหาร/ การพัฒนาหลักสูตร ร้อยละ 100 (108 คน) ประกอบกับแต่ละวิทยาลัยมีแนวทางในการสร้างขวัญกำลังใจ เช่น การลดภาระงาน การส่งเสริมการพัฒนาดตนเอง เป็นต้น และมีการกำหนดบทบาทและหน้าที่ของผู้รับผิดชอบหลักสูตรไว้อย่างชัดเจน ทำให้ผู้รับผิดชอบหลักสูตรมีสมรรถนะการบริหารหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ทั้งโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับดีมาก นอกจากนี้ผู้รับผิดชอบหลักสูตรมีการทำงานเป็นทีมในลักษณะของคณะกรรมการ มีการประชุมปรึกษาหารือร่วมกันเพื่อพัฒนาหลักสูตรอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งต้องเตรียมพร้อมและรับการประเมินคุณภาพภายในระดับหลักสูตรเป็นประจำทุกปี ทำให้ผู้รับผิดชอบหลักสูตรมีสมรรถนะการบริหารหลักสูตรด้านการประกันคุณภาพภายในระดับหลักสูตร และด้านการพัฒนาหลักสูตร มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดและรองลงมา สอดคล้องกับผลการวิจัย เรื่อง สมรรถนะการบริหารวิชาการของผู้บริหารสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตหนองแขม กรุงเทพมหานคร พบว่า สมรรถนะการบริหารวิชาการของผู้บริหารสถานศึกษา โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง (Kitpanitchalearn, 2009 as cited in Thongmeekhaun, 2019) ส่วนด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด อาจเนื่องจากผู้รับผิดชอบหลักสูตรส่วนใหญ่มีอายุ 40 - 60 ปี (ร้อยละ 86.02) ซึ่งเป็นกลุ่มอายุที่มีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีต่ำ (Ngo-sate & Prasarnkarn, 2018) นอกจากนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้บริหาร ได้แก่ หัวหน้างาน/ กลุ่มงาน/ รองผู้อำนวยการ (ร้อยละ 49.07) หัวหน้าภาควิชา (ร้อยละ 55.56) ซึ่งผู้บริหารมักจะใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อการบริหารด้านอื่นมากกว่าด้านวิชาการ สอดคล้องกับการวิจัย เรื่อง ทักษะผู้บริหารสถานศึกษายุคดิจิทัลที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของสถานศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน พบว่า ผู้บริหารมีทักษะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและดิจิทัลน้อยที่สุด (Yaemchuen & Lertamornsak, 2023)

2. ระดับคุณภาพการบริหารหลักสูตรของกลุ่มตัวอย่างโดยรวม อยู่ในระดับดี โดยคุณภาพการบริหารหลักสูตรด้านบัณฑิต มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ด้านอาจารย์ ส่วนด้านนักศึกษา มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด อธิบายได้ว่า คุณภาพของการบริหารหลักสูตร ซึ่งเป็นค่าคะแนนเฉลี่ยของผลประเมินคุณภาพการศึกษาภายในระดับหลักสูตร 6 ด้าน ได้แก่ 1) การกำกับมาตรฐาน 2) บัณฑิต 3) นักศึกษา 4) อาจารย์ 5) หลักสูตร การเรียนการสอน การประเมินผู้เรียน และ 6) สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ โดยแต่ละด้านจะมีเกณฑ์การประเมินที่ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และปัจจัยนำออก ซึ่งยากง่ายไม่เหมือนกัน (Office of The Higher Education Commission, 2017) ทั้งนี้ปัจจัยที่มีผลต่อผลการประเมินมีหลายปัจจัยด้วยกัน ดังเช่นการวิจัยของ Ngo-sate & Prasarnkarn (2018) เรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานการประกันคุณภาพการศึกษาของโรงเรียน มัธยมศึกษาในจังหวัดกระบี่ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 1 พบว่า ปัจจัยด้านเทคโนโลยีและการติดต่อสื่อสาร เป็นปัจจัยที่มีอำนาจทำนายเชิงบวกต่อผลการประเมิน โดยผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะการบริหารหลักสูตรด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารต่ำที่สุด อาจส่งผลต่อการสื่อสารผลการดำเนินการบริหารหลักสูตรแต่ละด้านที่ไม่ชัดเจน ทำให้ผลการประเมินคุณภาพการบริหารหลักสูตรโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยคุณภาพการบริหารหลักสูตร

ด้านบัณฑิต มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด เนื่องจากแต่ละวิทยาลัยมีแนวทางในการพัฒนาและจัดการที่มีประสิทธิภาพ ในการพัฒนานักศึกษาให้สอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบันและทักษะที่จำเป็นของบัณฑิตอย่างเป็นรูปธรรม เช่น การนำทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 จำนวน 9 องค์ประกอบ 72 ตัวบ่งชี้ มาบูรณาการจัดการเรียนการสอน ทั้งภาคทฤษฎี ภาคปฏิบัติ และการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตร (Sarakshetrin, Puttakitukpol, & Sriyasak, 2020) สอดคล้องกับการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาทักษะในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ปัจจัยด้านคุณภาพและกระบวนการของกิจกรรมพัฒนานักศึกษา มีอิทธิพลต่อทักษะในศตวรรษที่ 21 ของบัณฑิต (Junwin, Ratchathawan, Witwattanangoon, & Kanchanaaree, 2022) ร่วมกับการประเมินมีเกณฑ์ที่เอื้อ เช่น เกณฑ์การมีงานทำของบัณฑิต ซึ่งบัณฑิตพยาบาลของสถาบันพระบรมราชชนกเป็นบัณฑิตที่ได้รับทุนการศึกษา เมื่อจบแล้วทุกคนจึงปฏิบัติงานเพื่อขอใช้ทุน และคุณภาพการบริหารหลักสูตรด้านอาจารย์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยรองลงมา เนื่องจากอาจารย์แต่ละวิทยาลัยส่วนใหญ่มีคุณวุฒิปริญญาเอกในสัดส่วนที่ค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับคุณวุฒิปริญญาโท รวมถึงอาจารย์บางส่วนไม่ได้ผลิตผลงานทางวิชาการตามเกณฑ์ที่กำหนด ส่งผลต่อเกณฑ์ประเมินดังกล่าว ส่วนคุณภาพการบริหารหลักสูตรด้านนักศึกษา มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด เนื่องจากนักศึกษาแต่ละคนเข้ามาเรียนด้วยหลาย ๆ เหตุผล เช่น ผู้ปกครองให้มาเรียน มีทุนจบแล้วมีงานทำ เป็นต้น เมื่อมาเรียนบางคนอาจมีปัญหาต่าง ๆ ทำให้ต้องพักหรือออกจากการศึกษา จึงส่งผลต่อคุณภาพการบริหารหลักสูตร กล่าวคือ เกณฑ์ประเมินอัตราการคงอยู่ของนักศึกษาและอัตราการสำเร็จการศึกษา ไม่ครบร้อยละ 100 สอดคล้องกับการวิจัย เรื่อง สาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพการเป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัทยสงขลานครินทร์ พบว่า เหตุผลการลาออกจากการศึกษาเป็นนักศึกษามากที่สุด คือ ต้องการเรียนสาขา/ สถาบันอื่น (ร้อยละ 44.74) รองลงมา คือ ไม่ถนัดในสาขาที่เรียน (ร้อยละ 42.11) (Loiwirat, Kaewknoo, & Kongkaew, 2015)

3. ปัจจัยสมรรถนะการบริหารหลักสูตรของผู้รับผิดชอบหลักสูตรที่สามารถทำนายคุณภาพการบริหารหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก มากที่สุด คือ สมรรถนะการบริหารหลักสูตรด้านการพัฒนาหลักสูตร รองลงมา คือ ด้านการนิเทศการจัดการเรียนรู้ และด้านการบริหารจัดการการเรียนรู้ โดยทั้ง 3 ตัวแปร ร่วมทำนายคุณภาพการบริหารหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนกได้ ร้อยละ 20.20 อธิบายได้ว่า

3.1 สมรรถนะการบริหารหลักสูตรด้านการพัฒนาหลักสูตร เป็นสมรรถนะเกี่ยวกับการจัดทำหลักสูตร การใช้ พัฒนา และปรับปรุงหลักสูตรของสถาบัน (Chunaka & Jansila, 2016; Thongmeekhaun, 2019) ถือเป็นบทบาทและหน้าที่โดยตรงของผู้รับผิดชอบหลักสูตร ซึ่งแต่ละวิทยาลัยได้กำหนดไว้ในคู่มือการบริหารหลักสูตร ได้แก่ การศึกษาวิเคราะห์เอกสารหลักสูตร การนำสาระต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ในหลักสูตรไปใช้ การบริหารจัดการ การใช้หลักสูตร การนิเทศการใช้หลักสูตร การติดตาม และประเมินผลการใช้หลักสูตร การปรับปรุงและพัฒนาหลักสูตรให้ทันสมัยยิ่งขึ้น โดยมีการชี้แจงและทำความเข้าใจตั้งแต่ต้นแก่ผู้รับผิดชอบหลักสูตรทุกคน (Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, 2020; Thongmeekhaun, 2019) ทำให้ผู้รับผิดชอบหลักสูตรรับรู้และมีการพัฒนาตนเอง เพื่อให้มีสมรรถนะด้านนี้ ซึ่งผลวิจัยพบว่า ผู้รับผิดชอบหลักสูตรทุกคนได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหาร/ การพัฒนาหลักสูตร (ร้อยละ 100) ทำให้ผู้รับผิดชอบหลักสูตรมีสมรรถนะการบริหารหลักสูตรด้านการพัฒนาหลักสูตร อยู่ในระดับดีมาก และมีอิทธิพลต่อคุณภาพหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก สอดคล้องกับการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของการบริหารหลักสูตรผลิตครู 5 ปี ของมหาวิทยาลัยราชภัฏ พบว่า การพัฒนาหลักสูตร ประกอบด้วย การกำหนดสมรรถนะนักศึกษา ครู กระบวนการรับนักศึกษา มาตรฐานคุณวุฒิสาขาวิชา การออกแบบและการพัฒนาหลักสูตร เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของการบริหารหลักสูตร (Pauwongsakul, Nakpanom & Nakpanom, 2017)

3.2 สมรรถนะการบริหารหลักสูตรด้านการนิเทศการจัดการเรียนรู้ เป็นสมรรถนะเกี่ยวกับการชี้แนะให้ความช่วยเหลือและแนะนำอาจารย์ในการจัดการเรียนการสอนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ได้แก่ การจัดระบบนิเทศ

งานวิชาการและการเรียนการสอนในสถาบัน การดำเนินงานวิชาการและการเรียนการสอนในรูปแบบที่หลากหลาย และเหมาะสม การประเมินผลการจัดระบบและกระบวนการนิเทศการจัดการเรียนการสอนในสถาบัน (Chunaka & Jansila, 2016; Thongmeekhaun, 2019) ซึ่งตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับผิดชอบหลักสูตร พบว่า ทุกคนจบการศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรี โดยส่วนใหญ่จบระดับปริญญาโท มีประสบการณ์การทำงานด้านการสอนอย่างน้อย 5 ปี ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การเป็นหัวหน้างาน/ กลุ่มงาน/ รองผู้อำนวยการ/ หัวหน้าภาควิชา จึงมีความสามารถและน่าเชื่อถือ สามารถชี้แนะ ให้ความช่วยเหลือ และแนะนำอาจารย์ในการจัดการเรียนการสอนให้มีประสิทธิภาพได้ดี และมีอิทธิพลต่อคุณภาพการบริหารหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก สอดคล้องกับการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของการบริหารหลักสูตรผลิตครู 5 ปี ของมหาวิทยาลัยราชภัฏ พบว่า กระบวนการนิเทศการจัดการเรียนรู้ ได้แก่ การบริหารหลักสูตร การประกันคุณภาพหลักสูตร การนำหลักสูตรไปใช้ และการประเมินหลักสูตร เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของการบริหารหลักสูตร (Pauwongsakul, Nakpanom, & Nakpanom, 2017)

3.3 สมรรถนะการบริหารหลักสูตรด้านการบริหารจัดการการเรียนรู้อย่างเป็นสมรรถนะการบริหารของผู้รับผิดชอบหลักสูตรในการส่งเสริม สนับสนุน รวมทั้งอำนวยความสะดวกให้อาจารย์ได้จัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ การส่งเสริมให้อาจารย์จัดทำแผนการจัดการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับมาตรฐานผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตร การส่งเสริมให้อาจารย์ใช้สื่อวัตกรรมการจัดการเรียนรู้ ส่งเสริมให้อาจารย์วัดผลประเมินผลผู้เรียนตามสภาพจริงอย่างหลากหลาย และส่งเสริมให้อาจารย์นำผลการประเมินไปใช้ในการพัฒนาผู้เรียน (Chunaka & Jansila, 2016; Thongmeekhaun, 2019) ซึ่งถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของการจัดการเรียนการสอน ซึ่งผู้รับผิดชอบหลักสูตรทุกคนรับรู้และพยายามขับเคลื่อนและผลักดันให้ผู้สอนได้นำสู่การปฏิบัติ ผ่านกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การอบรมเชิงปฏิบัติการ การวิพากษ์ มคอ. การนิเทศการเรียนการสอน การประเมินผลการจัดการเรียนการสอน เป็นต้น (Praboromarajchanok Institute, 2017; Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, 2020) จึงส่งผลต่อคุณภาพการบริหารหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก สอดคล้องกับการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของการบริหารหลักสูตรผลิตครู 5 ปี ของมหาวิทยาลัยราชภัฏ พบว่า การจัดการเรียนการสอน ได้แก่ การออกแบบและวางแผนการสอน รูปแบบและวิธีการสอน สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้อย่างเป็นสมรรถนะ และการประเมินผลการเรียนรู้อย่างเป็นสมรรถนะ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของการบริหารหลักสูตร (Pauwongsakul, Nakpanom, & Nakpanom, 2017)

### การนำผลการวิจัยไปใช้

1. วิทยาลัยพยาบาล ทั้ง 30 แห่ง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ควรนำปัจจัยทำนาย ทั้ง 3 ด้าน มาออกแบบเป็นแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและสอดคล้องกับบริบทของแต่ละวิทยาลัย ในการส่งเสริมและพัฒนาผู้รับผิดชอบหลักสูตรปัจจุบันและอนาคต ให้มีสมรรถนะการบริหารหลักสูตรทั้ง 3 ด้านสูงขึ้น โดยเฉพาะด้านการพัฒนาหลักสูตร ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งต่อคุณภาพการบริหารหลักสูตรมากที่สุด
2. คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ควรกำหนดเป็นนโยบายและสนับสนุนในการพัฒนาที่เป็นรูปธรรม เช่น จัดหลักสูตรการพัฒนาสมรรถนะ/ศักยภาพผู้รับผิดชอบหลักสูตร เพื่อเตรียมและพัฒนาผู้รับผิดชอบหลักสูตรให้มีสมรรถนะที่ทัดเทียมกัน

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากตัวแปรทั้ง 3 ตัว ร่วมทำนายคุณภาพการบริหารหลักสูตร ได้ร้อยละ 20.20 แสดงให้เห็นว่ายังคงมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ยังไม่ได้ศึกษาที่สามารถทำนายได้อีก จึงควรศึกษาปัจจัยทำนายอื่น ๆ เช่น แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ ทักษะคิด เป็นต้น เพื่อนำผลมาวางแผนและพัฒนาให้ตรงประเด็นมากยิ่งขึ้น

2. ควรศึกษาวิจัยกึ่งทดลองหรือวิจัยพัฒนารูปแบบ โดยนำปัจจัยทำนายทั้ง 3 ด้าน ไปออกแบบและทดลองใช้ เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่ดีในการส่งเสริมผู้รับผิดชอบหลักสูตรให้มีสมรรถนะการบริหารหลักสูตรสูงยิ่ง ๆ ขึ้น

## References

- Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. (2020). *Manual for The Curriculum Management for Bachelor of Nursing Science Program (Academic year 2019)*. Songkhla: Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. (in Thai)
- Chunaka, L., & Jansila, V. (2016). The Development Model to Competency for Academic Administrative of The School Administrators in Primary Educational Service Area Office. *Journal of Education Naresuan University*, 18(2), 72-79. (in Thai)
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for The Behavioral Sciences*. New York: Academic Press.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G\*Power 3: A Flexible Statistical Power Analysis Program for The Social, Behavioral, and Biomedical Sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Hair, F. J., Black, C. W., Babin, J. B., & Anderson, E.R. (2010). *Multivariate Data Analysis* (7<sup>th</sup> ed). New Jersey: Pearson Education.
- Junwin, B., Ratchathawan, R., Witwattanangoon, A., & Kanchanaaree, S. (2022). Factors Influencing the Development of 21<sup>st</sup> Century Skills among Nursing Students: A Study from Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 9(3), 1-14. (in Thai)
- Loiwirat, T., Kaewknoo, K., & KongKaew, K. (2015). *A Study of Causes and Factors Affecting the Termination of Status as Undergraduate Student, Prince of Songkla University*, Songkla: Faculty of Engineering, Prince of Songkla University. (in Thai)
- McClelland, D. C. (1973). Testing for competence rather than for "Intelligence". *American Psychologist*, 28(1), pp. 1-14.
- Navagitpaitoon, N. (2020). *Components of Competency*. Retrieved October 18, 2020 from <https://www.gotoknow.org/posts/500930>.
- Ngo-sate, T., & Prasarnkarn, H. (2018). Factors Affecting Implementation of Educational Quality Assurance Program Secondary School of Krabi Province under Secondary Educational Service Area Office 13. *Phuket Rajabhat University Academic Journal*, 13(2), 276-292. (in Thai)
- Office of The Higher Education Commission. (2017). *Manual for The Internal Quality Assurance for Higher Education Institutions* (3<sup>rd</sup> ed). Bangkok: Ministry of Education. (in Thai)
- Pauwongsakul, S., Nakpanom, S., & Nakpanom, S. (2017). Factors Influencing Effectiveness of 5-year Pedagogic Curriculum Management of Rajabhat Universities. *Journal of MCU Social Science Review*, 6(2), 383-396. (in Thai)
- Praboromarajchanok Institute. (2017). *Manual for The Instrument to Evaluate Learning Outcomes as the Thai Qualifications Framework for Higher Education, Nursing Curriculum*. Retrieved November 20, 2020 from <http://www.pi.ac.th/index>.

- Sarakshetrin, A., Puttapitukpo, S., & Sriyasak, A. (2020). The Components of 21<sup>st</sup> Century Learning Skills among Nursing Students of Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health. *Journal of Nursing and Education, 13*(2), 29-46. (in Thai)
- Silpcharu, T. (2020). *Research and Statistical Data Analysis with SPASS and AMOS* (18<sup>th</sup> ed). Bangkok: Business R&D. (in Thai)
- Thongmeekhaun, T. (2019). Competencies and Guideline for Developing Administrative Competency for Persons in Charge of Bachelor of Nursing Science Curriculum, Nursing College under Praboromarajchanok Institute. *Sripatum Chonburi Academic Journal, 16*(2), 132-142. (in Thai)
- Yaemchuen. N., & Lertamornsak, K. (2023). Administrative Skills of School Administrators in Digital Era Affecting the Effectiveness of Schools under the Office of Private Education Commission. *Interdisciplinary Academic and Research Journal, 3*(6), 331-348. (in Thai)



การรับรู้การตั้งครรภ์ จิตวิญญาณความเป็นแม่ และการสนับสนุนของครอบครัว  
ในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน

Perceptions of Pregnancy, Maternal Spirituality, and Family Support  
among Pregnant Women with Diabetes Mellitus

ฐิตารีย์ พันธุ์วิชาติกุล<sup>1</sup>, ศิริกนก กลั่นขจร<sup>2\*</sup>, เสาวพฤกษ์ ช่วยยก<sup>1</sup>, สดากาญจน์ เอี่ยมจันทร์ประทีป<sup>1</sup>  
Titaree Phanwichatkul<sup>1</sup>, Sirikanok Klankhajhon<sup>2\*</sup>, Soawapruerk Choyyok<sup>1</sup>, Sadakan Eamchunprathip<sup>1</sup>

<sup>1</sup>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี, <sup>2</sup>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

<sup>1</sup>Faculty of Nursing, Suratthani Rajabhat University, <sup>2</sup>Faculty of Nursing Naresuan University

(Received: July 31, 2024; Revised: December 26, 2024; Accepted: January 1, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้เพื่อศึกษาการรับรู้การตั้งครรภ์ จิตวิญญาณความเป็นแม่ และการสนับสนุนของครอบครัวในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน ผู้ให้ข้อมูลหลัก 10 ราย เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน และผู้ให้ข้อมูลรอง 6 ราย เป็นญาติของสตรีตั้งครรภ์ ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ และวิเคราะห์ข้อมูลแบบเนื้อหาแก่นสาระ ผลการวิจัยพบว่า

การรับรู้การตั้งครรภ์ จิตวิญญาณความเป็นแม่ และการสนับสนุนของครอบครัวในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน สรุปได้เป็น 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การรับรู้การตั้งครรภ์ พบว่า ความเป็นแม่และความรู้สึกต่อการตั้งครรภ์; ความเป็นแม่คือความสุข ความปรารถนาดีต่อบุตร; ความเป็นแม่คือหน้าที่และความรับผิดชอบ; และแม่ที่ดีมีความเสียสละและอดทนต่อภาวะเบาหวาน 2) จิตวิญญาณความเป็นแม่ที่ทำให้มีพลังชีวิตในการฝ่าฟันปัญหาและอุปสรรค และ 3) การสนับสนุนของครอบครัวในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานพบว่า; เป็นที่ปรึกษาเป็นกำลังใจ; รับส่งพามาฝากครรภ์; ทหารายได้หลักและแบ่งเบางานบ้าน; ควบคุมอาหารเบาหวาน; ผู้ช่วยฉีดยาอินซูลิน; และส่งเสริมสุขภาพให้ออกกำลังกาย สตรีตั้งครรภ์ในการศึกษาครั้งนี้รับรู้การตั้งครรภ์ในเชิงบวก มีจิตวิญญาณความเป็นแม่ที่ดี มีความรู้สึกต่อบุตรในครรภ์ด้วยความรักและห่วงใยต่อทารกในครรภ์ โดยได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวเป็นอย่างดี

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นประโยชน์ต่อบุคลากรสุขภาพและสมาชิกครอบครัวเพื่อเป็นแนวทางการจัดโปรแกรมการสนับสนุนให้สตรีตั้งครรภ์มีการรับรู้เชิงบวกมีความมั่นใจต่อการเปลี่ยนผ่านของสตรีไปสู่การเป็นแม่ที่ดี

**คำสำคัญ:** การรับรู้การตั้งครรภ์ การสนับสนุนของครอบครัว จิตวิญญาณความเป็นแม่ สตรีตั้งครรภ์เบาหวาน การวิจัยเชิงคุณภาพ

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding email: sirikanok@nu.ac.th)



## Abstract

This qualitative study explored the perceptions of pregnancy, maternal spirituality, and family support among pregnant women diagnosed with diabetes mellitus. The primary participants were 10 pregnant women with diabetes, while the secondary participants comprised six of their family members. Both groups were selected through purposive sampling. Data were collected through in-depth interviews and analyzed using content analysis. Findings were organized into three main themes:

1) Perceptions of Pregnancy: Participants expressed a strong sense of motherhood and emotional connection to their pregnancies. Motherhood was perceived as a source of joy and goodwill toward the unborn child, as well as a role marked by duty, sacrifice, and perseverance—particularly in managing the challenges of diabetes during pregnancy. 2) Maternal Spirituality: Spiritual beliefs and practices emerged as significant sources of inner strength, resilience, and emotional support. These spiritual resources empowered the women to face health-related and emotional challenges with a positive outlook. 3) Family Support: Participants reported receiving comprehensive support from family members. This included emotional encouragement, practical assistance (e.g., accompanying them to prenatal appointments, preparing diabetes-friendly meals, helping with insulin administration), financial provision, and shared responsibility for household tasks. Such support played a crucial role in promoting physical well-being and emotional stability during pregnancy. Overall, the pregnant women demonstrated a positive perception of pregnancy, strong maternal spirituality, and deep emotional bonds with their unborn children. Substantial family support further reinforced their confidence and ability to manage their condition throughout the pregnancy journey.

These findings have practical implications for healthcare providers and family caregivers, offering a foundation for developing culturally sensitive and holistic support programs that promote maternal well-being and successful adaptation to motherhood.

**Keywords:** Perception of Pregnancy, Family Support, Maternal Spirituality, Pregnant Women with Diabetes Mellitus, Qualitative Study

## บทนำ

การตั้งครรภ์นำมาซึ่งความปิติยินดีของครอบครัว เป็นการเพิ่มสมาชิกใหม่ที่มาเติมเต็มความสมบูรณ์ในชีวิตสมรส และนำมาซึ่งความรับผิดชอบ ความภูมิใจในคุณค่าของความเป็นแม่ (Schmidt, Décieux, Zartler, & Schnor, 2023) ความภูมิใจในคุณค่าของความเป็นแม่ที่มีความรับผิดชอบในบทบาทการทำหน้าที่แม่ที่ดี การศึกษาในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ชาวเอเชียพบว่า ความรู้สึกเชิงบวกในการรับรู้ต่อการตั้งครรภ์ ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์ให้ความสำคัญในบทบาทความเป็นแม่และแสดงพฤติกรรมตามบทบาทของแม่ที่ดี ไม่ว่าจะเป็นการแสดงออกที่แสดงถึงการเอาใจใส่ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การต่อสู้ดิ้นรนให้ทารกในครรภ์แข็งแรง ปลอดภัยจากภาวะเสี่ยงที่เป็นอันตราย (Amphai, Kantaruksa, Sriarporn, & Sansiriphun, 2021; Phanwichatkul, 2018) ในขณะเดียวกันสตรีตั้งครรภ์หลายคนเชื่อว่าการตั้งครรภ์นำมาซึ่งความกังวล และไม่ได้เป็นเรื่องง่ายในการจัดการกับตนเอง (Attard, 2023; Brunton, Simpson, & Dryer, 2020) แม่บางรายรับรู้ว่าการตั้งครรภ์นำมาซึ่งภาระความรับผิดชอบที่ยิ่งใหญ่เป็นงานที่หนักสำหรับสตรีทุกวัย โดยเฉพาะสตรีที่มีบุตรหลายคน มีความเหน็ดเหนื่อยอ่อนล้าในบทบาทความเป็นแม่

(Attard, 2023) การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการรับรู้การตั้งครรภ์ทั้งในและต่างประเทศพบว่าสตรีตั้งครรภ์มีการรับรู้ว่าการตั้งครรภ์เป็นเรื่องของธรรมชาติ เป็นภาวะปกติไม่จำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ จึงไม่จำเป็นต้องไปฝากครรภ์ในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการรับรู้บนพื้นฐานความเชื่อและวัฒนธรรม และการปฏิบัติที่สืบทอดกันมาว่าสตรีตั้งครรภ์สามารถให้กำเนิดบุตรได้โดยปราศจากความช่วยเหลือทางการแพทย์หรือเทคโนโลยีช่วยคลอด (Tekelab, Chojenta, Smith, & Loxton, 2019) อย่างไรก็ตามสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงส่วนใหญ่ต้องการปกป้องบุตรในครรภ์และต้องการการสนับสนุนจากครอบครัวเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองและให้ทารกในครรภ์ปลอดภัย (Amphai, Kantaruksa, Sriarporn, & Sansiriphun, 2021; Pilaikiat & Lamlong, 2020)

สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงมีความต้องการที่จะปกป้องบุตรและต้องการการสนับสนุนจากครอบครัวในระหว่างการตั้งครรภ์ เนื่องจากตั้งครรภ์เสี่ยงสูงมีความยุ่งยากและต้องการการดูแลมากกว่าการตั้งครรภ์ปกติ การศึกษาประสบการณ์ด้านจิตวิญญาณของหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง พบว่าสตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มเสี่ยงสูงกลัวอันตรายที่จะเกิดขึ้นต่อตนเองและบุตรในครรภ์ อีกทั้งเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจว่าจะสามารถให้กำเนิดทารกได้อย่างปลอดภัย จึงแสวงหาที่พึ่งทางใจ ต้องการได้รับการกำลังใจและการสนับสนุนจากครอบครัวในการพัฒนาจิตวิญญาณของตนเองให้เข้มแข็งและเพื่อดำเนินการตั้งครรภ์ให้ปลอดภัยจากครรภ์เสี่ยงสูง (Pilaikiat & Lamlong, 2020) เช่นเดียวกันการศึกษาในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานพบว่า สตรีตั้งครรภ์รับรู้ภาวะเบาหวานที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์อาจส่งผลให้ทารกเกิดการแท้ง การคลอดก่อนกำหนด และเกิดผลลบทางสุขภาพระยะยาวต่อตนเองและทารกได้ จึงมีการปรับพฤติกรรมดูแลตนเองให้ทารกในครรภ์ปลอดภัยจากโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Phanwichatkul, Kownaklai, Chaisetsampun, & Yothathip, 2023)

การรับรู้การตั้งครรภ์เป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญต่อการรับรู้ทางจิตวิญญาณความเป็นแม่ สตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่รับรู้การตั้งครรภ์ในเชิงบวก และแสดงออกตามสัญชาตญาณความเป็นแม่ที่ดี ได้แก่ การใส่ใจสุขภาพ มีพฤติกรรมดูแลตนเองไปในทิศทางที่ดีขึ้น การเสียสละ การอดทนทำทุกอย่างเพื่อให้ทารกมีสุขภาพที่ดี (Amphai, Kantaruksa, Sriarporn, & Sansiriphun, 2021; Phanwichatkul, Kownaklai, Chaisetsampun, & Yothathip, 2023) ในทำนองเดียวกัน การรับรู้การตั้งครรภ์ในเชิงลบ สตรีตั้งครรภ์ไม่สามารถจัดการกับความเครียดหรือแก้ปัญหาได้ดีเท่าการรับรู้ในเชิงบวก ส่งผลทางลบต่อจิตวิญญาณความเป็นแม่ของสตรีตั้งครรภ์ในการเผชิญกับปัญหาในชีวิตประจำวัน งานวิจัยของ Isaacs & Andipatin (2020) พบว่าประสบการณ์เชิงลบเกี่ยวกับอารมณ์ ไม่ว่าจะมีความกลัว ความเครียด ความคับข้องใจของสตรีตั้งครรภ์ที่กลัวผลกระทบจากครรภ์เสี่ยงสูง ทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความเครียดและในขณะเดียวกันเกิดแรงผลักดันให้ตนเองผ่านภาวะวิกฤตของครรภ์เสี่ยงสูง โดยต้องการการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งต้องการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีระหว่างตั้งครรภ์และปรารถนาให้ทารกในครรภ์ปลอดภัย

ความปรารถนาให้ทารกในครรภ์ปลอดภัยมีสุขภาพดีระหว่างการตั้งครรภ์เป็นหนึ่งในจิตวิญญาณความเป็นแม่ที่สำคัญในการให้กำลังใจและความหวังในชีวิต ทำให้ฝ่าฟันปัญหาและอุปสรรคในช่วงเวลาของการตั้งครรภ์ ผลการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์จากหลายประเทศ พบว่าความเป็นแม่เป็นจิตวิญญาณจากส่วนลึกของบุคคลที่ประกอบด้วยความเชื่อ ทศนคติ เป้าหมาย การให้คุณค่าทางใจที่ส่งผลให้แม่กระทำการใด ๆ โดยใช้ความรู้สึกมากกว่าความเข้าใจ ซึ่งมีสาเหตุมาจากความรู้สึกที่ดี ทรงพลัง และมีอำนาจให้ส่งความปรารถนาดีต่อบุตร เช่น การให้ความรัก ความห่วงใย การดูแลและการทำหน้าที่แม่ในการปกป้องเลี้ยงดูบุตร (Pilaikiat & Lamlong, 2020) การศึกษาทางวัฒนธรรมที่หลากหลายพบว่า ในวัฒนธรรมของสตรีตั้งครรภ์ให้ความหมายความเป็นแม่ว่า เป็นจิตวิญญาณที่ยิ่งใหญ่ มีความศักดิ์สิทธิ์และเป็นจิตวิญญาณที่ทรงพลังให้มีชีวิต (Martins & Gall, 2021) ดังนั้นความปรารถนาให้ทารกในครรภ์ปลอดภัยจากครรภ์เสี่ยงสูง จึงเป็นจิตวิญญาณความเป็นแม่ที่สำคัญที่ต้องการที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจเพื่อการป้องกันอันตรายจากครรภ์เสี่ยงสูง

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยทั้งในต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้การตั้งครรภ์ส่วนใหญ่พบในสตรีตั้งครรภ์ปกติ ในประเทศไทยมีการศึกษาเชิงคุณภาพของ Pilaikiat & Lamlong (2020) ที่ศึกษาจิตวิญญาณของ

สตรีตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูงที่พบว่า ครรภ์เสี่ยงสูงเป็นอันตรายและส่งผลกระทบต่อด้านจิตวิญญาณของสตรีตั้งครรภ์ ให้แสงสว่างที่ชัดเจนให้และให้มีการพัฒนาจิตวิญญาณของตนเอง แต่ยังไม่พบการศึกษาภาวะจิตวิญญาณ ความเป็นแม่ในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์เสี่ยงสูงจากสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน พบว่าเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นสาเหตุทำให้เกิดการแท้งและเสียชีวิตของทารกสูง มีรายงานจากสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF) ในปี พ.ศ. 2015 พบว่าสตรีตั้งครรภ์ทั่วโลกมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงร้อยละ 16.2 และในจำนวนนี้ร้อยละ 85.1 วินิจฉัยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยจำนวน 1 ใน 7 ของการคลอดพบว่ามารดาและทารกได้รับผลกระทบจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Diabetes Association of Thailand, 2021) อีกทั้งในประเทศไทยมีการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์มีการรับรู้ครรภ์เสี่ยงสูง จากการเป็นเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและส่งผลให้เกิดความเครียดระหว่างการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น โดยสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานมีความวิตกกังวลว่าทารกอาจจะได้รับอันตรายจากภาวะเบาหวานระหว่างการตั้งครรภ์ การรับรู้ภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์เบาหวานทำให้สตรีตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมากขึ้น (Phanwichatkul, Kownaklai, Chaisetsampun, & Yothathip, 2023) ในขณะเดียวกันมีงานวิจัยส่วนหนึ่งพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานไม่สามารถปรับตัวหรือเผชิญปัญหาเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ทุกราย โดยเฉพาะอย่างยิ่งขาดการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัวซึ่งมีความสัมพันธ์กับความเครียดที่สูงขึ้น (Phrommasen, Chareonsanti, & Sriarporn, 2019) ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการรับรู้การตั้งครรภ์ว่าจะสอดคล้องกับจิตวิญญาณความเป็นแม่ ในขณะที่ตั้งครรภ์อย่างไร มีการสนับสนุนของครอบครัวในการส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานมีจิตวิญญาณความเป็นแม่หรือมีมุมมองผ่านประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์เบาหวานที่ครอบครัวให้การสนับสนุนอย่างไร โดยใช้การศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อให้เข้าใจในเชิงลึกที่อธิบายถึงการรับรู้การตั้งครรภ์ จิตวิญญาณความเป็นแม่ และการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนำข้อมูลที่นำมาใช้เป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ด้วยความเข้าใจในจิตวิญญาณความเป็นแม่ และเพื่อเป็นแนวทางส่งเสริมให้ครอบครัวเข้าใจจิตวิญญาณของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์อย่างเป็นองค์รวม ตลอดจนเพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลให้บริการด้วยความเข้าใจจิตวิญญาณความเป็นแม่ในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน

### วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาการรับรู้การตั้งครรภ์ จิตวิญญาณความเป็นแม่ และการสนับสนุนของครอบครัวในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน

### ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ซึ่งการวิจัยคุณภาพใช้การวิเคราะห์ข้อมูลจากเนื้อหาสาระสำคัญที่ผู้ให้ข้อมูลได้บอกเล่ามุมมอง การรับรู้ผ่านประสบการณ์เป็นข้อมูลเชิงลึกจากบุคคล (Liamputtong & Rice, 2021)

#### ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) มีเกณฑ์คัดเข้า 3 ข้อ ได้แก่ 1) เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 2) หรือมีผลการตรวจคัดกรองเบาหวาน 50% Glucose Challenge Test: GCT  $\geq$  140 - 199 Mg/Dl และหรือได้รับการยืนยันการตรวจด้วยวิธี 100% Oral Glucose Tolerance Test: OGTT ที่ผลตรวจ Positive กรณีที่ผล 50% GCT  $\geq$  200 Mg/Dl ให้ยกเว้นการตรวจ OGTT และ 3) ยินดีเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

ผู้ให้ข้อมูลรอง เป็นสมาชิกครอบครัว ได้แก่ สามี มารดา หรือญาติที่อาศัยอยู่ด้วยกันกับผู้ให้ข้อมูลหลัก โดย 1) เป็นผู้ติดตามมาพร้อมกับผู้ให้ข้อมูลหลักที่มาฝากครรภ์ในขณะที่เก็บข้อมูล และ 2) ยินดีเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยออกแบบคำถามเป็น 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการตั้งครรภ์ และ 2) คำถามกึ่งโครงสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้การตั้งครรภ์ จิตวิญญาณความเป็นแม่ (Amphai, Kantaruksa, Sriarporn, & Sansiriphun, 2021; Attard, 2023; Martins & Gall, 2021; Pilaikiat & Lamlong, 2020) บทบาทการเป็นแม่ในสตรีตั้งครรภ์เบาหวาน และการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระหว่างตั้งครรภ์ ตัวอย่างคำถาม เช่น “คุณรู้สึกอย่างไรเมื่อทราบว่ากำลังตั้งครรภ์” “คุณรู้สึกต่อลูกในท้องอย่างไร” “ช่วยอธิบายความเป็นแม่ในความหมายของคุณเป็นอย่างไร” “เมื่อคุณหมอบอกว่าคุณเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ คุณดูแลตัวเองอย่างไร” หากผู้ให้ข้อมูลรู้สึกทางบวกจะถามถึงประสบการณ์ที่ทำให้รู้สึกเช่นนั้น หรือเหตุการณ์ความประทับใจนั้นมาจากเรื่องใด และหากรู้สึกทางลบจะถามในทำนองเดียวกัน พร้อมทั้งขยายคำถามเกี่ยวกับวิธีการแก้ไขปัญหาระหว่างการตั้งครรภ์ “คุณได้ทำบทบาทความเป็นแม่ในเรื่องใดบ้าง ช่วยยกตัวอย่าง” เป็นต้น

การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรอง (สามีหรือญาติที่ติดตามมาที่แผนกฝากครรภ์) สอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ อาชีพ ความสัมพันธ์กับสตรีตั้งครรภ์ (Key Informants) และใช้คำถามปลายเปิดที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ หรือการสนับสนุนให้สตรีตั้งครรภ์มีภาวะสุขภาพที่ดี ตัวอย่างคำถาม เช่น “คุณได้มีส่วนร่วมในการดูแลสตรีตั้งครรภ์อย่างไร” “คุณคิดว่าปัญหาในการดูแลสุขภาพของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์คือเรื่องใด” “คุณช่วยแก้ปัญหาเหล่านั้นอย่างไร ช่วยยกตัวอย่าง” เป็นต้น

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือในการสัมภาษณ์ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของคำถามจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน โดยอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ และอาจารย์สาขาการพยาบาลมารดาและทารก

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูล ณ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในเขตภาคใต้ เก็บข้อมูลช่วงปลายเดือนกุมภาพันธ์ - มิถุนายน พ.ศ. 2563 โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก (สตรีตั้งครรภ์เบาหวาน) และผู้ให้ข้อมูลรอง (ญาติของสตรีตั้งครรภ์ที่ติดตามมาที่แผนกฝากครรภ์) ตามเกณฑ์คัดเลือกที่กำหนด ดำเนินการสัมภาษณ์ตามวัน เวลาที่ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่มสะดวก โดยใช้เวลาในซัปดาห์และสัมภาษณ์ทั้งหมดครั้งละ 15 - 45 นาที ซึ่งส่วนใหญ่ใช้เวลาสัมภาษณ์ช่วงเช้าก่อนผู้ให้ข้อมูลจะเข้ารับการตรวจครรภ์ (ระหว่างรอตรวจซึ่งได้เข้าคิวตามลำดับก่อนหลัง) ทำให้ไม่เสียเวลาผู้ให้ข้อมูล และผู้ให้ข้อมูลบางรายสามารถให้สัมภาษณ์ภายหลังได้รับการตรวจครรภ์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสะดวกและความพร้อมของผู้ให้ข้อมูล การสัมภาษณ์ดำเนินการในห้องส่วนที่เป็นสัดส่วนอยู่ในแผนกฝากครรภ์ ผู้ให้ข้อมูลถูกสัมภาษณ์ 1 - 3 ครั้ง (ตามวันนัดมาฝากครรภ์) จนข้อมูลอิ่มตัวไม่พบประเด็นใหม่เพิ่ม (Data Saturation) ระหว่างการสัมภาษณ์ได้รับอนุญาตจากผู้ให้ข้อมูลให้มีการบันทึกเสียง และจดบันทึกข้อมูลด้วยการใช้รหัสแทนการระบุตัวบุคคล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการตั้งครรภ์ แจกแจงหาคำร้อยละ ค่าเฉลี่ย ใช้สถิติเชิงบรรยาย ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ทั้ง 2 กลุ่ม ใช้การวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic Analysis) ของ Braun & Clark (2022) ซึ่งนำข้อมูลการสัมภาษณ์มาตีความหมายให้ข้อมูลชัดเจน จากนั้นจำแนกข้อมูล (Data Segmentation) นำข้อมูลแต่ละหมวดหมู่มาใส่รหัส (Code) สร้างธีมหรือกลุ่มข้อมูลที่มีนัยความหมายหรือสาระสำคัญคล้ายกัน (Theme) ที่มิวิจัยตรวจสอบข้อมูลความเหมือนและความสอดคล้องโดยใช้ทำผังความคิดแบบ Concept Mapping ตลอดจนตรวจสอบความอิ่มตัวของข้อมูลและความถูกต้องกับที่มิวิจัย

### การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ข้อมูลสัมภาษณ์มีการจดบันทึกและบันทึกเสียง ที่มิวิจัยนำข้อมูลสัมภาษณ์มาถอดข้อมูลแบบคำต่อคำ (Transcribe Verbatim) ซึ่งก่อนการบันทึกเสียงจะมีการทวนคำถามเพื่อตรวจสอบความเข้าใจของผู้ตอบคำถาม

ให้ตอบได้ตรงประเด็นยิ่งขึ้น การแปลคำตอบผู้สัมภาษณ์จะอ่านข้อมูลที่ได้อีกเพื่อให้ข้อมูลยืนยันข้อมูลอีกครั้งก่อนจบการสัมภาษณ์ทุกครั้งเพื่อให้ข้อมูลอิมตัว ไม่มีประเด็นใหม่เพิ่ม ภายหลังจากการสัมภาษณ์ที่มิวิจัยได้นำบันทึกบทสนทนาในการสัมภาษณ์พร้อมกับการบันทึกเสียงไปตรวจสอบกับที่มิวิจัยเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้งเป็นการยืนยันให้ข้อมูลชัดเจนและความถูกต้อง

### จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและได้รับรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ลำดับที่ 14/2563 (วันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2563) และได้รับรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี เลขที่ SRU 2019\_040 (วันที่ 6 มกราคม 2563)

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้ให้ข้อมูลรอง

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคล การตั้งครรภ์ และข้อมูลสมาชิกครอบครัว

ผู้ให้ข้อมูลหลัก	อายุ (ปี)/ระดับการศึกษา	อาชีพ	รายได้/เดือน (บาท)	BMI ก่อนตั้งครรภ์	วางแผนตั้งครรภ์	1 <sup>st</sup> ANC (GA)	จำนวนตั้งครรภ์/การแท้ง/บุตรมีชีวิต	ญาติ/อายุ (ปี)	สมาชิกครอบครัว / ผู้ดูแลหลัก
M1	24 ม.6	ทำสวน	10,000	31.87	√	6	1/0/0	สามี/24	2/สามี
M2	22 ม.2	ทำสวน	10,000	37.87	√	5	1/0/0	แม่/41	4/แม่
M3	37 ป.5	กรีดยาง	6,000	24.3	√	7	2/1/0	สามี/42	6/สามี
M4	35 ม.6	กรีดยาง	10,000	27.88	x	17	5/0/4	ไม่มี/-	9/สามี
M5	35 ป.5	กรีดยาง	6,000	30.45	x	10	3/0/2	สามี/43	4/สามี
M6	33 ป.โท	พจน.ราชการ	40,000	38.04	√	5	1/0/0	สามี/35	2/สามี
M7	25 ม.6	ลูกจ้าง	15,000	30.82	x	24	2/0/1	ไม่มี/-	4/สามี
M8	35 ม.3	รับจ้าง	15,000	32.05	√	9	3/1/1	ไม่มี/-	2/สามี
M9	21 ม.2	กรีดยาง	20,000	26.12	√	25	2/0/1	แม่/40	3/สามี
M10	38 ปวส.	รับจ้าง	8,000	20.44	√	18	2/0/1	ไม่มี/-	3/สามี

จากตาราง 1 สตรีตั้งครรภ์ผู้ให้ข้อมูลหลักมีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์ ในช่วงศึกษาข้อมูลได้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก 10 ราย อายุต่ำสุด 21 ปี และสูงสุด 38 ปี อายุเฉลี่ย 30.5 ปี ส่วนใหญ่เรียนจบระดับมัธยมศึกษา มีเพียง 1 รายที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท นับถือศาสนาพุทธเกือบทั้งหมด (อิสลาม 1 ราย) ผู้ให้ข้อมูลหลักมีรายได้เฉลี่ย 14,000 บาท ต่อเดือน ประกอบอาชีพ กรีดยาง ทำสวน รับจ้าง และลูกจ้างชายของ มีเพียง 1 ราย ในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักทำงานประจำเป็นพนักงานส่วนราชการ ในจำนวนผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งหมดพบว่าตั้งครรภ์ครั้งแรก 3 ราย ไม่เคยผ่านการคลอดบุตรจำนวน 4 ราย มีประวัติแท้งบุตรจำนวน 2 ราย และพบว่าจำนวน 1 ราย ตั้งครรภ์มากกว่า 4 ครั้ง (Multipara) กลุ่มตัวอย่างหลักทั้ง 10 คน มีค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์เฉลี่ย 30.02 สตรีตั้งครรภ์จำนวนครึ่งหนึ่งมาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ มีสมาชิกครอบครัวซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลรองติดตามพามาฝากครรภ์จำนวน 6 ราย สตรีตั้งครรภ์ผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยายมี 3 ราย อาศัยอยู่กับสามีเพียง 2 ราย



ตาราง 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติและการส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน

ผู้ให้ข้อมูล รอง	อายุ (ปี)	อาชีพ	ความสัมพันธ์	การสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัวเพื่อการดูแลสตรีตั้งครรภ์เบาหวาน					
				ให้กำลังใจ	ให้หยุดงาน	ช่วยเหลือลูก/หลาน	ช่วยควบคุมอาหารเบาหวาน	ช่วยฉีดยาอินซูลิน	ส่งเสริมให้ออกกำลังกาย
R1	24	ทำสวน	สามี	✓	✓	✓	✓	✓	✓
R2	41	รับจ้าง	แม่	✓			✓		
R3	42	ทำสวน	สามี	✓			✓		
R4	43	รับจ้าง	สามี	✓	✓	✓	✓		
R5	35	พจน.บริษัท	สามี	✓			✓	✓	✓
R6	40	กรีดยาง	แม่	✓		✓	✓		

จากตาราง 2 พบว่า ผู้ให้ข้อมูลรองซึ่งเป็นญาติพาสตรีตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลให้สัมภาษณ์จำนวนทั้งหมด 6 ราย ในจำนวนนี้เป็นสามีของสตรีตั้งครรภ์ 4 ราย และเป็นมารดาของสตรีตั้งครรภ์ 2 ราย อายุกลุ่มตัวอย่างของญาติที่ให้สัมภาษณ์อยู่ระหว่าง 24 – 43 ปี ทำอาชีพ ทำสวน รับจ้าง กรีดยาง และเป็นพนักงานส่วนราชการ ทุกคนให้การดูแลสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานด้วยการให้กำลังใจและช่วยควบคุมอาหารเบาหวาน ในขณะที่สามีและแม่ของสตรีตั้งครรภ์บางรายให้หยุดงานและช่วยเหลือลูก และมีสตรีตั้งครรภ์ 2 รายที่สามีส่งเสริมให้ออกกำลังกายและสามีของทั้งคู่เป็นผู้ฉีดยาอินซูลินให้สตรีตั้งครรภ์

2. การรับรู้การตั้งครรภ์ จิตวิญญาณความเป็นแม่ และการสนับสนุนของครอบครัวในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน ผลการศึกษาข้อมูลแบ่งกลุ่มได้ 3 ประเด็นหลักดังนี้ 1) ความเป็นแม่และความรู้สึกต่อการตั้งครรภ์ 2) จิตวิญญาณความเป็นแม่ที่ทำให้มีพลังชีวิตในการฝ่าฟันปัญหาและอุปสรรค และ 3) การสนับสนุนของครอบครัวในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน ซึ่งแต่ละประเด็นหลักพบว่ามีประเด็นย่อยเกี่ยวกับการรับรู้การตั้งครรภ์ จิตวิญญาณความเป็นแม่ในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน และการสนับสนุนของครอบครัว ดังนี้

#### ประเด็นหลักที่ 1 ความเป็นแม่และความรู้สึกต่อการตั้งครรภ์

1.1 ความเป็นแม่คือความสุข ความปรารถนาดีต่อบุตร ผู้ให้ข้อมูลหลักบอกเล่าความรู้สึกต่อการตั้งครรภ์ว่ารู้สึกดีใจ รู้สึกมีความสุขที่ทราบว่าตนเองกำลังตั้งครรภ์และกำลังจะเป็นแม่ จากคำบอกเล่าแสดงออกซึ่งความปรารถนาดีด้วยความรักและความเป็นห่วงหาอาทรในครรภ์ ดังตัวอย่างคำพูดของสตรีที่ได้ตั้งครรภ์ครั้งแรกได้บอกเล่าความรู้สึกในทำนองเดียวกันว่า

“รู้สึกดีใจมาก ตื่นเต้นและดีใจ ยิ่งตอนที่ผลตรวจยืนยันว่าท้องจริงยิ่งรู้สึกว่ามันเป็นความสุข เรากำลังจะเป็นแม่คน จะมีครอบครัวที่สมบูรณ์ ต่อไปเราจะอุ้มท้องก็จะระวังตัวในการปฏิบัติดูแลตนเองมากขึ้น จะเดินจะลุกจะนั่งต้องระวัง เพราะตอนนี้กำลังจะมีลูกกับเขาจริง ๆ สักที” (M6)

“พอรู้ว่าท้องก็ดีใจมาก ๆ ดีใจจนบอกไม่ถูก มีความรู้สึกตื่นเต้นและมีความสุข ...จะดูแลตัวเองให้ดี จะรักและดูแลลูกอย่างดี จะรักเขาให้มาก อยากให้เขาสมบูรณ์ทุกอย่าง” (M2)

ส่วนสตรีตั้งครรภ์ที่เคยมีบุตรมาแล้ว และบางคนเคยตั้งครรภ์มาก่อนได้ให้ข้อมูลความรู้สึกต่อการตั้งครรภ์ในเชิงบวกเมื่อทราบว่าตั้งครรภ์ ดังคำกล่าวของสตรีตั้งครรภ์หลังว่า

“พอรู้ว่าท้องอีกคนก็ดีใจกำลังจะเป็นแม่ลูกสอง รีบแจ้งข่าวบอกแฟนก่อนใคร แฟนก็ดีใจกับเราด้วย เขาก็ให้แม่พารามาฝากท้องที่นี่ (โรงพยาบาล)” (M9)

ความรู้สึกเป็นแม่ที่ได้เติมเต็มความสมบูรณ์ให้ครอบครัว โดยผู้ให้ข้อมูลหลักรายหนึ่งรู้สึกดีใจและรอคอยการตั้งครรภ์มาหลายปี แม้ว่าในอดีตจะเคยมีลูกมาก่อน แต่ไม่เคยได้เลี้ยงดูบุตรด้วยตนเอง การตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นการเติมเต็มครอบครัวใหม่ของสตรีตั้งครรภ์รายนี้ให้สมบูรณ์ แต่ในขณะเดียวกันก็มีความเป็นห่วงบุตรในครรภ์ เนื่องจากรู้สึกว่าตนตั้งครรภ์อายุมาก โดยเล่าความรู้สึกให้ฟังว่า



“ผลตรวจยืนยันว่าท้อง รู้สึกแบบว่าทั้งดีใจ ตื่นเต้นและเป็นสุขใจ เพราะว่าตอนนี้อายุก็เริ่มจะเกิน 35 แล้วมีคนบอกว่าอายุมากถ้าท้องจะไม่ดีต่อเด็ก เราก็รีบท้องไม่คุมกำเนิดเลย เราพร้อมมากและรอมตลอดว่าเมื่อไรจะท้อง มีลูกคนแรกอายุแค่ 19 ปี ตอนนั้นเราเด็กมาก ยกลูกให้ไปอยู่กับพ่อไม่ได้เลี้ยงเอง เรามีสามีใหม่เคยแห้งไปก็กลัวจะท้องไม่ได้เพราะเริ่มอายุมาก อยากมีลูกเพื่อสร้างครอบครัวให้สมบูรณ์เราจะได้เป็นแม่ ทำหน้าที่แม่ ...ตอนนี้มันปลาบปลื้มมากอยากพุ่มพุกลูกคนนี้ให้มากที่สุดเพราะรอคอยมานาน” (M8)

1.2 ความเป็นแม่คือหน้าที่และความรับผิดชอบ สตรีตั้งครรภ์ผู้ให้ข้อมูลหลักได้สะท้อนบทบาทของความเป็นแม่ที่มีหน้าที่มีความรับผิดชอบและดูแลสุขภาพของตนเองขณะตั้งครรภ์เพื่อป้องกันอันตรายต่อทารกในครรภ์ ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลว่า

“ความเป็นแม่ มันไม่ใช่เป็นภาระหรอกนะ เรียกว่าหน้าที่มากกว่า อย่างแม่ที่เลี้ยงเรามาเป็นอย่างดีเราก็ควรจะเลี้ยงลูกเราให้ดี เราอยากทำเต็มที่รับผิดชอบต่อหน้าที่แม่ให้ดี บทบาทแม่คือดูแลเลี้ยงดูลูกให้ดีที่สุดเหมือนที่แม่เลี้ยงเรามา ...เป็นเบาหวานเราก็ต้องคุมน้ำตาลให้ดีที่สุดเช่นกัน เพื่อให้ลูกของเราปลอดภัย” (M6)

“แม่ต้องมีความรับผิดชอบและป้องกันอันตรายทุกอย่างที่จะมีผลต่อลูก บทบาทของคนเป็นแม่ต้องมีความรับผิดชอบมากขึ้น ขยันมากขึ้น ทำอะไรก็จะคิดถึงลูกเป็นหลัก เมื่อก่อนทำงานรับจ้าง งานมันหนัก ตอนนั้นไม่ได้ทำงานเพราะตั้งใจว่าจะดูแลลูกในท้องนี้ให้ดี เราจะดูแลตัวเองมากขึ้น เป็นห่วงลูกในท้อง ...การขับซึ่รหมดเอร์โซด์ (จยย.) เมื่อก่อนขับหมดเอร์โซด์เอง ตอนนั้นไม่แล้วกลัวล้ม กลัวแห้ง ห่วงลูก” (M7)

“บทบาทของแม่ต้องปกป้องลูกให้ดีค่ะ จะบำรุงครรภ์ให้ดี และตั้งใจจะเลี้ยงลูกด้วยตนเอง คิดว่าจะทำหน้าที่เลี้ยงลูกได้อย่างแม่ที่ดีคนหนึ่งจะสามารถทำได้ค่ะ” (M1)

1.3 แม่ที่ดีมีความเสียสละและอดทนต่อภาวะเบาหวาน ผู้ให้ข้อมูลหลักบางรายได้ให้มุมมองของความเป็นแม่ที่เป็นแบบอย่างจากประสบการณ์ของตนเองที่แม่ของตนได้ให้ความรักและเลี้ยงดูด้วยความเสียสละและอดทน จากตัวอย่างประโยคที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“พอเราเป็นแม่คนก็ทำให้คิดถึงแม่ของตัวเองมากขึ้น แม่เป็นตัวอย่างที่ดีให้เรามาตลอด แม่อดทนเพื่อเราเหมือนเราที่อดทนเพื่อลูกของเรา ต้องดูแลตนเอง ลดอาหารหวาน งดทานของที่ชอบ ทำให้เข้าใจแล้วว่าแม่เสียสละเพื่อเรามาก (แม่ของสตรีตั้งครรภ์รายนี้เป็นเบาหวาน) รักแม่มากขึ้น ทำให้รู้ว่าคนเป็นแม่รักลูกมาก เพราะเรารักลูกในท้องเรามาก” (M3)

ประเด็นหลักที่ 2 จิตวิญญาณความเป็นแม่ที่ทำให้มีพลังชีวิตในการฝ่าฟันปัญหาและอุปสรรค

จากการให้สัมภาษณ์แม้ว่าผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่มีความรู้สึกรับรู้ต่อการตั้งครรภ์ในเชิงบวก แต่อย่างไรก็ตามผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งมีบุตรมาแล้วหลายคนและไม่ได้วางแผนในการตั้งครรภ์ครั้งนี้ ทำให้สตรีตั้งครรภ์ส่วนหนึ่งเกิดความรู้สึกกังวลใจเกี่ยวกับรายได้และภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัว ในขณะที่เดียวกันสตรีตั้งครรภ์มีความเชื่อว่าการมีลูกทำให้มีพลังชีวิตให้ทำหน้าที่แม่ที่ดีให้ฝ่าฟันอุปสรรคในชีวิตได้ ดังคำบอกเล่าประสบการณ์ในความเป็นแม่ของผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งว่า

“พอรู้ว่าท้องความรู้สึกแรกกังวลปนกับความดีใจ เพราะตอนนี้ก็ลำบากรายรับไม่พอรายจ่ายที่บ้านยากจนตอนนี้ก็ลำบากมาก กังวลมากมีลูกหลายคนค่าใช้จ่ายก็มาก แต่คนเป็นแม่ก็ต้องเลี้ยงลูกให้ดี ไม่ให้อดอยาก ไม่ให้ลูกลำบาก ดูแลเขาให้ได้กินอาหาร ให้ได้เรียนหนังสือ... หลายครั้งเจอมรสุมชีวิต พอเห็นหน้าลูกๆ หรือรู้สึกเวลาลูกในท้องดิ้น ก็บอกตัวเองว่าลูกทำให้เรามีพลังชีวิตให้ฝ่าฟันอุปสรรคได้” (M5)

“ยอมรับว่าไม่ตั้งใจจะมีลูกอีกเพราะมีลูก 4 คนแล้ว เราต้องทำงานตลอดก็กลัวจะทำหน้าที่แม่ได้ไม่ดี ไม่ค่อยมีเวลาส่งลูกไปโรงเรียน คนเล็กเพิ่งจะขวบเดียว ยอมรับว่าการเป็นแม่มันเหนื่อย แต่จะลำบากยังไงเราก็รักลูกเรามาก ถึงอย่างไรความเป็นแม่สร้างพลังบวกทำให้เราอดทนทำได้ทุกอย่างเพื่อลูก ...ตอนนี้จะมีอีกคนเราก็ต้องขยันมากขึ้น เขามาแล้ว เราจะดูแลเขาให้ดี ตอนนี้เป็นเบาหวานด้วย พยาบาลที่อนามัยแนะนำให้มาฝากท้องที่นี่ (โรงพยาบาล) เราอยากให้เขาปลอดภัยที่สุด ลำบากยังไงก็ต้องมาฝากท้องที่นี่” (M4)

ประเด็นหลักที่ 3 การสนับสนุนของครอบครัวในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน

3.1 เป็นที่ปรึกษาเป็นกำลังใจ สตรีตั้งครรภ์เบาหวานได้รับกำลังใจจากครอบครัวซึ่งเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ทำให้สตรีตั้งครรภ์ให้ความสำคัญในการมาฝากครรภ์และได้รับการส่งเสริมเรื่องการดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์ ดังประโยคที่ได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ดังนี้

“มีแม่กับสามีที่เป็นที่ปรึกษาคอยให้กำลังใจตลอด แม่จะพามาฝากท้องด้วยตลอดทุกครั้งที่มาโรงพยาบาล สามีจะไปปรับแม่มาพักที่บ้านล่วงหน้า 2 – 3 วัน (แม่ของสตรีตั้งครรภ์อยู่ต่างจังหวัด) พอวันนัดแม่ก็จะนั่งรถมาด้วยกัน แม่และสามีเป็นกำลังใจที่ดีเป็นที่ปรึกษาทุกอย่าง” (M2)

สอดคล้องกับผู้ให้ข้อมูลรองซึ่งเป็นมารดาของสตรีตั้งครรภ์ที่ติดตามมาด้วย ให้สัมภาษณ์ในทำนองเดียวกันเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานว่า

“พอรู้ว่าลูกสาวท้องก็ดีใจ ยอมเดินทางมาหาลูกสาวเพื่อจะได้พาเขามาฝากท้องที่โรงพยาบาล เขาจะได้อุ่นใจ เพราะแม่มีประสบการณ์ท้องมาก่อน เรารู้ว่าคนท้องต้องการกำลังใจ เวลาที่ไม่ได้อยู่กับลูกเราก็โทรคุยตลอด ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำทุกอย่าง” (ยิ้มตลอดการให้ข้อมูล) (R2)

เช่นเดียวกับผู้ให้ข้อมูลรองที่เป็นมารดาของสตรีตั้งครรภ์อีกคน ได้แสดงความคิดเห็นในประเด็นการให้การสนับสนุนให้กำลังใจสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน ดังนี้

“บอกเขาว่าลูกเป็นเบาหวานเฉพาะตอนท้อง หลังคลอดเดี๋ยวก็หาย ให้ลูกคุมอาหารเบาหวานดี ๆ อย่ากินหวานเยอะ อย่ากินมันเยอะ จะคอยให้กำลังใจลูกตลอด บอกลูกให้อดทนอย่ากินมากที่หวาน ๆ เดี่ยวจะคลอดยาก ไกลคลอดแล้วต้องอดทนนะ” (R6)

3.2 รับส่งพามาฝากครรภ์ ผู้ให้ข้อมูลรองซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวให้ข้อมูลว่าสตรีตั้งครรภ์ได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวด้วยการขับรถรับส่ง อำนวยความสะดวกให้สตรีตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล ดังประโยคที่สามีของสตรีตั้งครรภ์รายหนึ่งได้ให้สัมภาษณ์ว่า

“พ่อแม่ของผมก็ให้ค่าปรึกษาและคอยช่วยเหลือ บอกเอารถยนต์ไปใช้จะได้พาเขาไปฝากท้องได้สะดวก อย่างวันนี้พ่อก็ให้มารถยนต์ขับมาส่งเขาที่โรงพยาบาล เพราะถ้านั่งรถมาเองก็ลำบากรอรถสองแถวนาน ผมพาเขามาฝากท้องทุกครั้ง ขับรถมารับและส่งเพื่อมาพบหมอนัด สุขภาพของเขาก็ปกติก็ไม่มีปัญหาอะไร” (R1)

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ยังพบว่า สามีของสตรีตั้งครรภ์ให้การสนับสนุนภรรยาแม้ว่าภาวะสุขภาพของตัวเองจะไม่ค่อยแข็งแรง แต่ปรารถนาให้ภรรยาและบุตรในครรภ์ปลอดภัย มีความตั้งใจในการดูแลสุขภาพของภรรยาด้วยการให้เวลากับภรรยาช่วงหยุดพักงาน ดังประโยคที่ได้ให้สัมภาษณ์ว่า

“สุขภาพของผมไม่ค่อยดี ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพเท่าไร ผมไม่รู้วิธีพูด รู้แต่ว่าถ้าทำได้จะทำให้เขา ถ้าวันไหนหยุดงาน อย่างวันนี้ก็พามาฝากท้องที่โรงพยาบาล เขาไม่ค่อยได้ทานข้าวก็จะถามเรื่องให้กินข้าวมากกว่า ผมก็จะย้าให้เขาต้องดูแลสุขภาพให้ดี หากมีเวลาก็มาอยู่กับเขาเต็มที่พามาฝากท้องที่โรงพยาบาลวันนี้” (R4)

สอดคล้องกับข้อมูลที่สตรีตั้งครรภ์ได้ให้สัมภาษณ์ถึงประเด็นที่หากสามีมีเวลาจะขับรถพามาฝากครรภ์ ดังประโยคที่ผู้ให้สัมภาษณ์ว่า

“สามีเราเขาช่วยทุกอย่าง แต่เขาไม่ค่อยพูด เป็นคนพูดน้อย เรารู้ว่าเขาเป็นห่วงและให้กำลังใจตลอด ...เขาทำงานตลอดแต่ต้องมาหยุดงาน ช่วงนี้ไม่ค่อยมีคนมาจ้าง วันนี้ก็ขับรถพามาฝากท้องที่โรงพยาบาล เขาพูดไม่เก่ง แต่รู้ว่าเราเป็นห่วงเรา” (M5)

3.3 หารายได้หลักและแบ่งเบางานบ้าน จากการสัมภาษณ์ข้อมูลจากสามีของสตรีตั้งครรภ์พบว่า สามีของสตรีตั้งครรภ์เป็นผู้หารายได้หลักให้ครอบครัวและช่วยแบ่งเบางานบ้าน เนื่องจากมีความห่วงใยในสุขภาพของภรรยาและบุตรในครรภ์ ดังตัวอย่างคำพูดจากสามีในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลรองว่า

“พอเขาท้องก็ไม่ได้ให้เขาออกไปทำงานนอกบ้าน ช่วยดูแลเขา เขาท้องแล้วไม่ยากให้เขาเหนื่อย งานในบ้านก็ช่วยเขาทำ อยากให้เขาแข็งแรงลูกในท้องก็จะแข็งแรงด้วย” (R1)

“ผมรับจ้างทำงานหาเงินเตรียมให้เขาและลูก เรามีลูกหลายคนก็ช่วยกันเลี้ยงลูก ช่วยงานในบ้าน รายได้เราไม่เยอะ เขาก็อยากจะทำงานหารายได้มาช่วยกัน ผมหวังเขามากกว่า เลยบอกไม่ต้องไปทำงานแล้วนะ ผมทำงานคนเดียวน่าจะดีกว่า” (R4)

สอดคล้องกับข้อมูลที่สตรีตั้งครรภ์ได้ให้สัมภาษณ์ในประเด็นเกี่ยวกับการได้รับการดูแลจากสามีและการมีรายได้หลักจากสามี ดังประโยคที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“อยากช่วยเขาเพราะรายได้หลักมาจากเขาคนเดียว อยากช่วยทำงานเราก็กังวลค่าใช้จ่ายเพราะไม่ได้ช่วยทำงานทำให้มีรายได้น้อยลง เขาก็ไม่ให้ทำ บอกห่วยเราห่วยลูก ให้เราดูแลลูก ๆ เขายังช่วยเราเลี้ยงลูกด้วย” (M5)

3.4 ควบคุมอาหารเบาหวาน การดูแลสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน พบว่าสามีของสตรีตั้งครรภ์มีส่วนช่วยดูแลสุขภาพด้วยการควบคุมเบาหวานในระหว่างตั้งครรภ์ ดังประโยคของสตรีตั้งครรภ์ผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

“สามีอายุห่างจากเราเยอะเป็นผู้ใหญ่มาก เคยโดนสามีดุเรื่องทานของหวานตอนท้อง เขาเป็นห่วงลูก คิดว่าดีเหมือนกัน มีคนช่วยเตือนจะได้ไม่ทานหวานมาก เขาช่วยเตือนคุมอาหารเบาหวานตลอด” (M2)

“พอท้องยิ่งดูแลสุขภาพมากขึ้น เรื่องอาหารสามีเข้ามาช่วยดูแลมากขึ้น ทั้งเรื่องปริมาณอาหารการปรุงอาหารเราก็กังวลใจและดูแลตัวเองได้มากขึ้น เช่น กินข้าวกล้องแทนข้าวสวย มื้อเย็นไม่ค่อยหิวก็กินเป็นส้มตำ กินผลไม้แทนข้าว ส่วนมื้อเช้า มื้อเที่ยงก็ทานข้าวประมาณนี้ค่ะ” (M6)

ในการศึกษายังพบว่า สามีของสตรีตั้งครรภ์บางรายมีความรู้จากการเข้าอบรมในโรงพยาบาลเรื่องอาหารสำหรับสตรีตั้งครรภ์ ทำให้มีความรู้ช่วยจำกัดปริมาณอาหารหวานได้เหมาะสม ดังตัวอย่างประโยคบอกเล่าที่ได้ให้สัมภาษณ์ว่า

“เป็นเบาหวานก็ไม่มีปัญหาหรอก ถ้าเรารู้วิธีทานอาหารที่ถูกต้อง แพนผมเขากินเยอะ กินข้าวแต่ละมื้อจานพูน ชอบกินแตงโม ยิ่งหน้าร้อนเขาก็อยากกินแตงโมทั้งลูก ผมเคยไปฟังที่เขาสอนมา โภชนาการที่คนท้องควรกินเขาก็ให้กินแตงโมได้ 10 คำ ไม่ให้กินเยอะ เราก็ดูเอาความรู้ตรงนี้มาเตือนเขาให้เขาทานอย่างปลอดภัยต่อลูกในท้อง” (R3)

นอกจากนี้ในการศึกษาพบว่าสตรีตั้งครรภ์ได้รับกำลังใจจากแม่ของตนเอง และได้รับคำแนะนำในเรื่องอาหารที่ควรรับประทานระหว่างตั้งครรภ์ ดังประโยคที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ลูกสาวก่อนท้องเขาก็ไม่ได้คุมอาหาร พอรู้ว่าเป็นเบาหวานตอนท้องก็บอกเขาให้พยายามคุมอาหาร คุมการกินอย่างเคร่งครัด งดของทอดหันมากินผักมากขึ้น เราเองก็ทำอาหารปรุงให้เขาทานเองแบบไม่หวานเรากุมิใจในตัวลูกอยู่แล้ว เคยกังวลว่าเขาจะทำได้หรือไม่เรื่องดของหวาน เขาก็พยายามทานหวานน้อยลง ให้กำลังใจเขาให้คำปรึกษาตลอด” (R2)

ผลการศึกษาสอดคล้องกับผู้ให้ข้อมูลรองที่เล่าประสบการณ์ว่า การมีส่วนช่วยดูแลสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ เนื่องจากเคยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้ช่วยเตือนเรื่องการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับการตั้งครรภ์เบาหวาน ดังประโยคที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“เราเป็นแม่ เราเคยเป็นเบาหวานตอนท้อง เขาเลยห้าม เขาไม่ให้ทานของหวานมาก เช่น ของหวานจัด ชาเย็น นมเย็น ผลไม้หวาน ๆ พยายามห้ามลูกไม่ให้กินหวานมาก ห้ามไม่ให้กินเยอะเพราะกลัวเขาน้ำตาลขึ้น เขาชอบกินบัวลอย กลัวยบวชซี ต้องคอยห้ามเขาบ่อย ๆ เตือนเรื่องการทานอาหารตลอด” (R6)

3.5 ผู้ช่วยฉีดยาอินซูลิน สตรีตั้งครรภ์ส่วนหนึ่งต้องได้รับยาอินซูลินร่วมกับการควบคุมอาหารเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ซึ่งในจำนวนผู้ให้ข้อมูลหลักพบว่ามีสตรีตั้งครรภ์ 2 รายกลัวเข็มฉีดยา สามีช่วยฉีดยาอินซูลิน ดังตัวอย่างประโยคบอกเล่าที่ได้ให้สัมภาษณ์ว่า

“ผมเคยเตือนแล้วว่าระวังจะเป็นเบาหวาน เขาก็ไม่เชื่อ เคยบอกว่าเดียวได้ฉีดยา เป็นไงล่ะ (หันไปหาภรรยา) วันนี้ได้ยาฉีดยาจริง ๆ ตอนพยาบาลเรียกให้ญาติไปรับยา เดาไว้เลยว่าต้องได้ยาฉีดยา (สตรีตั้งครรภ์ยิ้ม) ดินะได้ฉีดยาแค่ตอนเช้า (4-0-0) ผมเข้าฟังสอนวิธีการฉีดยาอินซูลินเพราะคงเป็นผมฉีดยาให้ เขาไม่กล้าฉีดยาเอง” (R3)

“ฉีดยาอินซูลินให้เขาทุกวัน เข็มชนิดเดียวแต่เขากลับใจ ผมก็ฉีดยาให้ตลอด 4-4-4 และกีก่อนนอนอีก 4 ยูนิต

เป็นตัวเลขที่ง่ายยดี (หัวเราะ) แต่ถ้าวันไหนติดธุระไม่อยู่บ้านก็ให้แม่ช่วยฉีดยให้” (R5)

3.6 ส่งเสริมสุขภาพให้ออกกำลังกาย ประเด็นสำคัญอีกประการหนึ่งที่พบในการศึกษาครั้งนี้คือ สามีของสตรีตั้งครรรค์ส่งเสริมสุขภาพให้ออกกำลังกาย โดยการชักชวนให้ภรรยาไปออกกำลังกายด้วยกัน ดังตัวอย่างประโยคบอกเล่าจากผู้ให้ข้อมูลรองว่า

“เราทำอาหารทานเองปรุงอาหารเอง ลดเค็ม ลดไขมัน ลดน้ำตาล มีออกกำลังกายช่วงเย็นแบบเดินประมาณ 5 กม. ที่สวนสาธารณะในหมู่บ้านเดินออกกำลังกายด้วยกันหลังเลิกงาน จะชวนกันไปเดินออกกำลังกายช่วง 4 โมงเย็นทุกวันครับ” (R5)

“ตื่นเช้าได้เดินไปสวน อาชีพเราทำสวน เข้า ๆ เราเข้าสวน ชวนกันเดินออกกำลังกายเช้า ๆ ทุกวัน ผมก็คิดว่าน่าจะดีกับสุขภาพ เขาจะได้แข็งแรง” (R1)

### การอภิปรายผล

1. การรับรู้การตั้งครรรค์ จิตวิญญานความเป็นแม่ ผลการศึกษาพบว่าสตรีตั้งครรรค์มีจิตวิญญานความเป็นแม่ที่ดี สตรีตั้งครรรค์ในการศึกษาครั้งนี้รับรู้การตั้งครรรค์ในเชิงบวก มีความรู้สึกต่อบุตรในครรรค์ด้วยความรักและห่วงใยต่อทารกในครรรค์ แม้ว่าสตรีตั้งครรรค์บางรายจะไม่ได้วางแผนเพื่อการตั้งครรรค์มาก่อน แต่สตรีตั้งครรรค์ในการศึกษาครั้งนี้มีจิตวิญญานความเป็นแม่ที่เสียสละและมีความรับผิดชอบ พร้อมทำหน้าที่ดูแลสุขภาพเพื่อปกป้องทารกในครรรค์ให้ปลอดภัยจากโรคเบาหวาน จากข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีตั้งครรรค์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักพบว่า สตรีตั้งครรรค์ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยและประกอบอาชีพทำสวนหรือรับจ้าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งสตรีตั้งครรรค์ที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรรค์มาก่อน มีสมาชิกในครอบครัวจำนวนหลายคน ทำให้ความรู้สึกรับรู้ต่อการตั้งครรรค์ที่ไม่ได้วางแผนมีความวิตกกังวลที่สะท้อนให้เห็นถึงภาระค่าใช้จ่ายที่จะเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับรายได้ของครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลทำให้สตรีตั้งครรรค์ในกลุ่มนี้ทั้งรู้สึกดีใจที่ตั้งครรรค์และรู้สึกเครียดจากความวิตกกังวลในการขาดรายได้ระหว่างตั้งครรรค์ ตลอดจนแนวโน้มที่จะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น (Phanwichatkul, 2018) สอดคล้องกับการศึกษาของ Brunton, Simpon, & Dryer (2020) ที่สนับสนุนการศึกษาในประเด็นนี้ว่า ภาระรับผิดชอบในการหารายได้ของครอบครัว การทำงานระหว่างการตั้งครรรค์ส่งผลให้สตรีตั้งครรรค์เกิดความวิตกกังวลและส่งผลกระทบต่อดูแลสุขภาพระหว่างการตั้งครรรค์

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มสตรีที่เคยมีบุตรมาก่อนส่วนใหญ่ไปฝากครรรค์ครั้งแรกในช่วงไตรมาสสอง ซึ่งล่าช้าไม่เป็นไปตามนโยบายขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่ส่งเสริมให้สตรีตั้งครรรค์มาฝากครรรค์ก่อนอายุครรรค์ 12 สัปดาห์ในครั้งแรกของการฝากครรรค์ (Fagbamigbe, Olaseinde, & Fagbamigbe, 2021) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าสตรีที่ตั้งครรรค์ครั้งแรก รวมทั้งสตรีที่ยังไม่เคยมีบุตรไปฝากครรรค์ครั้งแรกเฉลี่ยอายุครรรค์ประมาณ 6 สัปดาห์ และมีการฝากครรรค์อย่างต่อเนื่องตามนัดทุกครั้ง ซึ่งเป็นการฝากครรรค์ที่ได้มาตรฐาน ในขณะที่สตรีตั้งครรรค์ครั้งแรกหรือสตรีที่ยังไม่เคยมีบุตรมาก่อน มีความตั้งใจไปฝากครรรค์ครั้งแรกตั้งแต่ทราบว่าตั้งครรรค์ตามเกณฑ์พัฒนาคุณภาพบริการงานอนามัยแม่และเด็ก กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขและองค์การอนามัยโลกที่แนะนำให้ไปฝากครรรค์ครั้งแรกไม่ควรมีอายุครรรค์เกิน 12 สัปดาห์ อาจกล่าวได้ว่าสตรีตั้งครรรค์ในกลุ่มนี้ให้ความสำคัญต่อบทบาทการเป็นแม่ที่ดี ด้วยความรู้สึกดีใจไปลาปล้มที่กำลังจะเป็นแม่ ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของสตรีตั้งครรรค์ในการดูแลสุขภาพระหว่างการตั้งครรรค์ให้ปลอดภัยมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาทั้งในและต่างประเทศมีรายงานว่า (Amphai, Kantaruksa, Sriarporn, & Sansiriphun, 2021) การรับรู้ของแม่มีใหม่มีความรู้สึกในทางบวกเป็นความรู้สึกดีใจและห่วงใยต่อบุตรในครรรค์ มีจิตวิญญานความเป็นแม่และการเตรียมความพร้อมในการทำหน้าที่แม่ที่ดี โดยมีมุมมองว่าความเป็นแม่เป็นความท้าทายที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน จึงมีการรอคอยเพื่อการทำหน้าที่ในบทบาทแม่ ต้องการปกป้องทารกในครรรค์ด้วยการดูแลสุขภาพของตนเองให้ดี (Attard, 2023) งานวิจัยที่สนับสนุนการศึกษานี้ยังพบว่า สตรีตั้งครรรค์ส่วนใหญ่รับรู้ความรู้สึกต่อการตั้งครรรค์ในทางบวก ไม่ว่าจะเป็นความรู้สึกดีใจ ลาปล้ม ความไม่แน่ใจสงสัยในการตั้งครรรค์ อย่างไรก็ตามในความรู้สึกเหล่านี้ทำให้เกิดความสับสนในจิตวิญญานความเป็นแม่ และมีความสัมพันธ์ต่อการปรับบทบาทแม่ให้มีความรับผิดชอบที่ยิ่งใหญ่และเสียสละ (Martins & Gall,

2021; Pilaikiat & Lamlong, 2020) ดังนั้นการตั้งครรรค์ทำให้สตรีมีการปรับบทบาทและความรับผิดชอบในการทำหน้าที่การเป็นแม่ที่ดี ใส่ใจในสุขภาพของตนเองเพื่อให้การดำเนินการตั้งครรรค์เป็นไปอย่างปลอดภัย (Amphai, Kantaruksa, Sriarporn, & Sansiriphun, 2021; Martins & Gall, 2021)

2. การรับรู้เกี่ยวกับการตั้งครรรค์ในสตรีที่อายุมาก ในการศึกษาที่พบประเด็นที่น่าสนใจคือ จำนวนครั้งหนึ่งในกลุ่มสตรีตั้งครรรค์ผู้ให้ข้อมูลหลักมีอายุขณะตั้งครรรค์มากกว่า 35 ปี ซึ่งสตรีตั้งครรรค์ที่อายุมากกว่า 35 ปีทางสูติศาสตร์คัดกรองให้สตรีกลุ่มนี้อยู่ในกลุ่มครรรค์เสี่ยงสูง การศึกษาที่ผ่านมาพบรายงานความสัมพันธ์เกี่ยวกับสตรีตั้งครรรค์อายุมาก หลายคนมีปัญหาทางสุขภาพทั้งสุขภาพของสตรีตั้งครรรค์และทารกในครรรค์ ปัญหาที่พบบ่อยได้แก่ การแท้ง การคลอดก่อนกำหนด การเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคทางอายุรกรรม ภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรรค์ (Correa-de-Araujo & Yoon, 2021) สอดคล้องกับผลการศึกษาคั้งนี้คือ สตรีตั้งครรรค์เบาหวานกลุ่มนี้มีความวิตกกังวลเรื่องอายุมากขณะตั้งครรรค์ เนื่องจากเป็นห่วงสุขภาพของทารกในครรรค์ที่อาจส่งผลจากร่างกายของแม่ที่อายุมากในระหว่างตั้งครรรค์ เห็นได้ชัดจากประวัติการตั้งครรรค์ของสตรีตั้งครรรค์ที่อายุมากในการศึกษาคั้งนี้ พบว่าสตรีตั้งครรรค์ในกลุ่มที่อายุมากเคยแท้งบุตรครรรค์แรก บางรายบุตรเสียชีวิตขณะตั้งครรรค์โดยไม่ทราบสาเหตุ มีการศึกษาที่สนับสนุนข้อมูลการแท้งของสตรีตั้งครรรค์อายุมากในประเทศโอมานในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบว่า สตรีตั้งครรรค์ที่อายุระหว่าง 35 - 39 ปี มีโอกาสแท้งบุตรร้อยละ 33 หากอายุสตรีตั้งครรรค์เกิน 40 ปี จะยังมีโอกาสแท้งบุตรสูงขึ้นเป็นร้อยละ 50 (Biagioni, May, & Broskey, 2021) ดังนั้นสตรีตั้งครรรค์ในกลุ่มนี้แม้จะมีความรู้สึกดีใจต่อการตั้งครรรค์ ในขณะที่เดียวกันมีการรับรู้ความเสี่ยงในการตั้งครรรค์ที่อายุมาก อาจกล่าวได้ว่า สตรีตั้งครรรค์อายุมากส่งผลให้เกิดภาวะเสี่ยงสูงในการตั้งครรรค์และเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดระหว่างตั้งครรรค์

นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่าสตรีตั้งครรรค์ที่มีอายุมากรู้สึกกังวลเกี่ยวกับโอกาสที่จะตั้งครรรค์ยากขึ้นตลอดจนความเครียดในหน้าที่บทบาทการเป็นแม่และการเลี้ยงดูบุตรที่ได้ให้กำเนิดก่อนหน้า จากข้อมูลที่พบในการศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Brunton, Simpon, & Dryer (2020) ที่พบว่าสตรีตั้งครรรค์ส่วนหนึ่งมีความวิตกกังวลกับการตั้งครรรค์ในวัยที่ใกล้จะหมดโอกาสการมีบุตร เมื่ออายุมากขึ้นกลัวภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะส่งผลกระทบต่อทารกในครรรค์จึงมีความต้องการตั้งครรรค์ในช่วงอายุที่เหมาะสม อย่างไรก็ตามสตรีตั้งครรรค์บางรายต้องการมีบุตรเพื่อเติมเต็มให้ครอบครัวสมบูรณ์ การตั้งครรรค์สะท้อนให้เห็นความสมบูรณ์ของร่างกายเพศหญิง การให้กำเนิดทารกทำให้เป็นเพศหญิงมีคุณสมบัติครบถ้วน สมาชิกที่เพิ่มขึ้นเป็นการเติมเต็มครอบครัวให้สมบูรณ์ มีการศึกษาที่สนับสนุนความต้องการมีบุตรเพื่อให้สตรีทำหน้าที่ของภรรยาได้สมบูรณ์ (Phanwichatkul, Burns, Liamputtong, & Schmied, 2019) กล่าวคือความเป็นแม่ได้รับการยอมรับในการทำหน้าที่ภรรยา และหน้าที่ของแม่ที่ให้กำเนิดบุตรและเลี้ยงดูบุตร ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการให้กำเนิดทายาทและทำให้ครอบครัวสมบูรณ์ด้วยการมีผู้สืบสายเลือดในแต่ละรุ่น (Phanwichatkul, 2018)

3. การสนับสนุนของครอบครัวในสตรีตั้งครรรค์ที่เป็นเบาหวาน ข้อมูลของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลรองที่เป็นแม่และสามีของสตรีตั้งครรรค์ในการศึกษาคั้งนี้พบว่า ครอบครัวให้กำลังใจสตรีตั้งครรรค์ในการมาฝากครรรค์ เป็นที่ปรึกษาให้สตรีตั้งครรรค์ควบคุมอาหารเบาหวาน แนะนำบริโภคอาหารอย่างเหมาะสมระหว่างการตั้งครรรค์ การมารับและส่งระหว่างการมาฝากครรรค์ การให้หยุดทำงานและช่วยแบ่งเบางานบ้าน ตลอดจนการส่งเสริมให้ออกกำลังกายเป็นการสนับสนุนของครอบครัวที่เห็นได้ชัดเจน ผลการศึกษาแสดงให้เห็นบทบาทของสามีและบทบาทการทำหน้าที่เป็นบิดาของทารกในครรรค์ในด้านบวก มีรายงานการศึกษาของ Feng, Deng, Sivak, Yeung, & Nagpal (2024) ปัจจัยส่งเสริมให้สตรีตั้งครรรค์สามารถจัดการกับตัวเองเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดโดยมีสามีให้กำลังใจ เป็นผู้คอยดูแลพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เหมาะสมกับภาวะเบาหวานของภรรยาที่กำลังตั้งครรรค์ การเตือนเพื่อให้งดอาหารหวาน การฉีดยาอินซูลิน และการควบคุมน้ำหนักระหว่างตั้งครรรค์ จึงกล่าวได้ว่าการสนับสนุนของสามีเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้สตรีตั้งครรรค์มีกำลังใจในการปรับพฤติกรรมดูแลสุขภาพระหว่างตั้งครรรค์

ผลการศึกษายังพบอีกว่ามารดาและสมาชิกอื่นในครอบครัวของสตรีตั้งครรรค์ได้ให้การสนับสนุนเป็นที่ปรึกษาและให้กำลังใจในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการตั้งครรรค์ที่ปลอดภัย โดยเฉพาะมารดาของสตรีตั้งครรรค์ที่แสดงออกถึง



ความรัก ความเป็นห่วงบุตรสาวที่กำลังตั้งครรภ์ ตลอดจนมีความตื่นตัวที่ทราบว่าตนกำลังจะมีหลานที่เกิดจากลูกสาว ซึ่งมีงานวิจัยในอินเดียที่ผลการศึกษาล้ำคลึงกับการศึกษาในครั้งนี้ ผลการศึกษาพบว่าสมาชิกในครอบครัวของสตรีตั้งครรภ์ไม่ว่าจะเป็นสามี แม่ รวมทั้งแม่ของสามี มีอิทธิพลต่อสตรีตั้งครรภ์อย่างมากในการดูแลสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ มีการส่งเสริมสุขภาพเรื่องอาหาร การพักผ่อน การใช้ความเชื่อเป็นที่พึ่งทางใจในขณะตั้งครรภ์ ทั้งนี้เพื่อให้สุขภาพของมารดาและทารกปลอดภัย (Al-Mutawtah, Campbell, Kubis, & Erjavec, 2023)

จะเห็นได้ว่าการรับรู้ต่อการตั้งครรภ์ ความรู้สึก และบทบาทความเป็นแม่ของสตรีที่ตั้งครรภ์มีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลาย ๆ ด้าน ได้แก่ ความพร้อมของการตั้งครรภ์ ภาวะสุขภาพระหว่างการตั้งครรภ์ การสนับสนุนของครอบครัว ความเครียด ความสามารถในการเผชิญปัญหา ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการตอบสนองต่อการตั้งครรภ์ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตามจิตวิญญาณความเป็นแม่ในสตรีตั้งครรภ์ไม่แตกต่างกัน ความเชื่อความศรัทธาของพลังการเป็นแม่มีความเสียสละ มีการดูแลสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน (Self-Management) แม้ว่าจะมีข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ ความเครียด การผิวน้ำความต้องการอยากอาหารของร่างกาย ข้อจำกัดทางสังคมที่ส่งผลให้ปรับพฤติกรรมดูแลในช่วงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ แต่ด้วยจิตวิญญาณความเป็นแม่ทำให้สตรีตั้งครรภ์มีพลังชีวิตที่จะฝ่าฟันปัญหาและอุปสรรคในระหว่างการตั้งครรภ์ (Phanwichatkul, Kownaklai, Chaisetsampun, & Yothathip, 2023) การสนับสนุนของครอบครัวเป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้สตรีตั้งครรภ์ผ่านปัญหาและอุปสรรคความต้องการอยากอาหาร การจำกัดปริมาณอาหารและการควบคุมน้ำหนักระหว่างตั้งครรภ์ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ดังนั้นครอบครัวมีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือสตรีตั้งครรภ์ในการทำกิจกรรมประจำวัน และเป็นกำลังใจสำคัญให้สตรีตั้งครรภ์สามารถจัดการภาวะเบาหวานด้วยตนเองได้มากขึ้น

### การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า ควรนำความรู้ไปใช้พัฒนาการจذبอบรมในโครงการโรงเรียนพ่อแม่ หรือโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ตลอดจนการประยุกต์ใช้ความรู้ในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง เพื่อส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์มีจิตวิญญาณความเป็นแม่ที่ดี เพื่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ นอกจากนี้ ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นครอบครัวมีส่วนสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะสามีและมารดาของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นคนสำคัญในการสนับสนุนให้กำลังใจสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง ดังนั้นความรู้ในการวิจัยครั้งนี้ควรนำมาประยุกต์ใช้จัดทำโครงการหรือโปรแกรมการอบรมสมาชิกในครอบครัวของสตรีตั้งครรภ์ให้มีความรู้ มีส่วนร่วมในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานโดยร่วมมือกับพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการวางแผนการดูแลแบบองค์รวมเพิ่มคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยนี้ศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตภาคใต้ จึงควรมีการศึกษาวิจัยกับสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงในบริบทอื่น ๆ หรือมีความหลากหลายทางสังคมและวัฒนธรรมเพื่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ เป็นแนวทางในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ได้หลายมิติหลากหลายบริบท ตลอดจนควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการวางแผน การคัดกรองเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

### References

- Al-Mutawtah, M., Campbell, E., Kubis, H.-P., & Erjavec, M. (2023). Women's experiences of social support during pregnancy: A qualitative systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 782.



- Amphai, S., Kantaruksa, K., Sriarporn, P., & Sansiriphun, N. (2021). A grounded theory of the transition from a high-risk pregnancy to motherhood among women in northern Thailand. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 25(2), 213-228.
- Attard, J. (2023). *Spirituality and Spiritual Care in the Transition to Motherhood Perspectives on Midwifery and Parenthood* (pp. 181-192): Springer.
- Biagioni, E. M., May, L. E., & Broskey, N. T. (2021). The impact of advanced maternal age on pregnancy and offspring health: A mechanistic role for placental angiogenic growth mediators. *Placenta*, 106, 15-21.
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). *Thematic Analysis: A practical guide*: sage London.
- Brunton, R., Simpson, N., & Dryer, R. (2020). Pregnancy-related anxiety, perceived parental self-efficacy and the influence of parity and age. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6709.
- Correa-de-Araujo, R., & Yoon, S. S. (2021). Clinical outcomes in high-risk pregnancies due to advanced maternal age. *Journal of Women's Health*, 30(2), 160-167.
- Diabetes Association of Thailand. (2021). Thai diabetes bulletin. *Journal of Diabetes*, 50(2).
- Fagbamigbe, A. F., Olaseinde, O., & Fagbamigbe, O. S. (2021). Timing of first antenatal care contact, its associated factors and state-level analysis in Nigeria: a cross-sectional assessment of compliance with the WHO guidelines. *BMJ open*, 11(9), e047835.
- Feng, Y. J., Deng, Z., Sivak, A., Yeung, R. O., & Nagpal, T. (2024). Women's perspectives to improve prenatal care for gestational diabetes: A systematic review and meta-aggregation of qualitative studies. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 104(2), 267-287. <https://doi.org/10.1111/aogs.14973>
- Isaacs, N. Z., & Andipatin, M. G. (2020). A systematic review regarding women's emotional and psychological experiences of high-risk pregnancies. *BMC Psychology*, 8, 1-11.
- Liamputtong, P., & Rice, Z. S. (2021). *Qualitative Research in Global Health Research*. Handbook of global health, 213-238.
- Martins, S., & Gall, T. L. (2021). The role of spirituality in the lives of women coping with early motherhood. *Pastoral Psychology*, 70(3), 209-224.
- Phanwichatkul, T. (2018). *Migration Motherhood and Maternity Care in Thailand: An Ethnographic Study of the Experiences and Practices of Burmese Women and Maternity Staff*. Western Sydney University (Australia).
- Phanwichatkul, T., Burns, E., Liamputtong, P., & Schmied, V. (2019). Migrant burmese women living in southern Thailand and motherhood: an ethnographic study. *Nursing & health sciences*, 21(3), 390-398.
- Phanwichatkul, T., Kownaklai, J., Chaisetsampun, W., & Yothathip, H. (2023). Health perceptions and health care of pregnant women with gestational diabetes. *Journal of Nursing and Health Science Research*, 15(1), 52-67. (in Thai).
- Phrommasen, P., Chareonsanti, J., & Sriarporn, P. (2019). Hardiness, social support, and stress among gestational diabetic women. *Nursing Journal*, 46(3), 169-180. (in Thai).

- Pilaikiat, R., & Lamloung, U. (2020). High-risk pregnant women's spiritual experiences. *Thai Journal of Nursing Council*, 35(3), 121-138. (in Thai).
- Schmidt, E. M., Décieux, F., Zartler, U., & Schnor, C. (2023). What makes a good mother? Two decades of research reflecting social norms of motherhood. *Journal of Family Theory & Review*, 15(1), 57-77.
- Tekelab, T., Chojenta, C., Smith, R., & Loxton, D. (2019). Factors affecting utilization of antenatal care in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 14(4), e0214848.

## รูปแบบการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในเรือนจำ ของประเทศไทยในอนาคต

### A Model for Environmental Health Management to Enhance the Quality of Life of Inmates in Thailand's Prisons: A Future-Oriented Approach

สมหมาย บุญเกลี้ยง<sup>1\*</sup>, นฤมล พันธุ์ทวีทรัพย์<sup>1</sup>, วิชิต เรืองแป้น<sup>1</sup>  
Sommai Boonklang<sup>1\*</sup>, Narumol Phantaweesub<sup>1</sup>, Vichit Rangpan<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา  
<sup>1</sup>Yala Rajabhat University

(Received: November 11, 2024; Revised: April 4, 2025; Accepted: April 25, 2025)

#### บทคัดย่อ

วิจัยอนาคตแบบเดลฟายและชาติพันธุ์วรรณนา (EDFR: Ethnographic Delphi Futures Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในเรือนจำของประเทศไทยในอนาคต วิธีการดำเนินงานวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ โดยระยะที่ 1 และ 2 ใช้การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาคุณภาพชีวิต จำนวน 24 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยมีขั้นตอน ดังนี้ 1) สร้างแบบสัมภาษณ์เพื่อวิเคราะห์หาคำสำคัญ คำมีchyฐาน คำฐานนิยม ค่าความแตกต่างระหว่างคำฐานนิยมกับคำมีchyฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เพื่อหาแนวโน้มที่มีความเป็นไปได้มากที่สุด 2) วาดภาพรูปแบบที่เป็นไปได้มากที่สุดในดำเนินการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในเรือนจำของประเทศไทยอนาคต และระยะที่ 3 จัดสัมมนา อิงผู้ทรงคุณวุฒิเชี่ยวชาญด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต กลุ่มใหม่ จำนวน 14 คน เพื่อมาประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ รวมถึงนำข้อเสนอแนะมาเพิ่มเติมจนได้รูปแบบที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินงาน ได้จริง ผลการวิจัย พบว่า

รูปแบบการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในเรือนจำของประเทศไทย ในอนาคต มีองค์ประกอบ 8 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพระดับบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม ในเรือนจำ 2) ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในเรือนจำ 3) ด้านการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ 4) ด้านปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในเรือนจำ 5) ด้านกลไกสนับสนุนการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 6) ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 7) ด้านการมีส่วนร่วมในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 8) ด้านข้อจำกัด อุปสรรค และข้อเสนอแนะการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม และบูรณาการกับภาคส่วน

ควรสร้างรูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมในเรือนจำให้สอดคล้องกับกระบวนการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร การจัดการคุณภาพน้ำอุปโภคและบริโภค การจัดการสิ่งปฏิกูล การบริหารการจัดการขยะมูลฝอย การส่งเสริมความรู้ และความเข้าใจด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข การรักษาพยาบาล เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในเรือนจำให้มีมาตรฐาน มีความปลอดภัย และได้รับการดูแลสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน

**คำสำคัญ:** รูปแบบการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม คุณภาพชีวิต ผู้ต้องขังในเรือนจำ การวิจัยอนาคต

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: ei.sommmmai2514@gmail.com)

## Abstract

This study employed the Ethnographic Delphi Futures Research (EDFR) methodology to develop a model for environmental health management, with the aim of enhancing the quality of life for inmates in Thailand's correctional facilities. The research was conducted in three phases. Phases one and two involved in-depth interviews with 24 experts in quality of life development. Data were analyzed using frequency, median, mode, interquartile range, and the disparity between median and mode to identify the most probable future scenarios. A preliminary model was then constructed based on these findings. In phase three, a panel of 14 newly selected experts in environmental health convened to evaluate and refine the model through a structured seminar. Their feedback informed the final design of a practical and implementable framework.

The resulting model comprises eight key components: (1) standards for environmental health service quality in prisons; (2) environmental health management practices to improve inmates' quality of life; (3) enhancement of public administration quality; (4) identification and management of health-impacting factors; (5) institutional support mechanisms; (6) environmental health literacy; (7) stakeholder participation; and (8) challenges, constraints, and integrative recommendations.

This study highlights the necessity of aligning prison environmental management with food sanitation, water quality control, waste and sewage management, occupational health and safety education, healthcare service development, and medical treatment. The proposed model provides a strategic framework for achieving equitable, safe, and standardized health conditions for incarcerated populations in Thailand.

**Keywords:** Environmental Health Management Model, Quality of Life, Inmates, Prison, Future Research

## บทนำ

ปัญหาหลักของเรือนจำคือการดูแลสุขภาพและการจัดการเรือนจำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในเรือนจำ ซึ่งถือเป็นปัจจัยความจำเป็นขั้นพื้นฐาน เพื่อให้ผู้ต้องขังมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามหลักเกณฑ์สากล จากข้อมูลของกรมราชทัณฑ์ พบว่าประเทศไทยมีเรือนจำและทัณฑสถานทั่วประเทศ จำนวน 143 แห่ง มีจำนวนผู้ต้องขังในเรือนจำและทัณฑสถานทั่วประเทศทั้งหมด 378,159 ราย จำแนกเป็นเพศชาย 330,258 ราย และเพศหญิง 47,901 ราย ซึ่งเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ต้องขังในเรือนจำของต่างประเทศแล้ว พบว่าประเทศไทยมีจำนวนผู้ต้องขังในเรือนจำมากเป็นอันดับ 6 ของโลก เป็นอันดับ 3 ของเอเชีย และเป็นอันดับ 1 ของอาเซียน ในขณะที่ความจุของเรือนจำและทัณฑสถานทั่วประเทศสามารถรองรับจำนวนผู้ต้องขังได้ประมาณ 254,302 คน ความหนาแน่นของผู้ต้องขังในเรือนจำและจำนวนผู้ต้องขังที่เพิ่มขึ้นทุกวันได้ส่งผลกระทบต่อการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ความรุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะโรคติดเชื้อ ในเรือนจำมีผู้ต้องขังแรกรับหรือรับใหม่ หรือรับย้ายในเรือนจำ จำนวน 78,721 คน พบผลผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค จำนวน 1,168 คน คิดเป็นร้อยละ 5.60 โดยพบผู้ต้องขังป่วยวัณโรค จำนวน 255 คน ผลการดำเนินงานตรวจคัดกรองเอชไอวีผู้ต้องขังแรกรับหรือรับใหม่ จำนวน 53,472 ราย จากจำนวนผู้ต้องขังแรกรับหรือรับใหม่ทั้งหมด 152,612 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.04 พบผู้ต้องขังป่วยเอดส์หรือติดเชื้อเอชไอวี รวมรายเก่าและรายใหม่ จำนวน 4,903 ราย ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส จำนวน 4,755 ราย คิดเป็นร้อยละ 96.98 นอกจากนี้ยังพบการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 109,121 ราย โรคซิฟิลิส 56 ราย โรคอุจจาระร่วง

28 ราย โรคปอดบวม 22 ราย ไข้ไม่ทราบสาเหตุ 17 ราย ไข้หวัดใหญ่ 12 ราย (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2022)

นอกจากนี้แล้วปัจจุบันเรือนจำหลายแห่งของประเทศประสบกับปัญหาการเพิ่มขึ้นผู้ต้องขังอย่างต่อเนื่อง การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ต้องขังเกิดจากปัญหาอาชญากรรม ซึ่งเป็นปัญหาสังคมที่มีอยู่ในทุกสังคม จึงทำให้จำนวนผู้ต้องขังในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ การที่มีผู้ต้องขังเข้าสู่เรือนจำก่อให้เกิดผลกระทบในหลายแง่มุม ทั้งกับตัวผู้ต้องขังและกับชีวิตของคนที่อยู่รอบตัวผู้ต้องขัง หนึ่งในปัญหาที่สัมพันธ์กันนั้น ได้แก่ สถานที่ซึ่งมีพื้นที่จำกัดอาจมีความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และเป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลสุขภาพและป้องกันโรค โดยเฉพาะโรคติดต่อ เช่น โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบทางเดินอาหาร โรคผิวหนัง หากมีการจัดการสภาพแวดล้อมที่ดีก็จะส่งผลกับการป้องกันการเกิดโรคของผู้ต้องขังได้เช่นกัน ในขณะที่เดียวกันเรือนจำเป็นสถานที่ที่มีการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อได้อย่างรวดเร็ว และสามารถกระจายในสถานะละอองฝอยอยู่ในเรือนจำได้เป็นเวลานาน ส่งผลให้สามารถติดต่อไปยังผู้ต้องขังอื่น ๆ ได้อย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ต้องขัง ก็มีผลจากปัจจัยการจัดสวัสดิการผู้ต้องขังและมาตรฐานคุณภาพชีวิตผู้ต้องขัง (Kitsanguan, 2023)

จากข้อมูลดังกล่าวเรือนจำมีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพเจ็บป่วยของผู้ต้องขังและเฝ้าระวังการติดเชื้อ เนื่องจากเจ้าหน้าที่พยาบาลเรือนจำมีจำนวนจำกัด (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2022) และถึงแม้จะมีกฎหมายและใช้หลักสิทธิมนุษยชนก็ยังไม่สามารถแก้ปัญหาด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ รวมถึงปัญหาอื่น ๆ ในเรือนจำ จึงได้เกิดโครงการพระราชดำริโครงการราชทัณฑ์ปันสุขของกรมราชทัณฑ์ และโครงการกำลังใจของกระทรวงยุติธรรมและสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กระทรวงสาธารณสุข ได้ร่วมดำเนินโครงการส่งเสริมการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในเรือนจำ (Department of Health, Ministry of Public Health, 2019) เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขัง เป็นการดำเนินการตามตัวชี้วัดภายในหน่วยงาน ยังไม่มีส่วนร่วมจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่ชัดเจน

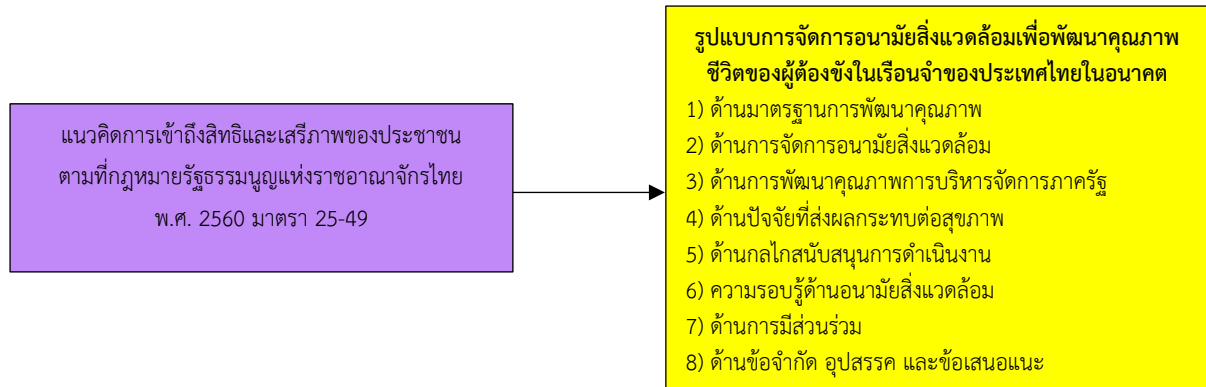
จากความเป็นมาและปัญหาข้างต้น การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในเรือนจำเป็นสิ่งสำคัญที่ทุกหน่วยงานจะต้องมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาให้มีประสิทธิภาพ เพราะมนุษย์ทุกคนมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ถึงแม้จะกระทำผิดและได้รับโทษจำคุกอยู่ในเรือนจำแล้ว ก็ต้องได้รับการปรับเปลี่ยนทัศนคติ วิธีคิด และการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพในเรือนจำ ไม่ก่อปัญหาในเรือนจำ และไม่ส่งผลกระทบต่อตรงและทางอ้อม รวมถึงปัญหาสุขภาพอนามัยของผู้ต้องขัง เมื่อผู้ต้องขังกลับคืนสู่สังคมและไม่เป็นภาระของสังคมในอนาคต ดังนั้น การมุ่งแสวงหาแนวทางในการเตรียมความพร้อมในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในเรือนจำ ที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นควบคู่กับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ต้องขัง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ต้องขังในเรือนจำของประเทศไทย โดยเสนอทางเลือกเพื่อเป็นแนวทางและรูปแบบในการบริหารจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม และการมีส่วนร่วมของหน่วยงานและสังคม ซึ่งผู้วิจัยได้เลือกใช้การวิจัยโดยใช้เทคนิค EDRF ซึ่งเป็นการผสมผสานข้อมูลทางสังคมวิทยาและเทคโนโลยีเพื่อทำนายแนวโน้มในอนาคตของสังคมและเศรษฐกิจ หรือการใช้การวิจัยทางเทคโนโลยีเพื่อแก้ไขปัญหาสังคม และศึกษาแนวโน้มที่เป็นไปได้ที่จะกำหนดแนวทางทำให้แนวโน้มที่พึงประสงค์เกิดขึ้นและตัดแนวโน้มที่ไม่พึงประสงค์ให้หมดไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Poonpattarachewin, 2016) ทั้งนี้การวิจัยในอนาคตยังเป็นเทคนิคที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อกำหนดนโยบายสำหรับการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ต้องขังในเรือนจำของประเทศไทย ทำให้มีแนวทางในการดำเนินการบริหารจัดการครอบคลุมในทุกด้าน มีความสอดคล้องอย่างเป็นรูปธรรมและนามธรรมบนพื้นฐานของสิทธิและสวัสดิภาพของประชาชนภายใต้รัฐธรรมนูญของประเทศไทย

### วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมสำหรับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ต้องขังในเรือนจำของประเทศไทยในอนาคต

## กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดการเข้าถึงสิทธิและเสรีภาพของประชาชนตามที่กฎหมายรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 25-49 กำหนดไว้ว่าสิทธิมนุษยชนเป็นของมนุษย์โดยกำเนิดผู้ต้องขังจะถูกจำกัดเสรีภาพแต่ไม่ถูกตัดสิทธิขั้นพื้นฐาน รัฐบาลต้องให้สิทธิขั้นพื้นฐานต่อผู้ต้องขังด้วยความเสมอภาคและเท่าเทียม ซึ่งตามกฎหมายรัฐธรรมนูญบัญญัติไว้มีมาตราที่เกี่ยวข้องโดยตรงประกอบด้วย มาตรา 27 หลักความเสมอภาคและห้ามเลือกปฏิบัติต่อประชาชนชาวไทย มาตรา 28 สิทธิในชีวิตและร่างกาย มาตรา 32-34 สิทธิความเป็นส่วนตัว การแสดงออก ตามกฎหมาย มาตรา 41 สิทธิในการรับบริการจากรัฐอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มาตรา 47-49 สิทธิด้านสาธารณสุข และการได้รับการศึกษาจากรัฐ การใช้สิทธิที่ไม่ละเมิดสิทธิผู้อื่น



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## ระเบียบวิธีวิจัย

วิจัยอนาคตแบบเดลฟายและชาติพันธุ์วรรณนา (EDFR: Ethnographic Delphi Futures Research)

### ระยะที่ 1 ระยะสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ

ผู้วิจัยต้องการศึกษาข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละประเด็นและสรุปรายละเอียดที่ได้จากการสัมภาษณ์ เพื่อนำมาใช้ในการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อคำถามทั้งหมด ทำการจำแนกและจัดกลุ่มเพื่อสร้างแบบสอบถาม โดยคงความหมายเดิมของผู้ให้สัมภาษณ์ และวิเคราะห์หาค่าความถี่ของแต่ละแนวโน้ม

### ประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้เชี่ยวชาญ 2 กลุ่ม คือ 1) เป็นผู้บริหารหรือเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ควบคุม กำกับ หรือทำหน้าที่ควบคุม กำกับด้านสิ่งแวดล้อมในเรือนจำของกรมราชทัณฑ์ เช่น ผู้บัญชาการเรือนจำ พยาบาลในเรือนจำ ผู้คุมผู้ต้องขัง 2) กลุ่มผู้เชี่ยวชาญของกระทรวงที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาชีวิตผู้ต้องขัง เช่น แพทย์ เภสัชกร พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ นิติกร นักวิชาการสาธารณสุข ปลัดอำเภอ ผู้อำนวยการโรงเรียน เป็นต้น จำนวน 24 คน ซึ่งผลของการใช้เทคนิคเดลฟาย นับว่ามีความเหมาะสมในการใช้เป็นกำหนดกลุ่มตัวอย่าง (Macmillan, 1971) ซึ่งมีค่าความคลาดเคลื่อนในการกำหนดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 0.02 มีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Poonpattarachewin, 2016) โดยกำหนดเกณฑ์ ดังนี้ 1) เป็นผู้บริหารหรือเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ให้ควบคุม กำกับ หรือทำหน้าที่ควบคุม กำกับด้านสิ่งแวดล้อมในเรือนจำของกรมราชทัณฑ์ 2) เป็นผู้บริหารหรือ เจ้าหน้าที่หน้าที่ได้รับมอบหมายให้ควบคุม กำกับ หรือทำหน้าที่ควบคุม กำกับด้านการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมในเรือนจำ กระทรวงอื่น ๆ ที่ได้รับการมอบหมายให้ปฏิบัติงานบูรณาการร่วมกับกรมราชทัณฑ์ 3) เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมระดับผู้บริหารต้นขึ้นไป 4) เป็นนักวิชาการหรือผู้ปฏิบัติงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในเรือนจำ ที่ผ่านหลักสูตรการอบรมที่ได้มาตรฐานด้านสุขภาพหรือด้านอื่น ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตในเรือนจำ



### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์เป็นแบบมีโครงสร้าง ประเด็นคำถาม รูปแบบการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ต้องขังในเรือนจำของประเทศไทย ได้แก่ 1. การพัฒนาคุณภาพระดับบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมในเรือนจำ (Environmental Health Accreditation: EHA) ในอนาคต ครอบคลุมใน 8 ประเด็น ประกอบด้วย 1) การจัดการสุขาภิบาลอาหาร 2) การจัดการคุณภาพน้ำอุปโภคและบริโภค 3) การจัดการสิ่งปฏิกูล ส้วมสาธารณะ และน้ำเสีย การจัดการขยะมูลฝอย การเก็บขน และการกำจัดขยะมูลฝอยทั่วไป 4) ขยะมูลฝอยอันตราย ขยะมูลฝอยติดเชื้อ 5) การส่งเสริมอาชีวอนามัยและความปลอดภัย 6) การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข การรักษาพยาบาล การดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจ และระบบฐานข้อมูลสุขภาพ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขัง 7) การยกระดับคุณภาพชีวิต การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการพัฒนาอาชีพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในเรือนจำ 8) การบังคับใช้กฎหมาย การวิเคราะห์สถานการณ์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การตรวจสอบข้อกฎหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในเรือนจำ 2. องค์ประกอบการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในเรือนจำของประเทศไทยในอนาคต มี 4 ประเด็น ดังนี้ 2.1) การประเมินความพร้อมของเรือนจำ 2.2) การพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม 2.3) การจัดการสิ่งปฏิกูล ส้วมสาธารณะ และน้ำเสีย และ 2.4) ผลลัพธ์การดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 3. การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ มีการศึกษา 7 ประเด็น ดังนี้ 3.1) การนำองค์กร 3.2) การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ 3.3) การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 3.4) การวัดการวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ 3.5) การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล 3.6) การจัดการกระบวนการ และ 3.7) ผลลัพธ์ 4. ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในเรือนจำของประเทศไทยในอนาคต 13 ประเด็น ดังนี้ 4.1) ความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 4.2) สิ่งแวดล้อมที่คุกคามสุขภาพ 4.3) รายได้และสถานะทางสังคม 4.4) เครือข่ายและองค์การทางสังคม 4.5) การศึกษา 4.6) การมีงานทำและสภาพการทำงาน 4.7) พฤติกรรมสุขภาพ 4.8) การเพิ่มทักษะการประกอบอาชีพ 4.9) ทักษะการใช้ชีวิตในสังคม 4.10) การเข้าถึงบริการสุขภาพ 4.11) ความเชื่อ ค่านิยม และวัฒนธรรม 4.12) ความเท่าเทียมกันเป็นไปตามหลักสิทธิมนุษยชน และ 4.13) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคม 5. กลไกการสนับสนุนการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 3 ประเด็น ดังนี้ 5.1) บทบาทภารกิจของหน่วยงานในกระทรวงยุติธรรมในด้าน การดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ตลอดจนการให้บริการอนามัยสิ่งแวดล้อมด้านการป้องกัน ด้านความสะอาด ด้านการให้บริการสาธารณะและสวัสดิการอนามัยสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย กระทรวงยุติธรรม กรมราชทัณฑ์ เรือนจำ 5.2) บทบาทภารกิจของหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย กรมควบคุมโรค สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ ศูนย์อนามัยที่ 12 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชายแดนภาคใต้ โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ 5.3) บทบาทภารกิจของหน่วยงานอื่น ได้แก่ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชน กระทรวงการท่องเที่ยวและการกีฬา ภาคประชาสังคม องค์กรปกครองท้องถิ่น และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง 6. ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 4 ประเด็นดังนี้ 6.1) การเข้าถึงข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 6.2) การเข้าใจข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 6.3) การตรวจสอบข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และ 6.4) การตัดสินใจก่อนดำเนินการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 7. การมีส่วนร่วมในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย 5 ประเด็น ดังนี้ 7.1) การมีส่วนร่วมในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 7.2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการจัดการสิ่งแวดล้อม 7.3) การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และ 7.4) การมีส่วนร่วมประเมินผลในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้านอื่น ๆ 8. ข้อจำกัดและอุปสรรคในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม 10 ประเด็น ดังนี้ 8.1) ด้านการจัดการสุขาภิบาลอาหาร 8.2) ด้านการจัดการคุณภาพน้ำอุปโภคและบริโภค 8.3) ด้านการจัดการสิ่งปฏิกูล 8.4) ด้านการจัดการขยะมูลฝอย 8.5) ด้านการส่งเสริมอาชีวอนามัยและความปลอดภัย 8.6) ด้านการรักษาพยาบาล การดูแลสุขภาพร่างกาย จิตใจ และระบบฐานข้อมูลสุขภาพ 8.7) ด้านการยกระดับคุณภาพชีวิต การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการพัฒนาอาชีพ 8.8) ด้านการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ 8.9) ด้านการบังคับใช้

กฎหมายที่ละเมิดสิทธิมนุษยชน และ 8.10) ด้านข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ได้แก่ การจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวก และการบริการสำหรับการกำจัดที่ปลอดภัยของปัสสาวะและอุจจาระของมนุษย์ การสุขาภิบาลที่ไม่เพียงพอ เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคทั่วโลก ความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานเป็นหน้าที่รับผิดชอบ เพื่อนำมาใช้ในการกำหนดข้อคำถามและสร้างแบบสอบถามรอบที่ 2 ต่อไป

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์เป็นแบบมีโครงสร้าง มีการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมในเรือนจำของกรมราชทัณฑ์ ผู้เชี่ยวชาญด้านสิ่งแวดล้อมในเรือนจำกระทรวงสาธารณสุข และผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในเรือนจำ จำนวน 3 คน หาค่า IOC (Index of Item Objective Congruence) ได้ค่าระหว่าง .67 - 1.00

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทำการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ โดยวิธีที่เรียกว่า เทคนิคการสรุปสะสม (Cumulative Summarization Technique) ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้เชี่ยวชาญกลุ่มต่าง ๆ จำนวน 24 คน ช่วงเดือนมีนาคม - เมษายน 2564 ข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญเสนอ คือควรมีการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในเรือนจำให้เหมาะสม ตามความต้องการขั้นพื้นฐานของการดำรงชีวิต เพื่อการป้องกันการเกิดโรค ควรมีการมีผู้รับผิดชอบงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมร่วมสนับสนุนการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ อาหารและน้ำในเรือนจำ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ค่ามัธยฐาน (Median: Med) ค่าฐานนิยม (Mode: Mod) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range: IQR)

#### ระยะที่ 2 ระยะหาฉันทมติ

##### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาในระยะที่ 2 เป็นกลุ่มเดียวกับผู้ให้ข้อมูล ในระยะที่ 1 โดยเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลตามเทคนิค EDRF ระยะที่ 2 ซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 24 คน ได้แก่ ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในเรือนจำในประเทศไทย โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง โดยกำหนดผู้เชี่ยวชาญออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีบทบาทอำนาจหน้าที่ในกำหนดนโยบาย 2) กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถและประสบการณ์ และ 3) กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่ปฏิบัติงานด้านสิ่งแวดล้อมในเรือนจำและภาคีเครือข่ายที่ปฏิบัติงานแบบบูรณาการกับเรือนจำในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ (ยะลา ปัตตานี นราธิวาส) เนื่องจากบริบทเรือนจำในประเทศไทยมีความคล้ายคลึงกันผู้วิจัยจึงมีความสนใจเรือนจำในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในเรือนจำของประเทศไทย ได้นำผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์รอบที่ 1 มาสร้างแบบสอบถาม ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญ 8 ด้าน ได้แก่ 1) มาตรฐานการพัฒนาคูณภาพระดับบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมในเรือนจำ 2) การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในเรือนจำของประเทศไทยในอนาคต 3) การพัฒนาคูณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ 4) ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม 5) กลไกสนับสนุนการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 6) ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 7) การมีส่วนร่วมในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และ 8) ข้อจำกัด อุปสรรค สร้างจากแนวคำตอบจากผู้เชี่ยวชาญในระยะที่ 1 และข้อเสนอแนะเพิ่มเติม จำนวน เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำแนกความหมายแต่ละระดับ ดังนี้

ระดับ 5 คะแนน หมายถึง แนวโน้มนั้นมีโอกาสที่จะเป็นไปได้มากที่สุด

ระดับ 4 คะแนน หมายถึง แนวโน้มนั้นมีโอกาสที่จะเป็นไปได้มาก

ระดับ 3 คะแนน หมายถึง แนวโน้มนั้นมีโอกาสที่จะเป็นไปได้ปานกลาง

ระดับ 2 คะแนน หมายถึง แนวโน้มนั้นมีโอกาสที่จะเป็นไปได้น้อย

ระดับ 1 คะแนน หมายถึง แนวโน้มนั้นมีโอกาสที่จะเป็นไปได้น้อยที่สุด

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในระยษะที่ 2 มาทำการวิเคราะห์หาค่ามัธยฐาน ฐานนิยม และพิสัยระหว่างควอไทล์เป็นรายข้อ โดยเลือกค่าแนวโน้มที่มีค่ามัธยฐานตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไป มาสร้างเป็นแบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูลในรอบที่ 3

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถาม มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการด้านความตรงเชิงเนื้อหา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน หาค่า IOC (Index of Item Objective Congruence) ได้ค่าระหว่าง .67 - 1.00

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 24 คน ซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกับที่ให้สัมภาษณ์ในระยษะที่ 1 ดำเนินการจัดส่งแบบสอบถามของเชี่ยวชาญแต่ละคนซึ่งมีการนำผลการวิเคราะห์เป็นข้อมูลป้อนกลับเชิงสถิติลงในแบบสอบถาม ช่วงเดือนพฤษภาคม - กันยายน 2564 ข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ คือ ควรนำข้อมูลสถานการณ์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม สุขาภิบาลอาหารและน้ำในเรือนจำ มาใช้สนับสนุนการวางแผนเชิงบูรณาการเพื่อแก้ไขปัญหา หรือพัฒนาการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม สุขาภิบาลอาหารและน้ำในเรือนจำตามบริบทพื้นที่ ควรมีการแต่งตั้งคณะกรรมการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงาน ตามแผนบูรณาการ ร่วมกับเครือข่าย ทั้งในระดับจังหวัด/ระดับ เขตสุขภาพ และรายงานความก้าวหน้า ตามรอบระยะเวลาที่เขตสุขภาพกำหนด (ทุก 3 เดือน)

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลของแบบสอบถามแต่ละข้อ วิเคราะห์ ค่ามัธยฐาน (Median: Med) ค่าฐานนิยม (Mode: Mod) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range: IQR)

#### ระยษะที่ 3 ระยษะยืนยันรูปแบบ

##### ผู้ให้ข้อมูล

ระยษะการยืนยันรูปแบบการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในเรือนจำของประเทศไทยในอนาคต โดยประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นคนละกลุ่มกับกลุ่มที่ทำวิจัยรอบที่ 1 และรอบที่ 2 จำนวน 24 คน ประกอบด้วยอาจารย์มหาวิทยาลัยด้านสิ่งแวดล้อม พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด นิดกร นักวิชาการสาธารณสุข ปลัดอำเภอ ผู้อำนวยการโรงเรียน พยาบาล เป็นต้น ได้มาโดยการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) แต่คุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญรอบนี้ต้องเหมือนกัน คือ 1) เป็นผู้บริหารหรือเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายควบคุม กำกับ หรือทำหน้าที่ควบคุม กำกับด้านสิ่งแวดล้อมในเรือนจำของกรมราชทัณฑ์ เช่น ผู้บัญชาการเรือนจำ พยาบาลในเรือนจำ ผู้คุมผู้ต้องขัง 2) กลุ่มผู้เชี่ยวชาญของกระทรวงที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ต้องขังในเรือนจำ

##### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม มีลักษณะเช่นเดียวกับแบบสอบถาม รอบที่ 2 เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำแนกความหมายแต่ละระดับ ดังนี้

ระดับ 5 คะแนน หมายถึง แนวโน้มนั้นมีโอกาสที่จะเป็นไปได้มากที่สุด

ระดับ 4 คะแนน หมายถึง แนวโน้มนั้นมีโอกาสที่จะเป็นไปได้มาก

ระดับ 3 คะแนน หมายถึง แนวโน้มนั้นมีโอกาสที่จะเป็นไปได้ปานกลาง

ระดับ 2 คะแนน หมายถึง แนวโน้มนั้นมีโอกาสที่จะเป็นไปได้น้อย

ระดับ 1 คะแนน หมายถึง แนวโน้มนั้นมีโอกาสที่จะเป็นไปได้น้อยที่สุด

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในระยษะที่ 2 มาทำการวิเคราะห์หาค่ามัธยฐาน ฐานนิยม และพิสัยระหว่างควอไทล์เป็นรายข้อ โดยเลือกค่าแนวโน้มที่มีค่ามัธยฐานตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไป

จากการศึกษา ได้ค่ามัธยฐานที่ได้ อยู่ในช่วง 4.00 - 5.00 และจากจำนวนข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 468 ข้อ เมื่อประเมินจากค่ามัธยฐาน มีจำนวนที่ลดลง เนื่องจากมีข้อที่ค่ามัธยฐานต่ำกว่า 3.50 จำนวน 100 ข้อ จึงเหลือข้อคำถามที่ใช้ได้จำนวน 368 ข้อ

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถาม มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการด้านความตรงเชิงเนื้อหา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน หาค่า IOC (Index of Item Objective Congruence) ได้ค่าระหว่าง 0.67-1.00

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูล จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 14 คน โดยการสัมภาษณ์ผ่านระบบออนไลน์ ช่วงเดือน ตุลาคม - ธันวาคม 2564 เพื่อยืนยันรูปแบบ ข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ คือ ควรนำโมเดลสู่การปฏิบัติจริงกับเรือนจำในพื้นที่ โดยทำงานร่วมกับเครือข่าย

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ค่ามัธยฐาน (Median: Med) ค่าฐานนิยม (Mode: Mod) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range: IQR)

#### จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยรูปแบบการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในเรือนจำ ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา รหัสโครงการวิจัย 179/2563 วันที่อนุมัติ 4 กุมภาพันธ์ 2564

#### ผลการวิจัย

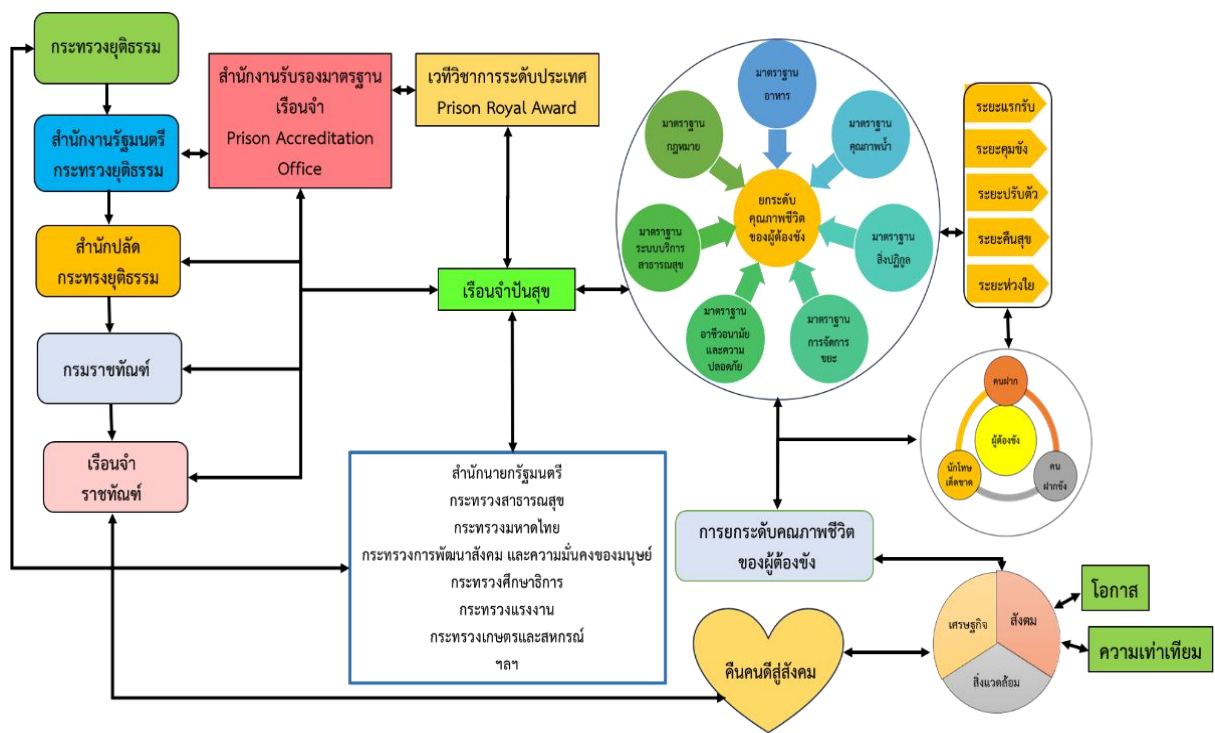
1. แนวโน้มที่สอดคล้องกันและเป็นไปได้ของรูปแบบการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ต้องขังในเรือนจำของประเทศไทยในอนาคต ด้านความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

ตาราง 1 แนวโน้มและความสอดคล้องการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในเรือนจำของประเทศไทยในอนาคต ด้านความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

Issue	F	Mdn	Mode	Mod-Mdn	IQR
การเข้าถึงข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม					
1	17	5	5	0	0.75
2	16	5	5	0	1
4	17	5	5	0	0
การเข้าใจข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม					
1	20	5	5	0	1
3	15	5	5	0	1
การตรวจสอบข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม					
1	19	5	5	0	1
2	12	5	5	0	1
การตัดสินใจก่อนดำเนินการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม					
1	20	5	5	0	1
2	15	5	5	0	1
3	18	5	5	0	1

จากตาราง 1 การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในเรือนจำของประเทศไทย ในอนาคต แนวโน้มที่สอดคล้องกันและเป็นไปได้มากที่สุด ด้านความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม พบว่า ด้าน การเข้าถึงข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ 1) ควรดำเนินงานเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม และสุขภาพ ตามเกณฑ์ที่กำหนด 2) ระบบสารสนเทศจากหน่วยงานระดับจังหวัดและท้องถิ่นเพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าถึง ข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว รวมถึงการใช้ประโยชน์สารสนเทศจากระบบฐานข้อมูลและระบบเฝ้าระวังด้านอนามัย สิ่งแวดล้อม ความถี่เท่ากับ 17 ด้านการเข้าใจข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ กระบวนการที่มีขั้นตอนคล้ายคลึงกัน การรวบรวมข้อมูล การประเมินผลด้านพิษวิทยา ความถี่เท่ากับ 20 ด้านการตรวจสอบข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การประเมินผลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและการประเมินความเสี่ยง ความถี่เท่ากับ 19 ด้านการตัดสินใจ ก่อนดำเนินการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ วิธีการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ ความถี่เท่ากับ 20

2. รูปแบบการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ต้องขังในเรือนจำของประเทศไทย ในอนาคต



ภาพ 2 รูปแบบการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ต้องขังในเรือนจำของประเทศไทยในอนาคต

รูปแบบการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในเรือนจำของประเทศไทย ในอนาคต ภายใต้ชื่อ INSPIRE' SOMMAI Model มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในเรือนจำ ของประเทศไทยในอนาคต ด้วยกระบวนการ 1) การมีส่วนร่วม 2) การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อพัฒนาคุณภาพ ชีวิตของผู้ต้องขังในเรือนจำ 3) มาตรการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขัง 8 ด้าน และ 4) การกลับสู่สังคมภายหลัง จากพ้นโทษ เป็นการคืนคนดีสู่สังคมตามนโยบายของกรมราชทัณฑ์ ซึ่งมีรายละเอียดตามรูปแบบดังนี้

I (Integrate) เป็นการบูรณาการของทุกกระทรวงที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ต้องขัง ตามบทบาท ของกระทรวง เพื่อพัฒนาคุณภาพระดับบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมในเรือนจำ การมีส่วนร่วมในการจัดการด้านอนามัย สิ่งแวดล้อม การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐให้มีประสิทธิภาพ เช่น การจัดการขยะและสิ่งปฏิกูล



ของเทศบาล การทำบัตรประชาชนของกรมการปกครอง บัตรผู้พิการของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ให้ผู้ต้องขังในเรือนจำคุณภาพชีวิตที่ดี มีสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ไม่ก่อให้เกิดโรคระบาดในเรือนจำและได้รับสิทธิตามกฎหมายและอยู่ภายใต้กฎหมายเดียวกัน

N (New) เป็นกลยุทธ์และรูปแบบการดำเนินงานวิถีใหม่ในระบบของเรือนจำที่จะต้องใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยเหมาะสมในสังคมปัจจุบัน สร้างความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และการพัฒนาศักยภาพของผู้ต้องขังในเรือนจำก่อนออกสู่สังคมภายนอก

S (Standard) เป็นการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในเรือนจำทุกเรือนจำด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ให้ได้มาตรฐานผ่านเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้เพื่อพัฒนาคุณภาพระดับบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมในเรือนจำ ตามองค์ประกอบและแนวทางการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เช่น มาตรฐานน้ำอุปโภคบริโภค มาตรฐานการจัดการขยะ

P (Professional) ผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ต้องขังในเรือนจำต้องพัฒนาตนเองเป็นมืออาชีพ ซึ่งการพัฒนาคุณภาพระดับบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมในเรือนจำ ต้องการพัฒนาศักยภาพให้มีความรอบรู้เป็นมืออาชีพด้วย

I (Inspiration) เป็นการน้อมนำโครงการกำลังใจ ซึ่งเป็นโครงการพระดำริของสมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าพัชรกิติยาภา นเรนทิราเทพยวดี กรมหลวงราชสาริณีสิริพัชร มหาวัชรราชธิดา เป็นการเกิดพระเกียรติสถาบันพระมหากษัตริย์ที่ทรงดำเนินงานด้านพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังมาแล้ว ผ่านกลไกสนับสนุนการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

R (Reward) เป็นการมอบรางวัลให้กับเรือนจำที่สามารถดำเนินการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ผ่านมาตรฐานตามเกณฑ์ โดยมุ่งหวังให้มีการพัฒนาคุณภาพระดับการบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมในเรือนจำประสบความสำเร็จ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดสุขภาพของผู้ต้องขังและการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมสำหรับการยกย่องเชิดชูเกียรติ

E (Evaluation) เป็นการประเมินผลการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนและยกระดับการพัฒนาคุณภาพการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในเรือนจำ ให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานอย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์การพัฒนา

S (Social Equity) การสร้างความเสมอภาคทางสังคม โดยคนไทยทุกคนต้องได้รับสวัสดิการขั้นพื้นฐานตามกฎหมายกำหนด โดยเรือนจำจะต้องจัดหา ตรวจสอบคุณสมบัติ ให้ผู้ต้องขังได้รับสวัสดิการและเข้าถึงบริการด้านสุขภาพด้วย

O (Opportunity) เป็นการเปิดโอกาสแก่ผู้หลงผิดได้กลับมาปรับปรุงตนเองใหม่ได้มีโอกาเรียนรู้ พัฒนาตนเอง ผูกอาชีพพร้อมที่จะเริ่มต้นชีวิตใหม่หลังจากพ้นโทษออกจากเรือนจำกลับสู่สังคม

M (Management) เป็นการบริหารจัดการเรือนจำให้เรือนจำมีคุณภาพ สิ่งแวดล้อมดีเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ และการดำรงชีวิตของผู้ต้องขังในเรือนจำ ซึ่งผู้บริหารเรือนจำจะต้องมีความเป็นธรรมาภิบาลบริหารจัดการแบบมืออาชีพทุกระดับ

M (Monitoring) การตรวจสอบ ควบคุมการดำเนินการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ต่อเนื่อง ในการดำเนินการต่าง ๆ มีการดำเนินการติดตามอย่างต่อเนื่องทุก 3 เดือน

A (Atmosphere Environment) เป็นการสร้างบรรยากาศสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ผู้ต้องขังมีสุขภาพอนามัยที่ดีและผู้ต้องขังมีความรู้ในการจัดการสิ่งแวดล้อมในเรือนจำ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการจัดการสิ่งแวดล้อมในเรือนจำและเมื่อออกจากเรือนจำสามารถประยุกต์การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดความยั่งยืนที่บ้านได้ ซึ่งเป็นประเด็นที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพระดับบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมในเรือนจำ

I (Income Economy) เป็นการอบรมให้ความรู้ สร้างอาชีพ สร้างรายได้เพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจให้แก่ผู้ต้องขังสร้างความรอบรู้



จากรูปแบบ INSPIRE SOMMAI MODEL เป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนารูปแบบการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในเรือนจำ เพื่อให้เรือนจำมีระบบการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ดี บุคลากรมีศักยภาพพร้อมพัฒนาขีดความสามารถ และผู้ต้องขังมีความรู้และมีส่วนร่วมในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในเรือนจำได้อย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพ โดยการบูรณาการส่วนราชการในพื้นที่ให้การสนับสนุนการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในเรือนจำ ผ่านโครงการพระราชดำริ โครงการกำลัง ซึ่งให้โอกาสทุกคนเป็นคนดี และคืนคนดีสู่สังคมมีอาชีพ มีการศึกษา มีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน

ทั้งนี้ผลการยืนยันรูปแบบ INSPIRE SOMMAI MODEL เป็นรูปแบบเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในเรือนจำของประเทศไทยในอนาคต โดยใช้กลไกการจัดการสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพครอบคลุมทุกมิติในเรือนจำ ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมและบูรณาการส่วนราชการที่เกี่ยวข้องร่วมแก้ไขปัญหาและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในเรือนจำ ทั้งนี้เมื่อนำรูปแบบ INSPIRE SOMMAI MODEL ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ส่งผลให้เรือนจำมีระบบการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมที่ดี ได้มาตรฐาน ปลอดภัย ไม่ก่อให้เกิดโรคระบาดร้ายแรงภายในเรือนจำและภายนอกเรือนจำ ผู้ต้องขังสามารถเข้าถึงบริการตามที่กฎหมายกำหนดได้รับการรักษาพยาบาล การศึกษา การพัฒนาอาชีพ และการบ่มเพาะให้ทุกคนเป็นคนดี พร้อมทั้งจะคืนสู่สังคมและดำรงตนอยู่ในสังคมอย่างปกติสุขเหมือนผู้คนที่ทั่วไปได้

### การอภิปรายผล

รูปแบบการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในเรือนจำของประเทศไทยในอนาคต มีจุดเด่นคือการบูรณาการของทุกภาคส่วนเพื่อจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขัง เป็นการให้โอกาส ความเท่าเทียมกัน ได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ดีจนกลายเป็นคนดี สามารถพัฒนาตนเองได้ เมื่อออกจากเรือนจำกลับไปสร้างรายได้ทางเศรษฐกิจ ช่วยเหลือสังคมนำความรู้ไปช่วยในการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม เกิดความยั่งยืนต่อไป ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในรูปแบบเดิมที่ไม่ได้รับการพัฒนา เพราะเรือนจำเป็นสถานที่ที่เป็นระบบปิดบุคคลภายนอกไม่สามารถเข้าออกได้ ผู้ต้องขังจึงต้องทนใช้ชีวิตตามยะถากรรม และตามที่เรือนจำจัดให้ ส่งผลให้เกิดการแพร่ระบาดของเชื้อโรคอย่างรวดเร็ว มีการติดเชื้อ และแพร่กระจายเชื้อโรค ออกนอกเรือนจำส่งผลกระทบต่ออย่างกว้างขวาง เมื่อมีการพัฒนารูปแบบการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในเรือนจำของประเทศไทยในอนาคต และผลลัพธ์สุดท้ายทำให้บรรลุวัตถุประสงค์คือการคืนคนดีสู่สังคมของกรมราชทัณฑ์ กระทรวงยุติธรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ Nasrul (2021) ได้ศึกษาการไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลังในเรือนจำ เป็นการพัฒนาสุขภาพของผู้อยู่ในเรือนจำในฐานะผู้มีส่วนสำคัญในการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนตามความต้องการขั้นพื้นฐานของการดำรงชีวิตเพื่อการป้องกันการโรค สอดคล้องกับกรมอนามัย (Department of Health, Ministry of Public Health, 2019) ที่กำหนดองค์ประกอบการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในเรือนจำให้เหมาะสม ตามความต้องการขั้นพื้นฐานของการดำรงชีวิตเพื่อการป้องกันการเกิดโรคและจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพกายและจิตที่ดีของผู้ต้องขัง สอดคล้องกับการศึกษาของ Khotchomphu (2018) ที่ได้ศึกษาการทำความเข้าใจถึงปัญหาที่ผู้ต้องขังของกรมราชทัณฑ์เผชิญหน้ากับปัญหาต่าง ๆ เช่น การจัดการความเสี่ยงในสถานที่ต้องขัง การควบคุมทางร่างกาย จิตใจ และความเสี่ยงทางสุขภาพจิต โดยการนำแนวคิดที่สามารถนำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังตามแนวพุทธศาสนา โดยเน้นการเห็นคุณค่าในตนเอง การสร้างสังคมที่เข้มแข็ง และสนับสนุนทางจิตใจ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Danielle (2020) ที่ศึกษาสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ต้องขังในเรือนจำส่งผลกระทบต่ออาการกระทำผิดซ้ำหรือไม่ พบว่า สุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีในเรือนจำเชื่อมโยงกับโอกาสที่จะเกิดการกระทำผิดซ้ำที่ลดลง และควรจัดการเรือนจำให้ครอบคลุมการจัดการเกี่ยวกับการสุขภาพ สิ่งแวดล้อม ที่พักอาศัย และสุขอนามัย การจัดการคุณภาพน้ำอุปโภคและบริโภค การจัดการสิ่งปฏิกูล การจัดการมูลฝอย และน้ำเสีย การควบคุมสัตว์และแมลงพาหะนำโรค การบริหารจัดการและควบคุมปัจจัยสิ่งแวดล้อมในเรือนจำ รวมทั้งบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมปรุงประกอบอาหารเพื่อทำให้อาหารสะอาด ปลอดภัย ปราศจากเชื้อโรค พยาธิ และสารเคมีต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายหรืออาจส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการเจริญเติบโตของร่างกาย และพัฒนา

ให้เป็นไปตามคุณภาพการการบริหารภาครัฐ สอดคล้องกับการศึกษาของ Guy (2021) ทำการศึกษาอนาคตของการใช้น้ำและสุขาภิบาลความท้าทายระดับโลกและความต้องการที่มากขึ้นของผู้ต้องขังในเรือนจำ พบว่าการบริหารจัดการน้ำและการจัดสุขาภิบาลในด้านสาธารณสุขที่เหมาะสมในเรือนจำโดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของของเรือนจำเป้าหมายที่มีผู้ต้องขังจำนวนมาก ต้องการพัฒนายังยืนและได้มาตรฐานตามแนวทางปฏิบัติด้านสุขอนามัยที่ปลอดภัย มีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขัง

ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในเรือนจำของประเทศไทยในอนาคต ต้องพิจารณาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างครอบคลุม ได้แก่ ความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การประเมินและจัดการความเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในเรือนจำ สิ่งแวดล้อมที่คุกคามสุขภาพ การตรวจสอบและแก้ไขสถานการณ์ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้ต้องขังในเรือนจำ ปัจจัยกำหนดสุขภาพและการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม สิ่งเหล่านี้ถ้ามีการจัดการที่ดี จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Chaithongrat & Soonthornvipart (2022) ที่ได้ศึกษา คุณภาพชีวิตและความสุขในการทำงานของบุคลากรของกรมการคำต่างประเทศ พบว่าคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดี การมีสวัสดิการที่เหมาะสม มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของบุคลากร ในส่วนของผู้ต้องขัง อย่างน้อยในการที่อยู่ในเรือนจำที่มีสภาพอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ดี ได้รับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ควรได้รับ

กลไกการสนับสนุนการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย บทบาทภารกิจของหน่วยงานในกระทรวงยุติธรรมในด้านการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ตลอดจนการให้บริการอนามัยสิ่งแวดล้อมด้านการป้องกัน ด้านความสะอาด ด้านการให้บริการสาธารณะและสวัสดิการอนามัยสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับกรมราชทัณฑ์ (Department of Corrections, 2021) กล่าวว่านโยบายของกรมราชทัณฑ์จะถูกลงแผนให้สอดคล้องกับนโยบายทั้งของรัฐมนตรีกระทรวงยุติธรรม และรัฐบาลโดยเน้นการทำงานอย่างมีระบบและตระหนักถึงบทบาทและความสำคัญของกรมราชทัณฑ์ในการบริหารจัดการทางด้านยุติธรรมในประเทศไทย อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษารูปแบบที่เป็นไปได้ ได้แก่ เรือนจำควรมีผู้รับผิดชอบงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมร่วมสนับสนุนการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในเรือนจำ สถาบันเพื่อความยุติธรรมแห่งประเทศไทย (Thailand Institute of Justice, 2023) กล่าวว่า สุขภาพอนามัยของผู้ต้องขังยังมีการดูแลไม่เพียงพอ แม้ว่าจะมีผลกระทบค่อนข้างมากโดยเกิดขึ้นในหลายประเทศ เนื่องจากขาดแคลนงบประมาณและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประเทศไทยก็เช่นเดียวกัน

ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้ต้องขังควรได้เรียนรู้ จากการศึกษาของ Pongkaset & Pongkaset (2022) พบว่า ความรอบรู้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการจัดสภาพแวดล้อมที่พักอาศัยที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ในระดับมาก ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ต้องขังมีความรอบรู้ ส่งผลต่อการที่ผู้ต้องขังสามารถจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในเรือนจำให้มีความเหมาะสมได้ต่อไป และสอดคล้องกับการศึกษาของมหาวิทยาลัยมหิดล (Mahidol University, 2021) พบว่าการร่วมมือกันระหว่างองค์กร ในการจัดการความรู้มีประโยชน์มาก การจัดการความรู้ที่ส่งผลดีต่อการทำงานของบุคคลและองค์กร ลดเวลาในการแก้ปัญหา ประหยัดทรัพยากร ซึ่งความรู้และการจัดการความรู้ที่เหมาะสม สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในเรือนจำได้

การมีส่วนร่วมในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย กระทรวงยุติธรรม กรมราชทัณฑ์ เรือนจำ บทบาทภารกิจของหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย กรมควบคุมโรค สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป สาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และบทบาทภารกิจของหน่วยงานอื่น ได้แก่ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชน กระทรวงการท่องเที่ยวและการกีฬา ภาคประชาสังคม องค์กรปกครองท้องถิ่น สอดคล้องกับกรมราชทัณฑ์ Thailand Institute of Justice (2023) กล่าวว่า นโยบายของกรมราชทัณฑ์จะถูกลงแผนให้สอดคล้องกับนโยบายทั้งของรัฐมนตรีกระทรวงยุติธรรม และนโยบายของรัฐบาล เพื่อให้กรมราชทัณฑ์สามารถทำงานอย่างมีประสิทธิภาพและเชื่อมโยงกับนโยบายของกระทรวงต่าง ๆ เน้นการทำงาน

อย่างมีระบบและตระหนักถึงบทบาทและความสำคัญของกรมราชทัณฑ์ในการบริหารจัดการทางด้านยุติธรรมในประเทศไทย ทั้งนี้การมีส่วนร่วมในการจัดการ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chaiya, Chandarasorn, Chirinang & Mankan (2024) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมและความร่วมมือในการจัดการสิ่งแวดล้อม พบว่า การมีส่วนร่วมและความร่วมมือในการจัดการสิ่งแวดล้อมเป็นพื้นฐานที่สำคัญอันดับแรกในการเสริมสร้างจิตสำนึกรักและหวงแหนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมของประเทศ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนจึงต้องประสานความร่วมมือกันเพื่อช่วยขับเคลื่อนการปฏิบัติงานในการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ข้อจำกัดงานวิจัยคือ วิจัยครั้งนี้ ได้ INSPIRE SOMMAI Model ซึ่งเป็นการพัฒนารูปแบบจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ เป็นความคาดหวังในสิ่งที่อยากให้เกิดขึ้น แต่ยังไม่ได้ทดลองปฏิบัติจริงในเรือนจำเนื่องจากข้อจำกัดเชิงนโยบายจะต้องรับการอนุมัติจากกรมราชทัณฑ์

### การนำผลการวิจัยไปใช้

เนื่องจากผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบ INSPIRE SOMMAI MODEL ซึ่งเป็นรูปแบบที่ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ระยะคือระยะที่ 1 ระยะสัมภาษณ์ ระยะที่ 2 ระยะหาฉันทามติ และระยะที่ 3 ระยะยืนยันรูปแบบ โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความครอบคลุมทุกกระบวนการในการจัดสภาพแวดล้อมที่ดีต่อผู้ต้องขังในเรือนจำ ด้วยการบูรณาการทุกกระทรวง ทบวง กรม และส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันแก้ไขปัญหาบริหารจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในเรือนจำของประเทศไทยในอนาคตให้มีประสิทธิภาพ โดยผู้บริหารควรกำหนดนโยบายมาตรการสู่การปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ต้องขัง เน้นปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในเรือนจำ และพัฒนาสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกเรือนจำ ให้มีการจัดกิจกรรมสุขภาพและการฟื้นฟูสุขภาพ ส่งเสริมกิจกรรมทางกายภาพและการฝึกปฏิบัติที่สอดคล้องกับความสามารถของผู้ต้องขัง และควรพัฒนาโปรแกรมทางการศึกษาให้โอกาสแก่ผู้ต้องขังในเรือนจำได้ศึกษา และพัฒนาทักษะความสามารถรวมทั้ง ส่งเสริมการเรียนรู้ผ่านช่องทางที่หลากหลายมากขึ้นและควรจัดสรรงบประมาณในการดำเนินการให้สอดคล้องกับสถานการณ์ต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการนำรูปแบบ INSPIRE SOMMAI Model ทดลองปฏิบัติจริงในเรือนจำ และวัดประสิทธิผลจากโมเดล โดยดำเนินการแบบ Action Research มีการเปรียบเทียบผลลัพธ์ ก่อน และหลังการดำเนินการตามโมเดล

### References

- Chaithongrat, N., & Soonthornvipart L. N. (2022). Qualities and happiness of work life of the officials of the department of foreign trade, ministry of commerce. *Western University Research Journal: Humanities and Social Sciences*, 8(3), 44-55. (in Thai)
- Chaiya, M., Chandarasorn, V., Chirinang, P., & Mankan, W. (2024). Participation and cooperation in environmental management. *SAU Journal of Social Sciences & Humanities*, 8(1), 16-28. (in Thai)
- Danielle, W. (2020). Does in-prison physical and mental health impact recidivism. *Population Health*, 11(3), 1-16. doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100569.
- Department of Corrections. (2021). *Statistics of Inmates 2010-2020*. Bangkok: Ministry of Justice. (in Thai)
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2022). *Annual Report 2021*. Bangkok: Ministry of Public Health. (in Thai)

- Department of Health, Ministry of Public Health. (2020). *Guidelines for Inspection in the Ministry of Public Health*. Bangkok: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Guy, H. (2021). *The Future of Water and Sanitation: Global Challenges and the Need for Greater Ambition*. Bristol, UK: University of Bristol University of Bristol.
- Khotchomphu, P. (2018). *Development of Quality of Life of Inmates from a Buddhist Integrative Perspective*. Ph.D. Thesis in Buddhist Studies, Graduate School, Mahachulalongkornrajavidyalaya University. (in Thai)
- Kitsanguan, S. (2023). Factors affecting the mental health of female inmates in Chonburi women's prison. *Journal of Health Center* 9, 7(1), 166-180. (in Thai)
- Mahidol University. (2021). *Knowledge Management*. Bangkok: Faculty of Engineering. (in Thai)
- Mcmillan, T. (1971). *The Delphi Technique*. Paper Presented at the annual meeting of the California Junior Colleges Associations Committee on Research and Development. Monterey: California.
- Nasrul, I. (2021). Leaving no one behind in prison: improving the health of people in prison as a key contributor to meeting the sustainable development Goals 2030. *BMJ Global Health*, 6(3), 1-8.
- Pongkaset, A., Pongkaset, K. (2022). Factors Related to Appropriate Housing Environment Practice for Elderly among Village Health Volunteers in Three Southern Bordering Provinces. *Health Sci J*, 4(1), 64-77. (in Thai)
- Poonpattarachewin, J. (2016). *Futures Research*. Bangkok: Chulalongkorn University. (in Thai)
- Thailand Institute of Justice. (2023). *Statistics on the Justice Process*. Bangkok: Institute of Justice of Thailand (Public Organization). (in Thai)

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการจัดการ  
อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูง  
The Effects of a Self-efficacy Enhancing Program on Caregivers' Management  
of Stroke Warning Signs for High-risk Older Persons

จิรา ทองหนู้อย<sup>1</sup>, หทัยรัตน์ แสงจันทร์<sup>2\*</sup>, รัตใจ เวชประสิทธิ์<sup>3</sup>

Jira Thongnunui<sup>1</sup>, Hathairat Sangchan<sup>2\*</sup>, Ratjai Vatchprasit<sup>3</sup>

<sup>1</sup>โรงพยาบาลป่าพะยอม, <sup>2</sup>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ, <sup>3</sup>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

<sup>1</sup>Phapayom Hospital, <sup>2</sup>Faculty of Nursing, Thaksin University, <sup>3</sup>Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

(Received: June 6, 2024; Revised: December 18, 2024; Accepted: January 15, 2025)

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูง ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูงที่ได้คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 60 ราย กลุ่มควบคุม 30 ราย ได้รับข้อมูลและคำแนะนำด้านสุขภาพตามปกติ กลุ่มทดลอง 30 ราย ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนฯ ซึ่งผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 ส่วนเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ 3) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุและการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง 4) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง 5) แบบสังเกตการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และเครื่องมือฉบับที่ 3 ฉบับที่ 4 และฉบับที่ 5 มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .73, .93 และร้อยละ 100.0 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบด้วยสถิติ Fisher's Exact Test, Chi-Square, Wilcoxon Ranks test และ Mann-Whitney U test ผลการศึกษา พบว่า

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < .01) และมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและคะแนนการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < .001)

2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < .01) และมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและคะแนนการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < .001)

การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนฯ ต่อการเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ดูแลในการสังเกตอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ให้การดูแลและจัดการนำส่งผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูงเข้ารับการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ:** โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูง

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: hathairat.s@tsu.ac.th)



## Abstract

This quasi-experimental study aimed to investigate the effects of a self-efficacy enhancing program on caregivers' management of stroke warning signs for high-risk older persons that was developed based on the self-efficacy theory. The subjects were 60 caregivers of high-risk older persons who were purposively selected following inclusion criteria. The 30 subjects in the control group received health information and advice, whereas the 30 subjects in the experimental group received the self-efficacy enhancing program. The program was approved by three experts and yielded a content validity index of 1.00. The instruments for data collection were : 1) a demographic and illness data of high-risk older persons form, 2) a demographic data of family caregivers of high-risk older persons form, 3) a knowledge of stroke in elderly and stroke warning signs management checklist, 4) a perceived self-efficacy on stroke warning signs management questionnaire, and 5) a performance of stroke warning signs management checklist. The instruments were approved by three experts and yielded a content validity index of 1.00. The reliabilities of the third, fourth and fifth parts of the instruments were .73, .93, and 100.0%, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics, as well as comparison between groups, using Fisher's Exact Test, Chi-Square, Wilcoxon Ranks test, and Mann-Whitney U test. The results showed as follows.

1. After receiving the self- efficacy enhancing program, the knowledge score of the experimental group was significantly higher than before ( $p$ -value < .01). The score of perceived self-efficacy on stroke warning signs and the score of stroke warning signs management of the experimental group was significantly higher than before ( $p$ -value < .001).

2. After receiving the self- efficacy enhancing program, the knowledge score of the experimental group was significantly higher than that of the control group ( $p$ -value < .01). The score of perceived self-efficacy on stroke warning signs and the score of stroke warning signs management of the experimental group were significantly higher than that of the control group ( $p$ -value < .001).

These findings illustrate the effects of the self-efficacy enhancing program on increasing self-efficacy of caregivers in observing stroke warning signs and is effectively caring and managing referred the high-risk older persons to access the treatment.

**Keywords:** Self-efficacy Enhancing Program, Stroke Warning Signs Management, Caregiver of High-Risk Older Persons

## บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับสองรองจากโรคหลอดเลือดหัวใจและเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยทุพพลภาพที่ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตและการสูญเสียทางเศรษฐกิจ (Feigin, Brainin, Norrving, Martins, Sacco, Hacke, et al., 2022) องค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Organization [WSO]) รายงานว่ามีผู้ป่วยรายใหม่ 12.2 ล้านคนต่อปี หรือ 1 คนในทุกๆ 3 นาที (Feigin, Brainin, Norrving, Martins, Sacco, Hacke, et al., 2022) การศึกษาทางระบาดวิทยาในประเทศไทยช่วงปี พ.ศ. 2560 - 2565 พบว่าประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มีอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นจาก 278.49 ต่อแสน เป็น 330.72 ต่อแสนประชากร โดยในเขตสุขภาพที่ 12 มีอุบัติการณ์สูงขึ้นจาก 255.96 ต่อแสน เป็น 298.54 ต่อแสนประชากร (Theamkou, 2022) ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ การมีประวัติความดันโลหิตสูง เบาหวาน ดัชนีมวลกายสูง การสูบบุหรี่ ซึ่งมักพบในผู้สูงอายุเนื่องจาก



เป็นกลุ่มวัยที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมทั้งการมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคและการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม และจากทฤษฎีการเชื่อมตามขวาง (Cross-Linking Theory) ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงของสารไขว้ขวาง คือ คอลลาเจน อิลาสติน และสารที่อยู่ภายในเซลล์ ทำให้เนื้อเยื่อแข็ง แดง แห้ง และเสียความยืดหยุ่น โดยเฉพาะผิวหนังและหลอดเลือด ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง (Fillit, Rockwood, & Young, 2017) โดยผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 55 ปี จึงมีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 55 ปี เป็น 2.94 เท่า (Nilnate, 2019) สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 59 ( $SD = 10.27$ ) มีระดับความเสี่ยงสูงร้อยละ 43.3 ระดับความเสี่ยงสูงปานกลางร้อยละ 53.5 และระดับความเสี่ยงสูงมากร้อยละ 3.2 (Kittiboonthawal, Yingrengreung, & Srithanya, 2013)

ภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันทำให้เลือดไปเลี้ยงเซลล์สมองลดลง ส่งผลให้การทำงานของระบบประสาทบกพร่อง ไม่สามารถรับรู้ ตอบสนอง หรือควบคุมสั่งการอวัยวะได้ตามปกติ จึงมีอาการอย่างทันทีทันใด ได้แก่ ชาบริเวณใบหน้า กลืนลำบาก พูดลำบาก พูดไม่ชัด พูดไม่ได้หรือไม่เข้าใจ เวียนศีรษะ ปวดศีรษะอย่างรุนแรง อ่อนแรงของแขนหรือขาซีกใดซีกหนึ่ง เดินเซ เดินลำบากหรือสูญเสียความสามารถในการทรงตัว ความสามารถในการมองเห็นไม่ชัด เห็นภาพซ้อน หรือมีตมัวข้างเดียวหรือทั้งสองข้าง (Majavong, 2019) แนวปฏิบัติการจัดการอาการระยะแรกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันของสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกาให้ความสำคัญกับการดูแลในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนทุกกลุ่มเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และจดจำอาการในระยะเริ่มแรกได้ และให้ตระหนักถึงความจำเป็นในการขอรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างรวดเร็ว เพื่อการเข้าถึงการรักษาที่มีประสิทธิภาพ (Powers, Rubinstein, Ackerson, Adeoye, Bambakidis, Becker, et al., 2019) ปัจจุบันมีคำแนะนำวิธีการจดจำอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองด้วยคำย่อ BEFAST ประกอบด้วย B-Balance คืออาการเดินเซ ทรงตัวไม่อยู่ E-Eye คืออาการตามัว มองไม่เห็น มองเห็นภาพซ้อน มองเห็นครึ่งซีก หรือตาบอดข้างเดียว F-Face คืออาการหน้าเบี้ยวและ/หรือปากเบี้ยว A-Arm คืออาการขา แขน และ/หรือขาอ่อนแรง S-Speech คืออาการพูดไม่ได้ พูดไม่ออก พูดไม่ชัด หรือพูดคุ้ยสับสน T-Time คือเมื่อพบว่ามีอาการควรรีบนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดทันที (Vipaksongkhro, Kensaku, Takthaweephon, Supat, Boonthong, & Kosimongkol, 2024)

ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูงจึงควรได้รับรู้อาการที่เป็นสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองเพื่อจัดการอาการได้ทันเวลา จากการทบทวนงานวิจัยในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าการรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.224$ ) จึงควรให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนในผู้ที่มีความเสี่ยง (Wanna, Kimsungnoen, & Namchanthra, 2020) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Yiadthaisong, Wongpirirayothar, & Kuleelung (2019) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 56.4 มาถึงโรงพยาบาลช้ากว่า 270 นาที และการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และรายได้ของครอบครัวเป็นตัวแปรที่ร่วมทำนายระยะเวลาการมารับการรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการรักษาที่ล่าช้า ได้แก่ สถานภาพสมรส อาชีพ ประวัติการเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลัน และการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลัน (Rattanachan, 2023)

อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มวัยที่จำเป็นต้องมีผู้ดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองเป็นอาการที่เกิดขึ้นทันทีทันใดและอาจทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถตัดสินใจหรือจัดการได้ด้วยตนเอง ต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นโดยเฉพาะบุคคลใกล้ชิดที่อยู่ในบ้านเดียวกันหรือผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัว จากการประสพการณ์ปฏิบัติงานของผู้วิจัย พบว่าเมื่อผู้สูงอายุเกิดอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวจะเป็นผู้นำผู้สูงอายุส่งโรงพยาบาล แต่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มั่นใจในการจำแนกอาการเตือนโรคหลอดเลือดจากอาการเป็นลมจากสาเหตุอื่น ๆ ไม่ทราบวิธีการดูแลและจัดการที่ถูกต้อง ไม่สามารถระบุเวลาที่ผู้สูงอายุเกิดอาการได้ ส่งผลให้การนำส่งล่าช้า ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด

ที่ควรได้รับภายใน 4 ชั่วโมงตั้งแต่เริ่มมีอาการจึงจะมีประสิทธิภาพที่ดีที่สุด รายงานการศึกษาของ Noommeechai, Samartkit, & Masingboon (2017) ในกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ป่วยที่นำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันรายใหม่มารับการรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบว่า ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเกิดอาการจนกระทั่งมาถึงโรงพยาบาลใช้เวลาเฉลี่ย 7.41 ชั่วโมง โดยมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 42.2 ที่มาถึงโรงพยาบาลภายในเวลา 4.5 ชั่วโมง และประสบการณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตอบสนองต่ออาการของโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .22, r = .36, r = .22$  ตามลำดับ)

แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูงมีความสำคัญและจะทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการจัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพและทันเวลา จากแนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่เชื่อว่าบุคคลที่มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการกระทำสิ่งใดจะสามารถปฏิบัติสิ่งนั้น ๆ ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Suwintrakorn, Kalampakorn, & Rawiworraku (2019) ที่ใช้แนวคิดดังกล่าวพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง การเฝ้าระวังและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .05$ ) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่แสดงถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมที่พัฒนาจากทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา ดังเช่นการศึกษาของ Piyahirun, Kasipol, & Prasertsomg (2018) และการศึกษาของ Phoonphoerm, Apinundecha, & Limtoprasert (2021)

การศึกษาครั้งนี้ จึงใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) มาเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูงในการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเสริมสร้างความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการจัดการอาการเมื่อผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูงเกิดอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูงให้สามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพและการรักษาอันจะนำไปสู่การลดอัตราการเสียชีวิตและลดการเกิดความพิการ

### วัตถุประสงค์วิจัย

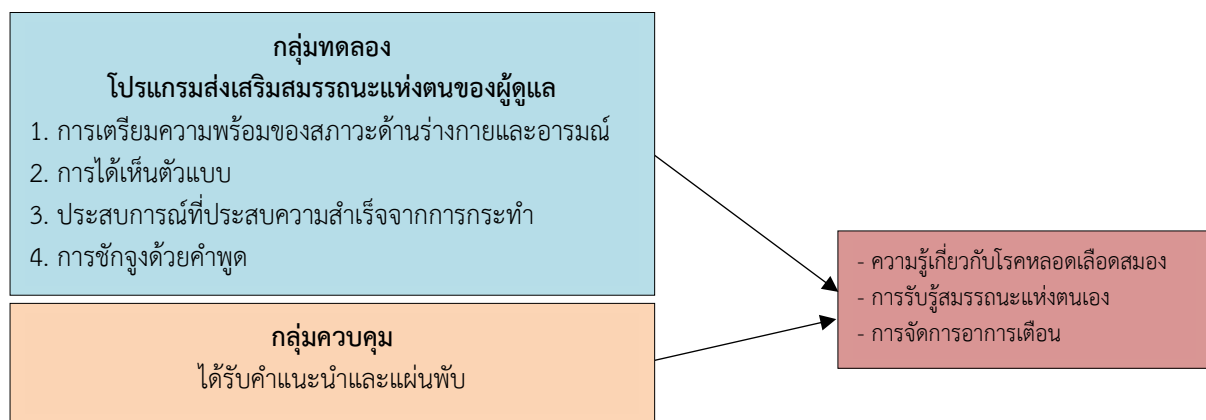
1. เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน
2. เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและกลุ่มควบคุม

### สมมติฐานวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. คะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มควบคุม

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy Theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่เชื่อว่าหากบุคคลมีความเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมใดได้ บุคคลนั้นก็จะประสบความสำเร็จในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ โดยบุคคลจะมีสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นได้จาก 4 แหล่ง ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and Affective State) 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious Experiences) 3) การประสบความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง (Enactive Mastery Experience) และ 4) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูงในการประเมินอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองและจัดการเมื่อผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูงเกิดอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การจดบันทึกระยะเวลาการเกิดอาการ การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น และการติดต่อ 1669 เพื่อนำส่งโรงพยาบาล ตามแนวปฏิบัติการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง (Powers, Rubinstein, Ackerson, Adeoye, Bambakidis, Becker, et al., 2019)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ระเบียบการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Design) แบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two- Group Pretest-Posttest Design) มีระเบียบวิธีวิจัย ดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease Risk) ในอีก 10 ปีข้างหน้า ร้อยละ 20 ขึ้นไป ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีคุณสมบัติ ดังนี้ (1) อายุ 18 – 60 ปี (2) อาศัยอยู่บ้านเดียวกันและเป็นผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุ (3) มีสติสัมปชัญญะ สมบูรณ์ (4) สามารถสื่อสารด้วยการพูดและฟังภาษาไทยได้ และกำหนดเกณฑ์ในการคัดออก ได้แก่ (1) ผู้ดูแลเปลี่ยนหน้าที่ ไม่ได้เป็นผู้ดูแลหลัก และ/หรือไม่ได้อยู่บ้านเดียวกับผู้สูงอายุ (2) ผู้ดูแลขอยุติการเข้าร่วมการวิจัย

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ค่าขนาดอิทธิพลของตัวแปรที่ศึกษาจากงานวิจัยของ Suwintrakorn, Kalampakorn, & Rawiworraku (2019) เรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซึ่งใช้กรอบแนวคิดและตัวแปรที่ศึกษาคลายคลึงกัน คำนวณค่าขนาดอิทธิพล ได้เท่ากับ 1.04 - 2.97 การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาในบริบทที่แตกต่างจากงานวิจัยข้างต้นในด้านคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดอิทธิพลเท่ากับ .80 ความเชื่อมั่นที่ระดับ 95% ความคลาดเคลื่อนที่ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 ราย และเพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหายระหว่าง

การดำเนินการศึกษา จึงเพิ่มอีกร้อยละ 20 (กลุ่มละ 5 ราย) (Wongrattana, 2009) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 31 ราย โดยผู้วิจัยดำเนินการวิจัยในกลุ่มควบคุมเสร็จสิ้น แล้วจึงดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลอง ภายหลังจากดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้นมีข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ในกลุ่มควบคุม 1 ราย และกลุ่มทดลอง 1 ราย จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 ราย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ คือ โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยจัดกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับประสบการณ์จาก 4 แหล่ง ได้แก่

1.1 การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและสภาวะอารมณ์ เป็นกิจกรรมแรกของการเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกวันเวลาที่สะดวก เพื่อไม่มีความกังวลกับกิจวัตรประจำวัน ผู้วิจัยจัดสถานที่ห้องประชุมของโรงพยาบาลซึ่งมีพื้นที่เพียงพอ เป็นสัดส่วน และไม่มีสิ่งรบกวนการทำกิจกรรม และใช้เวลาประมาณ 15 นาที สำหรับการทักทาย แนะนำตัว และพูดคุยเตรียมความพร้อมที่จะเข้าสู่กิจกรรมในขั้นต่อไป

1.2 การได้รับประสบการณ์จากผู้อื่นหรือเห็นตัวแบบ ผู้วิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูลความรู้ตามแผนการสอน โดยการบรรยายประกอบสื่อการสอนเรื่องผู้สูงอายุและอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเนื้อหาความรู้และจัดทำเป็นคำบรรยายประกอบภาพที่เหมาะสมและง่ายต่อความเข้าใจ เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และใช้สื่อวิดีโอเรื่องราวทันโรคหลอดเลือดสมองและการเล่าประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จในการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

1.3 การประสบความสำเร็จด้วยตนเองและการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยจัดทำสถานการณ์จำลองและสาธิตวิธีการจัดการเมื่อพบว่าผู้สูงอายุมีอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติด้วยการสาธิตย้อนกลับจนเกิดความมั่นใจเป็นรายบุคคลใช้เวลาประมาณ 10 นาทีต่อคน

1.4 การชักจูงด้วยคำพูด ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลสะท้อนคิดความสำเร็จในการฝึกทักษะด้วยตนเอง ผู้วิจัยกล่าวชมเชยและให้กำลังใจ ใช้เวลาประมาณ 15 นาที หลังจากได้รับโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยโทรศัพท์ไปพูดคุยสนทนาให้กำลังใจและสอบถามเกี่ยวกับความรู้และการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ใช้เวลา 15 นาทีต่อคน

### 2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ระดับความดันโลหิต น้ำหนัก ส่วนสูง การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ค่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วย จำนวนสมาชิกครอบครัว ความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ และหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูง ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดความรู้สำหรับอาสาสมัครหมู่บ้านและผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองหรือผู้ดูแล (Kitrungrote & Phromnoi, 2020) มีจำนวนข้อคำถาม 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ ผิด (0 คะแนน) ถูก (1 คะแนน) คะแนนรวม 0 - 20 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 0.00 - 6.67 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับน้อย 6.68 - 13.33 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง 13.34 - 20.00 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของแบนดูราและทบทวนเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย ข้อคำถาม 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วน

ประมาณค่าตั้งแต่ 1 หมายถึง เชื่อว่าตนเองไม่สามารถจัดการได้สำเร็จ จนถึง 10 หมายถึง เชื่อว่าตนเองสามารถจัดการได้สำเร็จ คะแนนรวมเท่ากับ 1 – 80 คะแนน การแปลผลโดยแบ่งเป็น 3 ระดับ 1.00 – 26.66 หมายถึง ระบุว่าตนเองสามารถจัดการได้สำเร็จระดับต่ำ 26.67 – 53.33 หมายถึง ระบุว่าตนเองสามารถจัดการได้สำเร็จระดับปานกลาง 53.34 – 80.00 หมายถึง ระบุว่าตนเองสามารถจัดการได้สำเร็จระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบสังเกตการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูง จำนวน 8 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาตามแนวปฏิบัติการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ประเมินโดยการจัดสถานการณ์จำลองผู้สูงอายุเกิดอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองและให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูงแสดงวิธีการปฏิบัติในการจัดการเป็นรายบุคคล และผู้ช่วยวิจัยสังเกตการปฏิบัติพร้อมทั้งบันทึกการปฏิบัติ ลักษณะคำตอบ ผิด (0 คะแนน) ถูก (2 คะแนน) คะแนนรวมเท่ากับ 0 – 16 คะแนน การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ 0.00 – 5.33 คะแนน เท่ากับ การจัดการระดับน้อย 5.34 – 10.33 คะแนน เท่ากับ การจัดการระดับปานกลาง 10.34 – 16.00 คะแนน เท่ากับการจัดการระดับมาก

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด ได้รับการพิจารณาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) ของเครื่องมือทุกชุดได้ค่าเท่ากับ 1.0 ส่วนความเที่ยงของเครื่องมือส่วนที่ 3 หาค่าความสอดคล้องภายในจากการคำนวณค่า KR-20 ได้เท่ากับ .73 ส่วนที่ 4 มีความสอดคล้องภายในจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ .93 และส่วนที่ 5 มีความสอดคล้องตรงกัน (Percentage of Agreement) ระหว่างการสังเกตของผู้ช่วยวิจัย 3 คน ได้เท่ากับร้อยละ 100

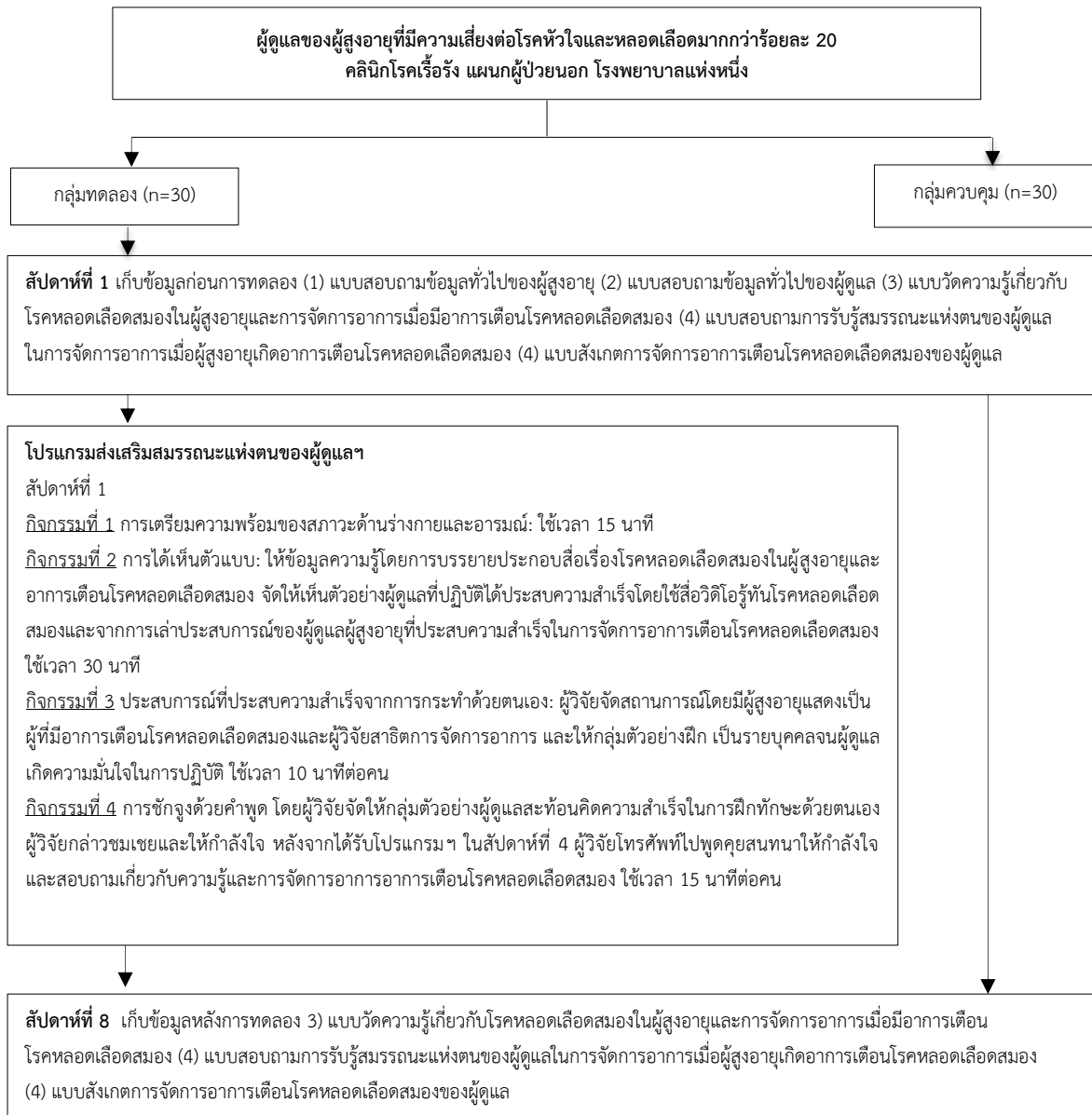
#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 3 คน ทำหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยผู้ช่วยวิจัยไม่ทราบว่าการกลุ่มตัวอย่างกลุ่มใดเป็นกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง

2. การเตรียมผู้ป่วยจำลองซึ่งเป็นบุคคลที่มีอายุมากกว่า 60 ปี แสดงเป็นผู้สูงอายุที่มีอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ปากเบี้ยว มุมปากตก แขนหรือขาอ่อนแรง ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด เดินเซ อ่อนเพลีย นิ่งหรือยืนไม่ได้ เพื่อสาธิตและฝึกการจัดการอาการ

การดำเนินการในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้





### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติไคสแควร์ สถิติฟิชเชอร์ ตามระดับการวัดและข้อตกลงเบื้องต้นของแต่ละสถิติ

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test และเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test เนื่องจากผลการทดสอบชุดข้อมูลตัวแปรด้วย Kolmogorov-smirnov Test และ Shapiro-wilk Test พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .04 แสดงว่าข้อมูลมีการกระจายไม่เป็นไปตามปกติ รวมทั้งเมื่อพิจารณาค่า Skewness และ Kurtosis โดยการหาค่า Statistic/Std error พบว่าไม่อยู่ในช่วง -1.96 ถึง +1.96



## จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการประเมินจริยธรรมในงานวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่รับรอง PSU IRB 2023-St-Nur-020 (internal)

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูงและผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		ค่าสถิติ	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ</b>						
เพศ						
ชาย	16	53.33	7	23.33	5.829	.033 <sup>a</sup>
หญิง	14	46.67	23	76.67		
อายุ (ปี)						
60-79 ปี	10	33.33	8	26.66	.317	.853 <sup>b</sup>
80-99 ปี	10	33.33	11	36.67		
มากกว่า 100 ปีขึ้นไป	10	33.33	11	36.67		
ระยะเวลาการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง						
น้อยกว่า 1 ปี	1	3.33	7	23.33	8.179	.147 <sup>b</sup>
1 - 3 ปี	1	3.33	4	13.33		
3 - 6 ปี	5	16.67	3	10.00		
6 - 10 ปี	15	50.00	11	36.67		
10 ปีขึ้นไป	8	26.67	5	16.67		
ค่า CVD risk						
CVD = 20 - 29	15	50.00	20	66.67	1.724	.189 <sup>b</sup>
CVD >/= 30	15	50.00	10	33.33		
<b>กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล</b>						
เพศ						
ชาย	6	20.00	7	23.33	1.164	.559 <sup>b</sup>
หญิง	24	80.00	23	76.67		
อายุ						
18 - 30 ปี	5	16.66	4	13.33	.155	.926 <sup>b</sup>
31 - 44 ปี	11	36.67	12	40.00		
45 - 59 ปี	11	36.67	14	46.67		
สถานภาพสมรส						
โสด	5	16.67	8	26.67	1.456	.692 <sup>a</sup>
คู่	21	70.00	18	60.00		
หม้าย/หย่า/แยก	4	13.33	4	13.33		

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		ค่าสถิติ	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อาชีพ					3.363	.339 <sup>a</sup>
งานบ้าน	2	6.67	2	6.67		
ทำสวน	16	53.33	22	73.33		
ค้าขาย	8	26.67	3	10.00		
รับราชการ	4	13.33	3	10.00		
ระดับการศึกษา					1.494	.684 <sup>b</sup>
ประถมศึกษา	4	13.33	7	23.33		
มัธยมศึกษา	17	56.67	13	43.34		
อนุปริญญา/ปริญญาตรี	9	30.00	10	33.33		
รายได้ผู้ดูแล					.267	.992 <sup>a</sup>
1,000 - 5,000	1	3.33	1	3.33		
5,001 - 10,000	7	23.33	8	26.67		
10,001 - 15,000	11	36.67	11	36.67		
15,001 - 20,000	3	10.00	2	6.66		
20,001 - 25,000	8	26.67	8	26.67		
ระยะเวลาการดูแล					7.689	.104 <sup>a</sup>
น้อยกว่า 1 ปี	1	3.33	4	13.33		
1 - 3 ปี	0	0.00	3	10.00		
4 - 6 ปี	7	23.33	10	33.34		
6 - 10 ปี	16	53.34	9	30.00		
มากกว่า 10 ปี	6	20.00	4	13.33		

<sup>a</sup>สถิติ Fisher ' s Exact Test, <sup>b</sup>สถิติ Chi-Square

จากตาราง 1 กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูงในกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 79 ปี ( $SD = 9.60$ ) และมีเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 53.6 และร้อยละ 46.7 ตามลำดับ) ส่วนในกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 74 ปี ( $SD = 9.04$ ) และมีเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 76.7 และร้อยละ 23.3 ตามลำดับ) กลุ่มควบคุมมีอาชีพทำสวน งานบ้าน ค้าขายและรับราชการ คล้ายคลึงกับกลุ่มทดลอง สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูงในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าระยะเวลาการมีความดันโลหิตสูงใกล้เคียงกัน คือ เฉลี่ย 8 ปี และเฉลี่ย 5 ปี ตามลำดับ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูงในกลุ่มควบคุมมีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย 139 มม.ปรอท ส่วนในกลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย 150 มม.ปรอท โดยผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูงในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และไม่สูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูงในกลุ่มควบคุมร้อยละ 50 มีค่า CVD risk ร้อยละ 20 - 29 และร้อยละ 50 มีค่า CVD risk มากกว่าร้อยละ 30 ส่วนกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูงในกลุ่มทดลองร้อยละ 66.7 มีค่า CVD risk ร้อยละ 20 - 29 และร้อยละ 33.3 มีค่า CVD risk มากกว่าร้อยละ 30 ผลการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยของควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่าไม่แตกต่างกัน

กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมมีเพศหญิง (ร้อยละ 80) มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 20) เช่นเดียวกับผู้ดูแลในกลุ่มทดลองที่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.7) มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 23.3) ผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 46 ปีเท่ากัน ผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมมีอาชีพทำสวน ค้าขาย รับราชการ และงานบ้าน คล้ายคลึงกับผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง จึงมีรายได้ใกล้เคียงกัน ผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมมีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 56.7) ส่วนที่เหลือเป็นระดับปริญญาตรี ประถมศึกษา อนุปริญญา และอนุปริญญา เช่นเดียวกับผู้ดูแลในกลุ่มทดลองที่มี

ระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 43.3) ส่วนที่เหลือเป็นระดับประถมศึกษา ปริญญาตรี และอนุปริญญา ผลการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่าไม่แตกต่างกัน

2. เปรียบเทียบความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

**ตาราง 2** เปรียบเทียบคะแนนความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูงในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติวิลคอกซัน (Wilcoxon Signs Ranks test)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง Mdn (IQR)	หลังการทดลอง Mdn (IQR)	Z	p-value (1-tailed)
1. ความรู้โรคหลอดเลือดสมองและการจัดการอาการเตือน	17.00(3.25)	18.00(3.00)	-2.803	.001
2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง	60.00(14.75)	79.00(6.50)	-4.053	<.001
3. การจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง	14.00(2.25)	16.00(2.00)	-4.705	<.001

จากตาราง 2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบพบว่าหลังการทดลอง คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และคะแนนการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .001

3. เปรียบเทียบความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและกลุ่มควบคุม

**ตาราง 3** เปรียบเทียบคะแนนความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูง ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม Mdn (IQR)	กลุ่มทดลอง Mdn (IQR)	Z	p-value
<b>ก่อนการทดลอง</b>				
1. ความรู้โรคหลอดเลือดสมองและการจัดการอาการเตือน	16.00 (5.25)	17.00 (3.25)	-1.195	.232 <sup>a</sup>
2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง	55.50 (27.75)	60.00 (14.75)	-1.702	.089 <sup>a</sup>
3. การจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง	14.00 (6.00)	14.00 (2.25)	-.305	.761 <sup>a</sup>
<b>หลังการทดลอง</b>				
1. ความรู้โรคหลอดเลือดสมองและการจัดการอาการเตือน	16.50 (2.25)	18.00 (3.00)	-2.597	.002 <sup>b</sup>
2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง	58.00 (25.75)	79.00 (6.50)	-5.547	<.001 <sup>b</sup>
3. การจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง	14.00 (6.00)	16.00 (2.00)	-3.557	<.001 <sup>b</sup>

<sup>a</sup> two-tailed, <sup>b</sup> one-tailed

จากตาราง 3 ก่อนการทดลอง คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และคะแนนการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองไม่แตกต่างกัน ส่วนหลังการทดลอง พบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และคะแนนการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ  $< .001$  ตามลำดับ

### การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุและการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลทั้งก่อนและหลังการทดลองอยู่ในระดับมาก โดยก่อนการทดลองกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 14.83 ( $SD = 3.14$ ) น้อยกว่ากลุ่มทดลองที่มีคะแนนเฉลี่ย 15.50 ( $SD = 3.37$ ) เล็กน้อยและไม่แตกต่างกันทางสถิติ ซึ่งมีความเป็นไปได้ที่ผู้ดูแลและมีความรู้ในระดับมากเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นระยะเวลานานมากกว่า 5 ปี และมารับการรักษาที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ดูแลหลักที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้จะมารับบริการพร้อมกับผู้สูงอายุเป็นประจำ ผู้ดูแลจึงได้รับคำแนะนำที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการโดยตรง หรือจากแผ่นป้ายความรู้ของโรงพยาบาล และอาจได้รับความรู้จากการรณรงค์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่มีอย่างแพร่หลายทางสื่อต่าง ๆ เช่น สื่อออนไลน์ โทรทัศน์ เป็นต้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสนใจของแต่ละบุคคล ซึ่งการศึกษานี้พบว่ายังมีผู้ดูแลบางส่วนที่มีความรู้ระดับน้อยถึงปานกลาง อย่างไรก็ตาม หลังการทดลองพบว่าคะแนนความรู้ของกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นเป็น 16.33 ( $SD = 2.17$ ) แสดงว่าการตอบแบบสอบถามครั้งแรกอาจกระตุ้นให้ผู้ดูแลสนใจมากขึ้น จึงศึกษาหาความรู้ด้วยตนเองจากสื่อช่องทางต่าง ๆ ทำให้ความรู้ของกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้น แต่ยังคงเพิ่มเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ส่วนกลุ่มทดลองพบว่าภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 17.53 ( $SD = 1.99$ ) และมีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .01$ ) แสดงให้เห็นว่าการได้รับประสบการณ์จากโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้นได้ เนื่องจากการจัดกิจกรรมของโปรแกรมมุ่งเน้นให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้จากประสบการณ์ที่หลากหลายทั้งจากการอธิบายให้ความรู้โดยตรง การให้เห็นตัวแบบ การฝึกสมรรถนะในการจัดการซึ่งเป็นการนำความรู้ไปใช้ จึงส่งผลให้ผู้ดูแลยังคงมีความรู้และมีความรู้เพิ่มขึ้นแม้จะมีระยะเวลาห่างจากการเรียนรู้ 8 สัปดาห์ เนื่องจากโปรแกรมมีกิจกรรมโทรศัพท์ติดตามที่บ้านจึงทำให้ผู้ดูแลได้รับการทบทวนความรู้อย่างต่อเนื่อง

คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในกลุ่มควบคุม พบว่าก่อนทดลองและหลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกันคือ 52.23 ( $SD = 16.53$ ) และ 53.96 ( $SD = 16.01$ ) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าหากผู้ดูแลไม่ได้รับโอกาสในการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่หลากหลายดังกิจกรรมที่จัดในโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ผู้ดูแลอาจไม่สามารถเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเองได้ ทั้งนี้เพราะสมรรถนะในการสังเกตอาการโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองเป็นสมรรถนะที่มีความเฉพาะและเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เกิดขึ้นทันทีทันใด รวมทั้งเป็นอาการทางระบบประสาทที่ประชาชนทั่วไปอาจไม่สามารถจำแนกอาการและจัดการอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ แม้จะมีการรณรงค์ให้ความรู้ผ่านสื่อช่องทางต่าง ๆ แต่อาจไม่เพียงพอต่อการสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติด้วยตนเองของประชาชน

สำหรับกลุ่มทดลองพบว่าหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 58.86 ( $SD = 11.82$ ) เป็น 76.03 ( $SD = 5.37$ ) และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .001$ ) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนช่วยให้ผู้ดูแลได้รับประสบการณ์ที่หลากหลาย โดยเฉพาะการฝึกจนประสบความสำเร็จด้วยตนเองสามารถเพิ่มการรับรู้สมรรถนะในตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับคะแนนการจัดการอาการเตือน

โรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล ซึ่งพบว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง ( $M = 12.60$ ,  $SD = 3.28$ ) ยังคงใกล้เคียงกับก่อนการทดลอง ( $M = 12.46$ ,  $SD = 3.43$ ) แต่ในกลุ่มทดลองพบว่าหลังการทดลองมีคะแนนการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นจาก 13.00 ( $SD = 2.59$ ) เป็น 15.20 ( $SD = 1.35$ ) และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .001$ )

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงแสดงถึงประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่มีผลต่อการเพิ่มความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงสูง สอดคล้องกับผลการวิจัยกึ่งทดลองของ Puthasna (2024) ที่ได้ดำเนินการพัฒนาทักษะการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 30 คน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมอง อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้และการรับรู้สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง การฝึกปฏิบัติการค้นหาความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .05$ ) ทักษะการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขเพิ่มจากร้อยละ 30.0 เป็นร้อยละ 76.7 และการศึกษาของ Lorlowhakarn, Narintharaksa, Tiratuntayaporn, & Romim (2021) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการรับรู้และป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 72 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอถลุง จังหวัดภูเก็ต ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้อาการเตือนจาก 2.44 เพิ่มขึ้นเป็น 3.91 คะแนน พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจาก 3.31 เพิ่มขึ้นเป็น 3.83 คะแนน และรับรู้ปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จาก 2.68 เพิ่มขึ้นเป็น 3.72 คะแนน และการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน และพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -5.19$ ,  $p\text{-value} = 0.00$ ) ( $t = -6.04$ ,  $p\text{-value} < .001$ ) และ ( $t = -2.71$ ,  $p\text{-value} = .01$ ) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนภายในกลุ่มทดลอง พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูง คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุและการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และคะแนนการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนการทดลองและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p\text{-value} < .01$ ,  $p\text{-value} < .001$ ,  $p\text{-value} < .001$  ตามลำดับ ทั้งนี้เป็นเพราะโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูง พัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะในตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) ทำให้ผู้ดูแลได้รับประสบการณ์จาก 4 แหล่ง ได้แก่ (1) ได้รับการเตรียมตัวให้มีความพร้อมทั้งทางร่างกายและสภาวะอารมณ์ โดยผู้ดูแลได้รับทราบถึงกิจกรรมที่จะเข้าร่วมและผู้ดูแลเองสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม โดยตระหนักถึงความสำคัญของสังเกตอาการ และจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นบุคคลสำคัญในครอบครัว รวมทั้งผู้วิจัยได้เลือกช่วงเวลาที่เหมาะสมที่ผู้ดูแลสามารถเข้าร่วมได้ คือ ช่วงที่นำผู้สูงอายุมารับบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งไม่รบกวนการทำงานอาชีพตามปกติของผู้ดูแล และจัดสถานที่ให้มีความพร้อมไม่มีสิ่งรบกวนการเรียนรู้ของผู้ดูแล การจัดการเหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการเรียนรู้ (2) ได้รับความรู้จากอธิบายประกอบสื่อที่แสดงให้เห็นภาพของโรคหลอดเลือดสมอง ลักษณะอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และวิธีการจัดการเมื่อมีอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และประสบการณ์จากการเห็นตัวแบบที่ได้จัดทำเป็นสื่อวีดีโอเรื่องราวทันโรคหลอดเลือดสมอง และจากกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้ดูแลที่ประสบความสำเร็จในการจัดการเมื่อผู้สูงอายุเกิดอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง (3) ได้รับความรู้จากการสังเกตการสาธิตของผู้วิจัยที่แสดงวิธีการจัดการเมื่อผู้สูงอายุเกิดอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองและได้ฝึกการจัดการด้วยตนเอง ในสถานการณ์ผู้ป่วยจำลอง โดยฝึกเป็นรายบุคคลซ้ำหลายครั้งจนเกิดความมั่นใจ และ (4) ได้ร่วมกันสะท้อนคิดถึงความสำเร็จของตนเองในปฏิบัติการจัดการในสถานการณ์จำลองเมื่อผู้สูงอายุเกิดอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการชื่นชมจากกลุ่มผู้ดูแลและผู้วิจัย รวมทั้งผู้วิจัยได้มีสื่อสารทางโทรศัพท์เพื่อทบทวนและติดตามสอบถาม

ความมั่นใจของผู้ดูแลในการจัดการเมื่อผู้สูงอายุเกิดอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง กิจกรรมที่หลากหลายดังกล่าวช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการจัดการเมื่อผู้สูงอายุมีอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูงที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะในตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) จึงเป็นอีกหนึ่งวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ก่อให้เกิดความมั่นใจในการจัดการเมื่อผู้สูงอายุเกิดอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาครั้งนี้จึงเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสอดคล้องกับผลการศึกษาในงานวิจัยที่ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะในตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรม ดังเช่น การศึกษาของ Suwintrakorn, Kalampakorn, & Rawiworraku (2019) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเองในการเฝ้าระวังและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .05$ ) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .05$ ) และการศึกษาของ Saguansuk & Mekrungrongwong (2022) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อายุ 60 ปีขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลอง 12 สัปดาห์ และระยะติดตาม 16 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p\text{-value} = .001$  และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p\text{-value} = .001$  จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ากิจกรรมกระบวนการกลุ่มและการเยี่ยมบ้านช่วยให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเองของผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรใช้กระบวนการกลุ่มและการเยี่ยมบ้านในการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการทดลองในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กทำให้ข้อมูลบางส่วนมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติและต้องใช้การวิเคราะห์เปรียบเทียบด้วยสถิตินอนพารามิเตอร์ จึงมีข้อจำกัดในทดสอบสมมติฐานทางสถิติ นอกจากนี้ การดำเนินการวิจัยในสถานที่เฉพาะและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จึงอาจทำให้มีข้อจำกัดในการนำผลวิจัยไปใช้อ้างอิงในกลุ่มประชากร

### การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำโปรแกรมไปปรับใช้ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับสถานที่และระยะเวลา เช่น การให้ความรู้ในช่วงเวลาที่ผู้ดูแลของผู้สูงอายุรอรับบริการ การให้ความรู้โดยใช้สื่อที่หลากหลายมากขึ้น ได้แก่ แผ่นพับ ข้อมูลสุขภาพผ่านสื่อออนไลน์ เป็นต้น
2. ควรจัดให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้จากผู้ที่มีประสบการณ์ เช่น ผู้สูงอายุที่อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์จัดการและนำส่งผู้สูงอายุที่มีอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น
3. การจัดให้ผู้ดูแลได้ฝึกสมรรถนะการสังเกตอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการนำส่งผู้สูงอายุที่มีอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง จากสถานการณ์ผู้ป่วยจำลองเป็นกิจกรรมที่ทำให้ได้รับประสบการณ์การปฏิบัติจริง สามารถนำไปปรับใช้เป็นกิจกรรมสร้างเสริมสมรรถนะผู้ดูแลได้
4. การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมที่บ้าน เป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความมั่นใจมากขึ้น และเป็น การอำนวยความสะดวกให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสระบายความรู้สึก ปรีกษา และขอคำแนะนำบุคลากรทางการแพทย์ จึงควรจัดให้มีกิจกรรมนี้โดยพิจารณาปรับให้เหมาะสม



### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาวิจัยซ้ำโดยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง หรือเพิ่มขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง หรือเพิ่มระยะเวลาในการให้โปรแกรมฯ และการติดตามผล เพื่อให้ผลการวิจัยเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนมากขึ้น
2. ควรมีการวิจัยติดตามสมรรถนะของผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูงในการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ในระยะยาว 6 - 12 เดือน เพื่อประเมินการคงอยู่ของสมรรถนะผู้ดูแล

### References

- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: H. Freeman & Co.
- Feigin, V. L., Brainin, M., Norrving, B., Martins, S., Sacco, R. L., Hacke, W., et al. (2022). World stroke organization (WSO): Global stroke fact sheet 2022. *International Journal of Stroke*, 17(1), 18-29.
- Fillit, H. M., Rockwood, K., & Young, J. (2017). *Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology*. Elsevier: Saunders.
- Kitrungrote, L., & Phromnoi, C. (2020). *The Development of Model for Accessibility to EMS of Older Persons with Stroke: Spearhead Project*. Songkhla: Faculty of Nursing, Prince of Songkla University. (in Thai)
- Kittiboonthawal, P., Yingrengreung, S., & Srihanya, S. (2013). Perceptions of stroke warning signs among risk patients. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 23(3), 132-141. (in Thai)
- Lorlowhakarn, S., Narintharaksa, P., Tiratuntayaporn, R., & Romin, J. (2021). Effectiveness of perception and prevention program with five bases on stroke in the life of hypertensive patients in Sub-district health promoting hospital, Phuket Province. *Journal of Health Science of Thailand*, 30(6), 1091-1100. (in Thai)
- Majavong, M. (2019). Stroke in the elderly. *Journal of Thai Stroke Society*, 18(1), 59-74. (in Thai)
- Nilnate, N. (2019). Risk factors and prevention of stroke in hypertensive patients. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*, 20(2), 51-57. (in Thai)
- Noommeechai, N., Samartkit, N., & Masingboon, K. (2017). Factors related to response to stroke symptoms in family members of patients with acute ischemic stroke. *Journal of Nursing and Education*, 10(3), 23-38. (in Thai)
- Phoonphoerm, M., Apinundecha, C., & Limtoprasert, S. (2021). The effectiveness of self-efficacy program on diabetes preventing behaviors of the risk groups. *UMT Poly Journal*, 18(2), 277-289. (in Thai)
- Piyahirun, J., Kasipol, T., & Prasertsomg, C. (2018). Effects of a self-efficacy promotion program for stroke caregivers. *Journal of Health Sciences and Wellness*, 22(43-44), 130-142. (in Thai)
- Powers, W. J., Rubinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K., et al. (2019). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke. *Stroke*, 50: e344–e418. doi: 10.1161/STR.0000000000000211.

- Puthasna, T. (2024). The effectiveness of the stroke assessment skill development program of village volunteers on access to the Stroke Fast Track service system in stroke patients. *Journal of Environmental and Community Health, 9*(1), 690-698. (in Thai)
- Rattanachan, P. (2023). The factors related to seeking treatment at the hospital in stroke patients at Uthai Hospital, Phra Nakhon Sri Ayuthaya. *Journal of Environmental and Community Health, 9*(1), 37-45. (in Thai)
- Saguaunsuk, P., & Mekrungrongwong, S. (2022). The effectiveness of a self-efficacy building program on stroke prevention behaviors among elderly patients with chronic illness in Khlong Khlung District, Kampaengphet Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 9*(2), 122-37. (in Thai)
- Suwintrakorn, C., Kalampakorn, S., & Rawiworraku, T. (2019). The effects of self-efficacy enhancement program for health volunteers on stroke surveillance and prevention. *Thai Journal of Nursing, 68*(1), 39-48. (in Thai)
- Theamkou, S. (2022). Incidence of stroke in Thailand. *Thai Journal of Neurology, 39*(2), 39-46. (in Thai)
- Vipaksongkhro, S., Kensaku, T., Takthaweephon, S., Supat, J., Boonthong, J., & Kosimongkol, S. (2024). *Clinical Nursing Practice Guideline for Stroke*. (5<sup>th</sup> Ed.). Bangkok: Thana Press. (in Thai)
- Wanna, A., Kimsungnoen, N., & Namchanthra, R. (2020). Perceptions and management of warning signs among persons at risk of stroke. *APHEIT Journal of Nursing and Health, 2*(1), 30-44. (in Thai)
- Wongrattana, C. (2009). *Statistics for Research*. (7<sup>th</sup> Ed.). Bangkok: Thaineramit Interprogrssive. (in Thai)
- Yiadthaisong, K., Wngpiriyayothar, A., & Kuleelung, P. (2019). Factors predicting prehospital time of patients with acute ischemic stroke in acute phase. *Journal of Nursing and Health, 37*(1), 148-156. (in Thai)

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อความรู้  
และพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง  
Effects of a Self - Management Promotion Program using the Line Application  
on Knowledge and Chronic Kidney Disease Prevention Behaviors  
among Risked Patients

รัฐกานต์ ขำเชียว<sup>1</sup>, ศนิกันต์ ศรีมณี<sup>1\*</sup>  
Ruttakarn Kamkhiew<sup>1</sup>, Sanikan Seemane<sup>1\*</sup>  
<sup>1</sup>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม  
<sup>1</sup>Faculty of Nursing, Siam University

(Received: August 8, 2024; Revised: November 11, 2024; Accepted: December 5, 2024)

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่มีโรคประจำตัวที่เป็นสาเหตุของโรคไตเรื้อรัง ที่มีระยะเวลาเป็นโรคตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 64 คน คัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเป็นกลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติจำนวน 32 คน และกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ เป็นเวลา 6 สัปดาห์ สื่อการสอนคือบัญชีทางการของไลน์ประกอบด้วยวีดิทัศน์และอินโฟกราฟฟิก 8 เรื่อง จำนวน 32 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดความรู้ และแบบวัดระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สถิติไคสแควร์ และสถิติที ผลการวิจัยพบว่า

1. หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, .01 และ .001 สำหรับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติระหว่างก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่าง

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและยา ด้านการออกกำลังกาย และด้านการดูแลตนเอง และพบแพทย์ตามนัดหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001

ดังนั้นพยาบาลชุมชนสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ด้านความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในชุมชนที่พัฒนาขึ้นนี้ไปใช้เพื่อส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในชุมชนได้

**คำสำคัญ:** ความรู้โรคไตเรื้อรัง โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง พฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง

\* ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Sanikan.see@siam.edu)

## Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of a self-management promotion program using the LINE application on knowledge and preventive behaviors related to chronic kidney disease (CKD) among at-risk patients in a community setting. The participants were individuals who had been diagnosed for at least one year with chronic diseases that are known causes of CKD. The purposive sampling method was used to assign participants into a control group (n = 32), who received standard nursing care, and an experimental group (n = 32), who received standard care in conjunction with the self-management promotion program via the LINE application over a period of six weeks. The educational materials were delivered through an official LINE account. They included eight topics presented in video and infographic formats. Data collection instruments consisted of a knowledge assessment and a CKD prevention behavior questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square tests, and t-tests. The results were as follows.

1. The post-intervention mean knowledge score of the experimental group was significantly higher than that of the control group at the .05 level.

2. In the experimental group the post-intervention mean scores for dietary and medication behaviors, exercise behaviors, self-care and follow-up adherence behaviors were significantly higher than those in the control group at the .001 level.

Therefore, community nurses can implement this LINE-based self-management promotion program to enhance CKD-related knowledge and preventive behaviors among at-risk patients in the community.

**Keywords:** Chronic Kidney Disease Knowledge, Self-Management Promotion Program, Preventive Behavior for Chronic Kidney Disease

## บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease; CKD) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ค่อย ๆ พัฒนาขึ้นอย่างช้า ๆ จนกลายเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขทั่วโลกที่เกิดขึ้นใหม่ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง (Low- and Middle Income Countries: MLICs) ที่ต้องแบกรับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากกระบวนการรักษารวมทั้งในประเทศไทย (Csaba & Kovesdy, 2022) โรคไตเรื้อรังมีการระบาดมากในกลุ่มผู้สูงอายุ เพศหญิงมากกว่าเพศชาย พบมากในผู้ที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ (Nephrology Society of Thailand, 2022) การสูญเสียชีวิตเนื่องจากโรคไตเรื้อรังทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น 41.5% ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2533 ถึงปี พ.ศ. 2560 (GBD Chronic Kidney Disease Collaboration, 2020) ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการไม่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคในระยะแรก เนื่องจากโรคไตเรื้อรังในระยะแรก ๆ จะไม่ปรากฏอาการ ทำให้ผลการสำรวจจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่จะพบผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมากในระยะที่ 3 ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 2.9 - 13 จากประชากรไทยทั้งประเทศ (2 - 9 ล้านคน) มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม (ร้อยละ 23.3) ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จนกระทั่งเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาจากรายงานของ Office of Non-Communicable Diseases, Ministry of Public Health (2022) ที่กล่าวไว้ว่า 1 ใน 25 ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยกลายมาเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ โดยพบมากในระยะ 3 สูงถึงจำนวน

420,212 ราย ระยะที่ 4 จำนวน 420,212 ราย ระยะที่ 5 หรือระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease: ESRD) จำนวน 62,386 ราย

การสำรวจข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่รับบริการคลินิกโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในอำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี ภายหลังจากตรวจร่างกายประจำปี 2565 พบข้อมูลการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3 ระหว่างปี 2564 - 2566 คิดเป็น ร้อยละ 6.42, 45.87 และ 48.00 ตามลำดับ (Nonthaburi Provincial Public Health Office, 2023) ซึ่งพบในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตได้ไม่ดี โดยพบว่ามีความเสี่ยงจากพฤติกรรมการปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการกับความเครียด รวมถึงการไม่ทราบว่าตนเองมีผลการตรวจเลือดที่ผ่านมาเป็นอย่างไร โดยเฉพาะผลเลือดที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของไต อาจส่งผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องจนเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว (Thungtong, 2017) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสม ประกอบกับโรคไตเรื้อรังในระยะเริ่มต้นถึงระยะปานกลางจะไม่ปรากฏอาการผิดปกติอย่างชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถสังเกตอาการและอาการแสดงของโรคได้ และยากต่อการคัดกรองโรคในระยะเบื้องต้น (Pochai, Kingkeaw, & Yomsriken, 2022) ทำให้ไม่สามารถรับการรักษาได้อย่างทันที่นำไปสู่การคั่งของของเสียและเกิดภาวะน้ำเกินที่เป็นภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้ถึงแก่ชีวิต จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง และ/หรือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม รวมถึงการปลูกถ่ายไตเทียม อย่างไรก็ตามการรักษานี้ไม่เพียงแต่ช่วยชะลอความเสื่อมของไตได้ในทางกลับกัน การรักษาที่ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ปัจจุบันค่าใช้จ่ายในการล้างไตทางช่องท้องหรือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสูงถึง 240,000 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งยังไม่รวมถึงค่าใช้จ่ายด้วยยาและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลการส่งเสริมการป้องกันโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต โดยใช้กระบวนการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-Management Support) เป็นกลยุทธ์สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างประสบผลสำเร็จ (Sattayasomboon & Sattayasomboon, 2020) โดยนำมาประยุกต์ใช้ในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสามารถควบคุมโรคป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง ป้องกันการเกิดโรคในระยะท้าย ๆ และป้องกันไม่ให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในภาพรวมของประเทศอีกด้วย

### วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

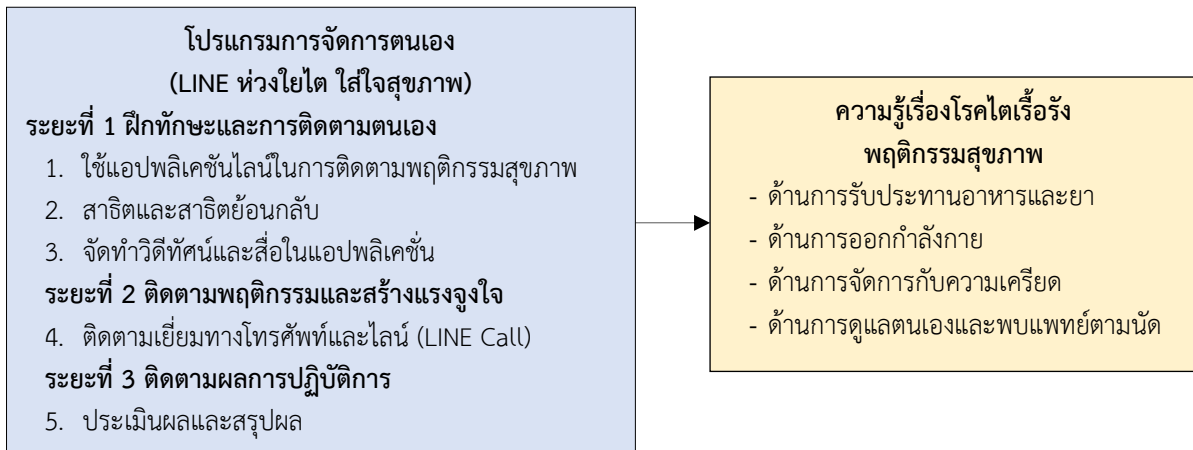
### สมมติฐานวิจัย

1. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ มีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังแตกต่างกันหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ มีค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง แตกต่างกันหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

### กรอบแนวคิดวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self-management) ซึ่งเป็นทักษะสำคัญในการจัดการกับปัญหาและมีผลต่อการตัดสินใจในสถานการณ์ต่าง ๆ ของชีวิต เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและเห็น

ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างค่อนข้างถาวร (Paulauskas & Paulauskas, 2008) แนวคิดนี้พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ที่เชื่อว่าบุคคลจะกระทำสิ่งใด ๆ เริ่มจากกระบวนการคิด การสังเกตตนเอง กระบวนการตัดสินใจ และการแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือปัญหา ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทในการดำเนินชีวิตของตนเอง การสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นกระบวนการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงมุมมองเกี่ยวกับพฤติกรรมของตนเอง โดยเฉพาะในช่วงระยะที่ก่อนจะเกิดภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้ 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การเก็บรวบรวมข้อมูลการประมวลผลและประเมินข้อมูล 3) การตัดสินใจ 4) การลงมือปฏิบัติ และ 5) การสะท้อนตนเอง (Gerhardt, 2010) เชื่อว่าจะเป็นวิธีที่ใช้ในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องการจัดการตนเอง มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง สามารถคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลง มีความรู้และกิจกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นได้ (Pradubpoth & Kanin, 2021) ผู้วิจัยจึงนำกระบวนการจัดการตนเองมาสร้างเป็นโปรแกรมที่มุ่งเน้นให้กลุ่มเสี่ยงโรคไตเรื้อรังมีความรู้และสร้างทักษะการจัดการกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยตามบริบท และวิถีชีวิตที่แท้จริงของกลุ่มเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง จนกระทั่งสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเอง) ดังแสดงในภาพ



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม วัด 2 ครั้ง คือ ก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest and Posttest Design)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีโรคประจำตัวที่เป็นสาเหตุของโรคไตเรื้อรัง ที่มีระยะเวลาเป็นโรคตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง ในอำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี ตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึงเดือนมิถุนายน 2567 กำหนดเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นผู้รับบริการที่มารับตรวจสุขภาพประจำปี 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และ/หรือโรคความดันโลหิตสูงมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี 3) อายุตั้งแต่ 21 ปี ขึ้นไป 4) เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะดี สามารถพูดอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และ 5) ใช้สมาร์ตโฟนได้ สำหรับเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม โรคจิตเวชขั้นรุนแรง โรคเมะเร็งระยะลุกลาม ภาวะติดเชื้อราเรื้อรัง และ/หรือมีภาวะทุพพลภาพที่รุนแรง ที่ทำให้ไม่สามารถร่วมอยู่ในการวิจัยได้

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือโรคเบาหวาน ที่มีระยะเวลาเป็นโรคตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\* Power version 3.1.9.4 โดยเลือก Test family เป็น t-test



และเลือก Statistical test เป็น Means: Differences between two independent means (Two groups) พร้อมทั้งเลือก One tailed การกำหนดค่าอิทธิพล (Effect Size) อ้างอิงจากงานวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการชะลอความก้าวหน้าของโรคไตเรื้อรังในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง” (Hamalee, Piphatvanicha, & Paokanha, 2014) ได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ .84 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด คือ 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม (Control Group) 32 คน และกลุ่มทดลอง (Experimental Group) 32 คน เมื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์แล้วจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้แก่ แอปพลิเคชันไลน์ส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อการป้องกันโรคไตเรื้อรังบนสมาร์ตโฟน (Smart Phone) ประกอบด้วยวิดีโอทัศน์และอินโฟกราฟฟิก รวม 8 เรื่อง ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง แนวทางการดูแลรักษา และพฤติกรรมการป้องกันโรคไต 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการรับประทานอาหารและยา ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการดูแลตนเองและพบแพทย์ตามนัด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และโรคประจำตัว

2.2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ตัวอย่างเนื้อหาในการวัดความรู้ อาทิเช่น สาเหตุ อาการ และอาการแสดง และภาวะแทรกซ้อนของโรค ความรู้เรื่องอาหารและการออกกำลังกาย และการใช้ยา เป็นต้น ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 20 ข้อ โดยตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้และไม่ทราบให้ 0 คะแนน การตัดสินระดับความรู้ในการวิจัยครั้งนี้ใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับความรู้ของบลูม (Bloom, 1971) ได้ระดับความรู้ ดังนี้

ระดับความรู้สูง หมายถึง มีคะแนนตั้งแต่ ร้อยละ 80 ขึ้นไป (16 - 20 คะแนน)

ระดับความรู้ปานกลาง หมายถึง มีคะแนนระหว่าง ร้อยละ 50 - 79 (10 - 15 คะแนน)

ระดับรู้น้อย หมายถึง มีคะแนน น้อยกว่า ร้อยละ 50 (0 - 9 คะแนน)

2.3 แบบวัดระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง แบ่งกลุ่มตามลักษณะความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตน คือ เป็นประจำ บางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ จำนวน 20 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนเป็นประจำ 2 คะแนน บางครั้ง 1 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติ 0 คะแนน การตัดสินระดับพฤติกรรมการจัดการตนเอง จะมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0 - 40 คะแนน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดี ปานกลาง และควรปรับปรุง โดยใช้ค่าพิสัย คือ (ค่าคะแนนสูงสุด - ค่าคะแนนต่ำสุด) / 3 (Thorndike, & Hagen, 2017) ได้ระดับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ดังนี้

ระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองดี หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 26.7 - 40.0 คะแนน

ระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองปานกลาง หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 13.4 - 26.6 คะแนน

ระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองควรปรับปรุง หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 0 - 13.3 คะแนน

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้เฉพาะทางพิจารณาแบบวัดความรู้จำนวน 3 ท่าน เพื่อเป็นการทดสอบความตรงตามความครอบคลุมของเนื้อหาและความถูกต้องในสำนวนภาษาและความสอดคล้องของข้อคำถามตามวัตถุประสงค์ นำผลการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิมาวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง Item Objective Congruence (IOC) พบว่า ค่า IOC ของแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้ และแบบประเมินพฤติกรรม เท่ากับ 1.00 .75 และ .73 นำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังมาหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยการทดสอบว่าคำถามแต่ละข้อมีความสอดคล้องภายในฉบับเดียวกันหรือไม่ด้วยสูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 ได้เท่ากับ .83 จากนั้น ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่ม

ตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำผลมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .69

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

#### ขั้นก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตจากหน่วยงานบริการสาธารณสุขปฐมภูมิในพื้นที่ เมื่อได้รับการอนุญาตแล้ว ดำเนินการคัดกรองผู้เข้าร่วมวิจัยโดยประชาสัมพันธ์ผ่านคลินิกโรคเรื้อรังซึ่งพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า การวิจัย เมื่อได้ผู้เข้าร่วมการวิจัยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วม การวิจัย โดยการพูดคุย และมีเอกสารชี้แจงสำหรับการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ เมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยให้ความยินยอม จึงดำเนินการขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

#### ขั้นการทดลอง

##### กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อความรู้ และพฤติกรรมป้องกันโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โดยใช้บัญชีทางการของไลน์โรคไตเรื้อรัง (ห่วงใยไต ใส่ใจ สุขภาพ) ที่มีวิดิทัศน์ความรู้และแนวทางการปรับพฤติกรรมหรือพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง สำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง 8 เรื่อง โดยให้สุขศึกษาและแนะนำวิธีการใช้แอปพลิเคชันไลน์ ในการติดตามพฤติกรรม สุขภาพโดยใช้บันทึกพฤติกรรมสุขภาพ และรายงานผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางแอปพลิเคชันไลน์ ระหว่างเดือน มีนาคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2567 ทั้งหมด 6 สัปดาห์ ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ผ่านการสนทนาทางไลน์ (LINE Call) และการวิดิทัศน์ทางไลน์ (LINE VDO Call) ครั้งละ 15 - 20 นาที ทุกสัปดาห์ เพื่อสร้างแรงจูงใจ ให้ความช่วยเหลือและติดตามพฤติกรรม สำหรับการประเมินใช้เวลาประมาณ 10 - 15 นาที โดยวัดและประเมินผล จำนวน 2 ครั้ง ได้แก่ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 1) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 6)

##### กลุ่มควบคุม

ได้รับบริการตามปกติ สำหรับการประเมินใช้เวลาประมาณ 10 - 15 นาที โดยวัดและประเมินผลจำนวน 2 ครั้ง ได้แก่ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 1) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 6)

#### ขั้นหลังการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการวัดผลหลังการทดลอง ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลตามแผน การวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

##### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Fisher's Exact Test และ Chi-square test
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ของกลุ่ม ที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ระหว่างก่อน และหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Wilcoxon Match-paired Sign Rank test ในตัวแปรที่มีการแจกแจงข้อมูลไม่ปกติ จากการทดสอบ Kolmogorov-smirnov (K-S test)
4. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง หลัง การทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์กับกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการดูแลตามปกติโดยใช้สถิติ Mann-whitney U test ในตัวแปรที่มีการแจกแจงข้อมูลไม่ปกติ

#### จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม รหัส COA เลขที่ SN - IRB 2566/009.02/11/66 รับการรับรองวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2567

### ผลการวิจัย

1. การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n = 32)		กลุ่มทดลอง (n = 32)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>เพศ</b>					.732 <sup>a</sup>
ชาย	6	18.75	4	12.50	
หญิง	26	81.25	28	87.50	
<b>อายุ</b>					.720 <sup>b</sup>
36 - 40 ปี	5	15.63	6	18.75	
41 - 45 ปี	11	34.38	14	43.75	
51 - 55 ปี	11	34.38	7	21.88	
56 - 59 ปี	5	15.63	5	15.63	
<b>สถานภาพสมรส</b>					.270 <sup>b</sup>
โสด	7	21.88	9	28.13	
คู่	12	37.50	16	50.00	
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	13	40.63	7	21.88	
<b>ระดับการศึกษา</b>					.134 <sup>b</sup>
ไม่ได้รับการศึกษา	5	15.63	8	25.00	
ประถมศึกษา	12	37.50	16	50.00	
มัธยมศึกษา	11	34.38	3	9.38	
ปวช./ปวส./อนุปริญญา	1	3.13	3	9.38	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	3	9.38	2	6.25	
<b>อาชีพ</b>					.544 <sup>b</sup>
ไม่ได้ทำงาน	1	3.13	4	12.50	
เกษตรกร	1	3.13	0	0.0	
กิจการส่วนตัว	8	25.00	6	18.75	
รับจ้าง	18	56.25	18	56.25	
อื่นๆ	4	12.50	4	12.50	
<b>รายได้ต่อเดือน</b>					.330 <sup>b</sup>
น้อยกว่า 5,000 บาท	22	68.75	20	62.50	
5,001 - 10,000 บาท	5	15.63	7	21.88	
10,001 - 15,000 บาท	2	6.25	1	3.13	
15,001 - 20,000 บาท	0	0.0	3	9.38	
20,001 - 25,000 บาท	2	6.25	0	0.0	
มากกว่า 25,001 บาท	1	3.13	1	3.13	

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n = 32)		กลุ่มทดลอง (n = 32)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
โรคประจำตัว					.393 <sup>b</sup>
เบาหวาน	4	12.50	8	25.00	
ความดันโลหิตสูง	11	34.38	11	34.38	
เบาหวานและความดันโลหิตสูง	17	53.13	13	40.63	

<sup>a</sup>สถิติ Fisher's Exact Test <sup>b</sup>สถิติ Chi-square

จากตาราง 1 พบว่า เมื่อทำการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Fisher's Exact Test และ Chi-square ไม่พบความแตกต่างกัน โดยทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.25 และ 87.50 ตามลำดับ) มีอายุอยู่ในช่วง 41 – 45 ปี (ร้อยละ 34.38 และ 43.75 ตามลำดับ) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 50.00 และ 37.50 ตามลำดับ) รับประทานยาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 37.50 และ 50.00 ตามลำดับ) ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 56.25) มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 68.75 และ 62.50 ตามลำดับ) และมีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 53.13 และ 40.63 ตามลำดับ)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ของกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงของกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			Z	p-value (1-tailed)
	M	SD	IQR	M	SD	IQR		
ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง	13.94	4.22	5.00	16.69	3.85	5.00	-3.411	.001
พฤติกรรม	2.30	1.64	0.29	2.75	2.32	0.64	-4.921	<.001
ด้านการรับประทานอาหารและยา	2.40	1.80	0.30	3.00	2.61	0.70	-4.944	<.001
ด้านการออกกำลังกาย	2.75	1.48	1.00	3.00	1.90	0.94	-3.302	.001
ด้านการจัดการกับความเครียด	3.00	1.63	1.33	3.00	1.94	1.00	-2.084	.037
ด้านการดูแลตนเองและพบแพทย์ตามนัด	3.00	1.35	0.67	3.00	2.29	1.33	-4.578	<.001

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			Z	p-value (1-tailed)
	M	SD	IQR	M	SD	IQR		
ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง	12.31	4.48	5.00	13.50	4.10	5.00	-1.254	.210
พฤติกรรม	1.72	0.20	0.29	1.73	0.16	0.64	-.157	.875
ด้านการรับประทานอาหารและยา	1.85	0.20	0.30	1.91	0.19	0.70	-1.735	.083
ด้านการออกกำลังกาย	1.52	0.59	1.00	1.43	0.58	0.94	-1.075	.282
ด้านการจัดการกับความเครียด	1.90	0.72	1.33	1.84	0.57	1.00	-.321	.748
ด้านการดูแลตนเองและพบแพทย์ตามนัด	1.39	0.57	0.67	1.42	0.58	1.33	-.647	.518

จากตาราง 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงของกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, .01 และ .001 สำหรับคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติระหว่างก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่าง

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ตาราง 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			Z	p-value (2-tailed)
	M	SD	IQR	M	SD	IQR		
ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง	16.69	3.85	5.00	13.50	4.10	5.00	-3.710	<.001
พฤติกรรม	2.75	2.32	0.29	1.73	0.16	0.64	-6.878	<.001
ด้านการรับประทานอาหารและยา	3.00	2.61	0.30	1.91	0.19	0.70	-6.855	<.001
ด้านการออกกำลังกาย	3.00	1.90	1.00	1.43	0.58	0.94	-3.817	<.001
ด้านการจัดการกับความเครียด	3.00	1.94	1.33	1.84	0.57	1.00	-.593	.553
ด้านการดูแลตนเองและพบแพทย์ตามนัด	3.00	2.29	0.67	1.42	0.58	1.33	-5.531	<.001

จากตาราง 4 หลังเข้าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและยา ด้านการออกกำลังกาย และด้านการดูแลตนเองและพบแพทย์ตามนัด ดีกว่าก่อนการเข้าโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ยกเว้นด้านการจัดการกับความเครียด

### การอภิปรายผล

1. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อความรู้ของผู้ป่วยสามารถเพิ่มคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังได้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์บนสมาร์ตโฟน (Smart Phone) ซึ่งประกอบด้วยวิดีโอที่สั้นและอินโฟกราฟิกที่ง่ายต่อการจดจำและทำความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดงและแนวทางการดูแลรักษามีผลต่อความรู้ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยและสอดคล้องกับผลของศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองที่ประยุกต์ทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self-Management Theory) ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3A ถึงระยะที่ 4 ในการบรรยายให้ความรู้และจัดกิจกรรมเพื่อฝึกทักษะการจัดการตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไต เป็นเวลา 12 สัปดาห์ และทำให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความรู้เรื่องไตเรื้อรัง พฤติกรรมการจัดการตนเองและอัตราการครองของไตมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Sa-ngrattanapiman, Arsa, & Khiewchaum, 2023)

2. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์สามารถเพิ่มคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้ โดยเฉพาะด้านการรับประทานอาหารและยา การออกกำลังกาย และการดูแลตนเองและพบแพทย์ตามนัด อธิบายได้ว่า การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงด้านกิจกรรมทางกายได้ผลดี เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้รับการสนับสนุนให้ทบทวนความรู้ด้วยตนเองจากแอปพลิเคชันเป็นระยะ ๆ ตามแผนการกระตุ้นการทํากิจกรรมของทีมนักวิจัย ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าใจความสัมพันธ์และสาเหตุการเกิดโรค อันจะนำไปสู่การฝึกทักษะการจัดการตนเองที่ต้องนำเอาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและทักษะที่ต้องการมาใช้ในการประเมินปัญหาของตนเอง เพื่อตั้งเป้าหมายพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการร่วมกันกับทีมนักวิจัย เกิดแรงจูงใจและเสริมพลังเมื่อได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Wiyathus & Synlapakitkosol, 2018) และเลือกวิธีการปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบทของตนเองในผู้ป่วยแต่ละราย ตลอดจนการเฝ้าติดตามและบันทึกผลประเมินตนเอง ได้รับการเสริมแรงจากตนเองและทีมนักวิจัย ได้รับการกระตุ้นให้ฝึกทักษะการค้นหาคำปรึกษาและอุปสรรคในการปฏิบัติตามเป้าหมาย โดยจะมีทีมนักวิจัยคอยช่วยเหลือให้คำแนะนำทางแอปพลิเคชันไลน์ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมภาวะแทรกซ้อนไตวายเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานที่ประกอบด้วย การให้ความรู้ การบันทึกการรับประทานยา การแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบกลุ่มย่อย และการโทรศัพท์เตือนในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีผลอัตราการกรองของไตอยู่ในระยะที่ 3 จำนวน 30 คน ของ Klatinpoo, Oba, & Neawbood (2020) ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมพฤติกรรมกรองจำกัดอาหารโปรตีน การรับประทานยา และอัตราการกรองของไต หลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสอดคล้องกับผลการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองผ่านกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องโรค การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโดยใช้ทักษะ 4 ด้านตามกรอบแนวคิดการจัดการตนเอง ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 30 คน ที่พบว่า กลุ่มทดลองมีการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีคะแนนเฉลี่ยของระดับฮีโมโกลบินเอวีนซีต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Aunsrimuang, Siriwattanametanon, & Bua-tee, 2013) แต่อย่างไรก็ตาม ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ไม่สามารถเพิ่มคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง ด้านการจัดการกับความเครียดในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณลักษณะที่ได้รับความกดดันจากสภาพภายในตนและสภาพแวดล้อมรอบตัว จากการอาศัยอยู่ในชุมชนเขตปริมณฑลที่มีวิถีชีวิตที่เร่งรีบ อีกทั้งยังอยู่ในวัยทำงานโดยส่วนมากประกอบอาชีพรับจ้างและมีรายได้น้อยทำให้ขาดการดูแลสุขภาพของตนเองได้ง่าย เช่นเดียวกับ ผลสำรวจของกรมสุขภาพจิตที่พบวัยแรงงานอายุ 20 – 59 ปี ไม่มีความสุขในการทำงานสูงเป็นอันดับที่ 1 (Thongrattana, 2024) การสนับสนุนพฤติกรรมกรองผ่อนคลายความเครียดผ่านแอปพลิเคชันไลน์อาจยังมีข้อจำกัดเนื่องจากเป็นเพียงแค่การนำเสนอวิธีการผ่อนคลายที่ต้องการการปฏิบัติตามช่วงเวลา แรงจูงใจและการจัดสถานที่ที่เหมาะสม อาจไม่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ ทำให้ผลการศึกษาทั้งก่อนและหลังการใช้โปรแกรมไม่พบความแตกต่างของระดับพฤติกรรมกรองจัดการความเครียดอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับผลการศึกษาศึกษาการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่พึงประสงค์ในวัยทำงานอายุระหว่าง 25 – 59 ปี ที่แนะนำว่าการส่งเสริมพฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียดควรสนับสนุนให้ประชาชนกลุ่มนี้เข้าถึงบริการการบูรณาการการทำงานจากภาครัฐหรือเครือข่ายภาคีในการให้ความสำคัญและความมั่นคงทางจิตใจในชีวิต และการดำเนินชีวิตกับความเครียดโดยมีระบบการให้คำปรึกษาช่วยเหลืออย่างเหมาะสม สนับสนุนการสร้างบรรยากาศที่ทำงานให้สนับสนุนการปรับสภาพจิตใจ ฝึกมองโลกในแง่ดี ให้มีความสุขจากการได้รับการกระทบจากสิ่งเร้าในการทำงาน (Posaget, 2021)

ข้อจำกัดการวิจัย คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีความเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีโรคประจำตัวที่เป็นสาเหตุของโรคไตเรื้อรังและมีระยะเวลาการเป็นโรคไม่น้อยกว่า 1 ปี อาจไม่สามารถสรุปผลได้กับกลุ่มอื่น ๆ ที่มีลักษณะแตกต่างกัน การใช้แอปพลิเคชันไลน์อาจไม่เหมาะสมกับผู้ที่ไม่คุ้นเคยกับเทคโนโลยี หรือผู้ที่เข้าถึงอินเทอร์เน็ตไม่ได้



และการจำกัดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่อาจไม่เพียงพอในการสรุปผลสำหรับประชากรส่วนใหญ่ รวมถึงระยะเวลาการทดลองเพียง 6 สัปดาห์ อาจไม่เพียงพอในการประเมินผลในระยะยาว

### การนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลชุมชนสามารถนำบัญชีทางการของไลน์โรคไตเรื้อรัง (ห่วงใยไต ใส่ใจสุขภาพ) มาใช้เป็นเครื่องมือในการให้ความรู้และปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง โดยการนำแนวทางการจัดการตนเองที่เน้นการเรียนรู้และการป้องกันโรคไตเรื้อรังมาใช้ในชุมชนเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดีและลดความเสี่ยงของการเกิดโรคไตเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ การนำไปใช้สามารถดำเนินการได้กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคไตเรื้อรัง ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือผู้ที่อายุ 40 ปีขึ้นไป รวมถึงชุมชนทั่วไปที่มีอัตราการเกิดโรคไตเรื้อรังสูง โดยพยาบาลชุมชนสามารถใช้บัญชีไลน์นี้ในการติดต่อสื่อสารและส่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคไตเรื้อรัง เช่น การควบคุมอาหาร การตรวจสุขภาพประจำปี และการออกกำลังกาย รวมถึงการติดตามผลการปฏิบัติตามคำแนะนำต่าง ๆ ผ่านการสอบถามในไลน์ เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงสามารถจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพ เช่น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิต การเลือกอาหารที่เหมาะสม และการลดความเครียด นอกจากนี้ยังสามารถสร้างเครือข่ายการสนับสนุนในกลุ่มไลน์ เพื่อให้ผู้ป่วยหรือสมาชิกในชุมชนแลกเปลี่ยนประสบการณ์และคำแนะนำซึ่งกันและกัน พร้อมทั้งให้กำลังใจจากพยาบาลและทีมงานในการดูแลสุขภาพ ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคไตเรื้อรังในอนาคต

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ควรทำการวิจัยที่มีการวัดผลลัพธ์ทางคลินิกของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่น ค่าการทำงานของไต

### References

- Aunsumuang, K., Siriwatanametanon, J., & Bua-tee, S. (2013). Effects of self-management program on knowledge, self-management, and health indicators among patients with chronic kidney disease stage 3. *Journal of Nurses's association of Thailand, North-Eastern Division, 31*(2), 91 – 99. (in Thai)
- Bloom, B. S., Madaus, G. F., & Hastings, J. T. (1971). *Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. New York: McGraw-Hill.
- GBD Chronic Kidney Disease Collaboration. (2020). Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet, 395*, 709 – 733.
- Gerhardt, M. W. (2010). *Individual Self-management Training in Management Education*. Retrieved May 15, 2024 from [https://www.researchgate.net/publication/268425764\\_Self-Management\\_Tutorials\\_Individual\\_Self-Management\\_Training\\_in\\_Management\\_Education](https://www.researchgate.net/publication/268425764_Self-Management_Tutorials_Individual_Self-Management_Training_in_Management_Education)
- Hamalee, C., Piphatvanicha, N., & Paokanha, R. (2014). Effect of the perceived health belief promoting program on behavior delaying progression of chronic kidney disease among the elderly with type 2 diabetes mellitus at risk of chronic kidney disease. *Songklanagarind Journal of Nursing, 34*(2), 67 – 86. (in Thai)

- Klatinpoo, B., Oba, N., & Neawbood, S. (2020). Effects of a behavioral modification program in complication control of diabetes patients with chronic kidney complication. *Journal of Health and Nursing Education*, 26(1), 58 – 70. (in Thai)
- Kovesdy C. P. (2022). *Epidemiology of Chronic Kidney Disease: An Update 2022*. International Society of Nephrology. Published by Elsevier Inc.
- Nephrology Society of Thailand. (2022). *Guidelines for the Management of Chronic Kidney Disease before Dialysis Therapy: 2022*. Retrieved July 26, 2024 from <https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2023/03/CKD-guideline-2565-revised-edition.pdf> (in Thai)
- Nonthaburi Provincial Public Health Office. (2023). *Chronic Kidney Disease Patient Statistics in Nonthaburi Province. Health Data Center (HDC)*. Retrieved August 1, 2024 from <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php> (in Thai)
- Office of Non-Communicable Diseases, Ministry of Public Health. (2022). *Annual report 2022: Division of Non-communicable Diseases, Department of Disease Control*. Retrieved August 1, 2024 from <http://www.thaincd.com/2016/media-detail.php?id=14502&gid=1-015-005> (in Thai)
- Paulauskas, S., & Paulauskas, A. (2008). The virtualics and strategic self-management as tools for sustainable development. *Technological and Economic Development of Economy*, 14(1), 76-88. (in Thai)
- Pochai, S., Kingkeaw, J., & Yomsriken, N. (2022). Self-management behavior of chronic kidney disease patients without dialysis treatment level 1–4 in Pho, Nongkaew and Phonkhwo sub-district, Mueng district, Sisaket province. *Journal of Sakon Nakhon Hospital*, 25(3), 48 – 57. (in Thai)
- Posaget, P. (2021). Enhancing desirable public health behaviors in working age 25 – 29 years of age of Wang Sam Mo district, Udon Thani province, *Academic Journal of Mahamakut Buddhist University Roi Et Campus*, 11(2), 199 – 210. (in Thai)
- Pradubpoth, K., & Kanin, S. (2021). The effects of the 3 – self health behavior modification program on changing the level of blood sugar, blood pressure and waist circumference among diabetes mellitus and hypertension risk groups in phromkhiri district, Nakhon Si Thammarat Province. *Journal of MCU Nakhondhat*, 8(5), 148 – 161. (in Thai)
- Sa-ngrattanapiman, K., Arsa, K., & Khiewchaum, R. (2023). The effects of a self-management program in chronic kidney disease stages 3A to 4 patients on knowledge, self-management behaviors, and glomerular filtration rate, Sakaeo Crown Prince hospital, *Journal of Nursing and Public Health Research*, 4(1), e262291. (in Thai)
- Sattayasomboon, T., & Sattayasomboon, Y. (2020). Hypertension and type 2 diabetes mellitus patients: A systematic review on the chronic care model (CCM) and self-management support (SMS). *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 7(2), 232 – 243. (in Thai)

- Thongrattana, P. (2024). *The Department of Mental Health Reports that the Working-age Population Experiences High Levels of Stress*. Retrieved July 24, 2024 from <https://www.hfocus.org/content/2023/04/27584> (in Thai)
- Thorndike, R. L., & Hagen, E. P. (2017). *Measurement and Evaluation in Psychology and Education* (10<sup>th</sup> ed.). Published by Macmillan.
- Thungtong, S. (2017). Delayed progression diabetic nephropathy in patients with uncontrolled type 2 diabetes mellitus. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 18*(supplement), 17 – 24. (in Thai)
- Wiyathus, D., & Synlapakitkosol, U. (2018). Effectiveness of group learning process program on health behaviors and glycosylated hemoglobin of uncontrolled type 2 diabetic patients attended diabetic clinic at Phanomsarakham hospital. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice, 5*(2), 39 – 54.

สมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทย  
Competency Levels of Nursing Instructors in Thai Private Higher Education  
Institutions of Thailand

เกศรินทร์ คำมาวงศ์<sup>1</sup>, กาญจนา ศรีสวัสดิ์<sup>2\*</sup>, ทวีศักดิ์ กลีผล<sup>3</sup>

Ketsarin Khammawong<sup>1</sup>, Kanjana Srisawad<sup>2\*</sup>, Taweesak Kasiphol<sup>3</sup>

<sup>1</sup>นักศึกษานักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

<sup>2</sup>สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, <sup>3</sup>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

<sup>1,2</sup>School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University

<sup>3</sup>Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University

(Received: October 12, 2024; Revised: May 6, 2025; Accepted: May 9, 2025)

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) ศึกษาระดับสมรรถนะอาจารย์พยาบาล และ 2) วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทย กลุ่มตัวอย่าง คือ อาจารย์พยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทย จำนวน 237 คน สุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ และ 2) แบบวัดสมรรถนะอาจารย์พยาบาล จำนวน 113 ข้อ มีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) อยู่ระหว่าง .60 – 1.00 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .99 รวบรวมข้อมูลด้วยการตอบแบบสอบถามแบบออนไลน์ ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ผลการวิจัย พบว่า

1. สมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $M = 4.27$ ,  $SD = 0.46$ )

2. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทยประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ คือ (1) การใช้ทฤษฎีและหลักการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ (2) การออกแบบหลักสูตรและการนำไปใช้ (3) การปฏิบัติการพยาบาล (4) การวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ (5) การสื่อสาร การประสานงาน และการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กร (6) กฎหมาย จริยธรรม และความเป็นมืออาชีพ (7) การติดตามและประเมินผล และ (8) การบริหารจัดการและภาวะผู้นำ พบว่า โมเดลสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทยมีความสอดคล้องกับข้อมูล พิสูจน์ได้จากค่าไคสแควร์ ( $\chi^2$ ) เท่ากับ 22.924 องศาอิสระ (df) เท่ากับ 15 ค่าสถิติไคสแควร์สัมพันธ์ ( $\chi^2/df$ ) เท่ากับ 1.528 ค่าโอกาสความน่าจะเป็น ( $p$ -value) เท่ากับ .086 ค่ารากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของความคลาดเคลื่อนโดยประมาณ (RMSEA) เท่ากับ .047 และค่าดัชนีรากของกำลังสองเฉลี่ยของส่วนที่เหลือ (RMR) เท่ากับ .006 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) เท่ากับ .976 และค่าดัชนีระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) เท่ากับ .943

ดังนั้นผู้บริหารของสถาบันการศึกษาทางการพยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทย สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนการพัฒนาสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในด้านการออกแบบหลักสูตรและการนำไปใช้ ด้านการปฏิบัติการพยาบาล และด้านบริหารจัดการและภาวะผู้นำ เนื่องด้วยเป็นสมรรถนะที่มีความสำคัญในลำดับต้น ๆ

**คำสำคัญ:** สมรรถนะอาจารย์พยาบาล การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน สถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทย

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: kanjana.sri@stou.ac.th)

## Abstract

This descriptive research aimed to 1) examine the competency levels of nursing instructors and 2) analyze the confirmatory components of nursing instructor competencies in private higher education institutions in Thailand. The sample consisted of 237 nursing instructors working at private higher education institutions in Thailand, selected through multistage random sampling. The research instruments included 1) a personal information questionnaire with 7 items and 2) a nursing instructor competency scale consisting of 113 items, that were found with content validity indices (IOC) ranging from 0.60 to 1.00, and a reliability coefficient of 0.99. Data were collected via an online questionnaire from February to June 2024. Data analysis involved descriptive statistics and confirmatory factor analysis. The results showed as follows.

1. The overall competency level of nursing instructors in private higher education institutions in Thailand was high ( $M = 4.27$ ,  $SD = 0.46$ ).

2. The confirmatory factor analysis identified eight competency components of nursing instructors in these institutions: 1) application of adult learning theories and principles, 2) curriculum design and implementation, 3) nursing practice, 4) research and empirical evidence, 5) communication, coordination, and inter-organizational collaboration, 6) legal, ethical, and professional standards, 7) monitoring and evaluation, and 8) management and leadership.

The proposed competency model showed good fit with the data, indicated by chi-square ( $\chi^2$ ) = 22.924, degrees of freedom (df) = 15, relative chi-square ( $\chi^2/df$ ) = 1.528, p-value = 0.086, root mean square error of approximation (RMSEA) = 0.047, root mean square residual (RMR) = 0.006, goodness-of-fit index (GFI) = 0.976, and adjusted goodness-of-fit index (AGFI) = 0.943.

Therefore, administrators of nursing education programs at private higher education institutions in Thailand can utilize these findings to plan the development of nursing instructor competencies, especially in curriculum design and implementation, nursing practice, and management and leadership, as these areas are among the most critical competencies.

**Keywords:** Nurse Educators' Competencies, Confirmatory Factor Analysis, Thai Private Higher Education Institutions

## บทนำ

การจัดการศึกษา โดยเฉพาะทางการพยาบาลจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนเพื่อตอบสนองต่อทิศทางการดูแลสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา รวมถึงการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Sarakettrin, Rongmuang, & Chantra, 2019) ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของประชากร (Kitphan, 2018) และความต้องการที่ซับซ้อนในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ (Roongruangsri & Sngounsiritham, 2015) ทำให้สถาบันการศึกษาทางการพยาบาลต้องมีการปรับตัว เพื่อเตรียมความพร้อมให้กับนักศึกษาพยาบาลในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นสมรรถนะของอาจารย์พยาบาลจึงมีความสำคัญต่อการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล

สมรรถนะอาจารย์พยาบาล เป็นความสามารถตามมาตรฐานของบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ ซึ่งจำเป็นในการปฏิบัติงานของอาจารย์พยาบาลเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ และสะท้อนถึงความรู้ ทักษะ และเจตคติเชิงวิชาชีพพยาบาลที่เหมาะสม (World Health Organization [WHO], 2016) จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า สมรรถนะอาจารย์พยาบาลในต่างประเทศอยู่ในระดับต่ำหรือปานกลาง (Hababeh & Lalithabai,

2020; Sebach, 2022) และจากการศึกษาในไทย อาจารย์พยาบาลมีความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ และทักษะการสอนมากที่สุด หากอาจารย์พยาบาลมีสมรรถนะไม่เพียงพอหรือไม่เหมาะสม ก็จะมีผลเชิงลบโดยตรงต่อสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาล (Turner, Charoensuk, Bormann, & Sawaengdee, 2019) ดังนั้น อาจารย์พยาบาลจึงจำเป็นต้องพัฒนาสมรรถนะเพื่อการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชน

สถาบันอุดมศึกษาเอกชนแต่ละแห่งมีรูปแบบการดำเนินงานที่แตกต่างกันตามศักยภาพและความพร้อมของสถาบัน มีอิสระในการบริหารและจัดการการศึกษา (Kwanmueang, 2021) แต่มีสิ่งที่คล้ายกัน อาทิ การขาดแคลนงบประมาณสนับสนุนจากรัฐ ทำให้สถาบันอุดมศึกษาเอกชนต้องแบกรับค่าใช้จ่ายที่มากกว่าสถาบันอุดมศึกษาของรัฐ (Phaktoop, Suvararak, & Bungum, 2019) จึงทำให้งบประมาณของสถาบันอุดมศึกษาเอกชนมีอยู่อย่างจำกัด กระทั่งต่อการจัดสรรงบประมาณในการพัฒนาสมรรถนะอาจารย์พยาบาล นอกจากนี้สถาบันอุดมศึกษาเอกชนส่วนใหญ่ยังประสบปัญหาด้านคุณภาพของอาจารย์และยังไม่สามารถพัฒนาผลงานวิจัยได้ตามมาตรฐาน (Kerdbanchan & Jarujittipant, 2019; Rugmai, 2015) ซึ่งปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ที่สถาบันอุดมศึกษาเอกชนต้องเผชิญ และเป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับอาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชน จึงมีความจำเป็นที่อาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนต้องมีสมรรถนะที่จำเพาะทั้งในด้านของการบริหารจัดการ การทำวิจัย การจัดการเรียนการสอน และการออกแบบหลักสูตรให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียนและบริบทของสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแต่ละแห่งที่มุ่งเน้นการผลิตบัณฑิตทางการพยาบาลที่มีคุณภาพเทียบเท่ากับสถาบันอุดมศึกษาของรัฐ

จากที่กล่าวมาสมรรถนะอาจารย์พยาบาลมีความสำคัญต่อการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล อาจารย์พยาบาลจำเป็นต้องพัฒนาสมรรถนะให้ได้มาตรฐานทันต่อการเปลี่ยนแปลง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการศึกษาทางการพยาบาลและสามารถยกระดับผลลัพธ์ของการให้บริการทางด้านสุขภาพ ในปัจจุบันแม้จะมีการกำหนดสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพจากสภาการพยาบาล (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2018) รวมถึงกรอบสมรรถนะวิชาชีพอาจารย์จากกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (Professional and Organizational Development Network of Thailand Higher Education, 2025) แต่ยังเป็นกรอบที่กว้างและยังไม่ได้ระบุสมรรถนะเฉพาะที่สอดคล้องกับบทบาทของอาจารย์พยาบาล ทำให้จำเป็นต้องมีการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับสมรรถนะของอาจารย์พยาบาล ผนวกกับปัญหาด้านคุณภาพของอาจารย์ในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทย ข้อมูลที่ได้จากการสังเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะอาจารย์พยาบาล ประกอบด้วย ดังนี้ 1) การใช้ทฤษฎีและหลักการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ 2) การออกแบบหลักสูตรและการนำไปใช้ 3) การปฏิบัติการพยาบาล 4) การวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ 5) การสื่อสาร การประสานงาน และการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กร 6) กฎหมาย จริยธรรม และความเป็นมืออาชีพ 7) การติดตามและประเมินผล และ 8) การบริหารจัดการและภาวะผู้นำ สอดคล้องกับสมรรถนะอาจารย์พยาบาลขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2016) ทั้งนี้เพื่อนำข้อมูลมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชน ตลอดจนผู้บริหารสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทยที่มีการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการปรับปรุงเกณฑ์มาตรฐานในการพัฒนาบุคลากร วางแผนกลยุทธ์ในการพัฒนาองค์กรให้มีความก้าวหน้าที่ยั่งยืน สามารถผลิตบัณฑิตที่มีประสิทธิภาพตอบสนองต่อปัญหาด้านสุขภาพและความต้องการของผู้ใช้บริการทางด้านสุขภาพในยุคปัจจุบัน

### วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทย
2. เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทย

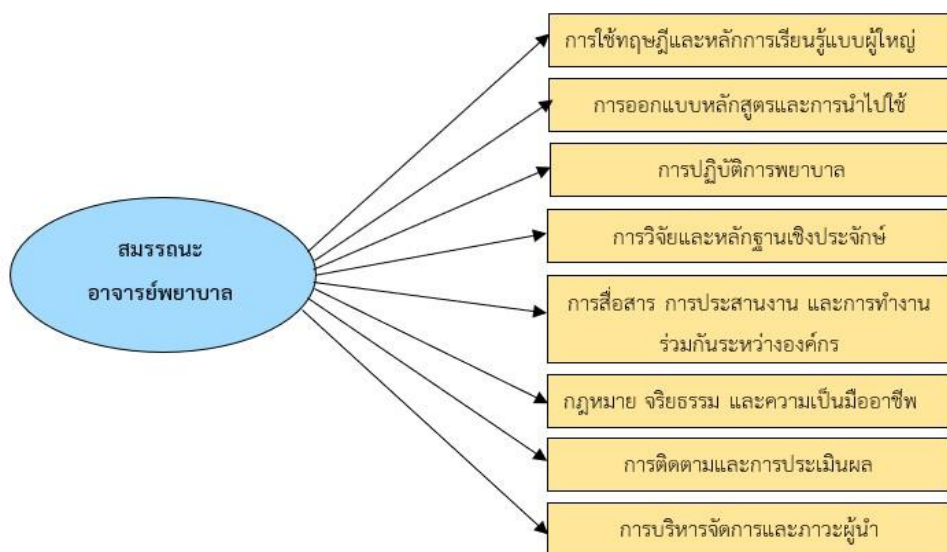


## สมมติฐานการวิจัย

องค์ประกอบของสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทยมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

## กรอบแนวคิดการวิจัย

สมรรถนะอาจารย์พยาบาล เป็นความสามารถตามมาตรฐานของบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ ซึ่งจำเป็นในการปฏิบัติงานของอาจารย์พยาบาลเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ และสะท้อนถึงความรู้ ทักษะ และเจตคติเชิงวิชาชีพพยาบาลที่เหมาะสม ผลการสังเคราะห์เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า สมรรถนะอาจารย์พยาบาลสอดคล้องกับแนวคิดสมรรถนะอาจารย์พยาบาลขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2016) ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาจารย์พยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทย จำนวน 939 คน (Ministry of Higher Education, Science, Research, and Innovation, 2023)

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาจารย์พยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทย มีประสบการณ์ในการสอนทางการพยาบาล อย่างน้อย 3 ปีขึ้นไป ใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) เริ่มจากการสุ่มสถาบันการศึกษาเอกชนที่ทำการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่มีผู้สำเร็จการศึกษาแล้วและได้รับการรับรองสถาบันการพยาบาลจากสภาการพยาบาลมาร้อยละ 50 ของสถาบันทั้งหมด 24 แห่ง โดยการสุ่มอย่างง่ายแบบการจับฉลากรายชื่อโดยไม่ใส่กลับคืน จับฉลากได้ทั้งหมด 12 สถาบัน หลังจากนั้นใช้กระบวนการสุ่มอย่างง่ายในการสุ่มหน่วยตัวอย่างตามจำนวนของสัดส่วนประชากรของแต่ละสถาบันที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก จนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด ใช้วิธีการกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์ของการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันที่ควรมี

ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยมากกว่า 200 คนขึ้นไป (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2019) การวิจัยครั้งนี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 237 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา รายได้ การศึกษา และประสบการณ์การทำงาน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) และเติมคำจำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทย ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากผลการสังเคราะห์เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่พบว่าสอดคล้องกับแนวคิดสมรรถนะอาจารย์พยาบาลขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2016) ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ คือ 1) การใช้ทฤษฎีและหลักการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ 2) การออกแบบหลักสูตรและการนำไปใช้ 3) การปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 4) การวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ 5) การสื่อสาร การประสานงาน และการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กร 6) กฎหมาย จริยธรรม และความเป็นมืออาชีพ 7) การติดตามและประเมินผล และ 8) การบริหารจัดการและภาวะผู้นำ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) รวมทั้งหมด 113 ข้อ เกณฑ์การแปลผลของสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทย (Buncham, 2017) ดังนี้

4.50 - 5.00	หมายถึง	สมรรถนะอาจารย์พยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด
3.50 - 4.49	หมายถึง	สมรรถนะอาจารย์พยาบาลอยู่ในระดับมาก
2.50 - 3.49	หมายถึง	สมรรถนะอาจารย์พยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง
1.50 - 2.49	หมายถึง	สมรรถนะอาจารย์พยาบาลอยู่ในระดับน้อย
1.00 - 1.49	หมายถึง	สมรรถนะอาจารย์พยาบาลอยู่ในระดับน้อยที่สุด

#### **การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

ผู้วิจัยนำแบบวัดสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทยที่สร้างขึ้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม ความสอดคล้องครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม และได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ในแต่ละข้อคำถามอยู่ระหว่าง .60 ถึง 1.00 หลังจากนั้นทำการปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับอาจารย์พยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 ท่าน แล้วนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ไปหาคุณภาพของเครื่องมือด้านความเชื่อมั่นตามสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) และได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้งฉบับ เท่ากับ .99

#### **การเก็บรวบรวมข้อมูล**

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยหลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมและการวิจัยในมนุษย์ของสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนที่ได้กำหนดไว้ทั้ง 12 แห่ง และได้ดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามออนไลน์ผ่านทาง การสแกนคิวอาร์โค้ดหรือทางลิงค์ Google Form ให้กับผู้ประสานงานของแต่ละสถาบันอุดมศึกษาเอกชน และขอความอนุเคราะห์ผู้ประสานงานทำการสุ่มหน่วยตัวอย่างตามจำนวนของสัดส่วนประชากรของแต่ละสถาบันที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก จนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด ซึ่งในแบบสอบถามได้มีการชี้แจงในเรื่องของการขอความยินยอม วัตถุประสงค์ในการทำวิจัย วิธีวิจัย และการเก็บข้อมูล

2. หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ข้อมูลในการทำวิจัย กลุ่มตัวอย่างทำการตอบแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยสามารถทราบผลการตอบทางออนไลน์ที่สร้างไว้ และผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อมูลโดยพิจารณาตามเกณฑ์คัดเข้าและการตอบที่ครบถ้วนสมบูรณ์ ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามที่สมบูรณ์ จำนวน 237 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 95 และนำผลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติพรรณนา โปรแกรม SPSS คือ จำนวน และร้อยละ  
 2. วิเคราะห์ระดับสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถานศึกษาเอกชนไทย โดยใช้สถิติพรรณนา โปรแกรม SPSS คือ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) ของสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทย โดยการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลโครงสร้างองค์ประกอบกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น คือ 1) การตรวจสอบความแท้และความโด่งเพื่อทดสอบการแจกแจงปกติของกลุ่มตัวอย่าง 2) การตรวจสอบความสัมพันธ์ของตัวแปร โดยใช้สถิติ 2.1) Kaiser-meyer-olkin (KMO) และหากมีค่ามากกว่า .50 แสดงว่าข้อมูลมีความเหมาะสมที่จะสามารถนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบได้ 2.2) Bartlett's test of sphericity Bartlett's test of sphericity หากเมทริกซ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแตกต่างจากเมทริกซ์เอกลักษณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่าตัวแปรมีความสัมพันธ์กันเพียงพอที่จะนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบได้

4. การตรวจสอบความสอดคล้องของสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทยกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ด้วยโปรแกรม AMOS เพื่อศึกษาภาพรวมของโมเดลว่าสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์เพียงใด ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้ค่าสถิติตรวจสอบ ดังตาราง 1

**ตาราง 1** เกณฑ์ในการตรวจสอบความกลมกลืนระหว่างสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทย กับข้อมูลเชิงประจักษ์

ดัชนี	ระดับการยอมรับ
1. Chi-square ( $\chi^2$ )	$\chi^2$ ที่ไม่มีนัยสำคัญหรือค่า p-value สูงกว่า .05
2. ค่าสัดส่วน $\chi^2/df$	มีค่าไม่ควรเกิน 2
3. ค่า Goodness of fit index (GFI)	มีค่าเข้าใกล้ 1
4. ค่า Adjusted goodness of fit Index (AGFI)	มีค่าเข้าใกล้ 1
5. ค่า Comparative Fit Index (CFI)	มีค่าเข้าใกล้ 1
6. ค่า Standardized root mean square residual (SRMR)	มีค่าเข้าใกล้ 0
7. ค่า Root mean square error of approximation (RMSEA)	มีค่าเข้าใกล้ 0

**จริยธรรมวิจัย**

วิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้รับการรับรอง เลขที่ 4/2567

**ผลการวิจัย**

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.70 มีอายุ 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 32.50 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 52.74 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 92.40 รายได้ต่อเดือนมากกว่า 40,000 บาท ร้อยละ 61.60 จบการศึกษาในระดับปริญญาโท ร้อยละ 70.90 และมีประสบการณ์การทำงาน 11 - 15 ปี ร้อยละ 27.40

## 2. ระดับสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทย

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทย (n = 237)

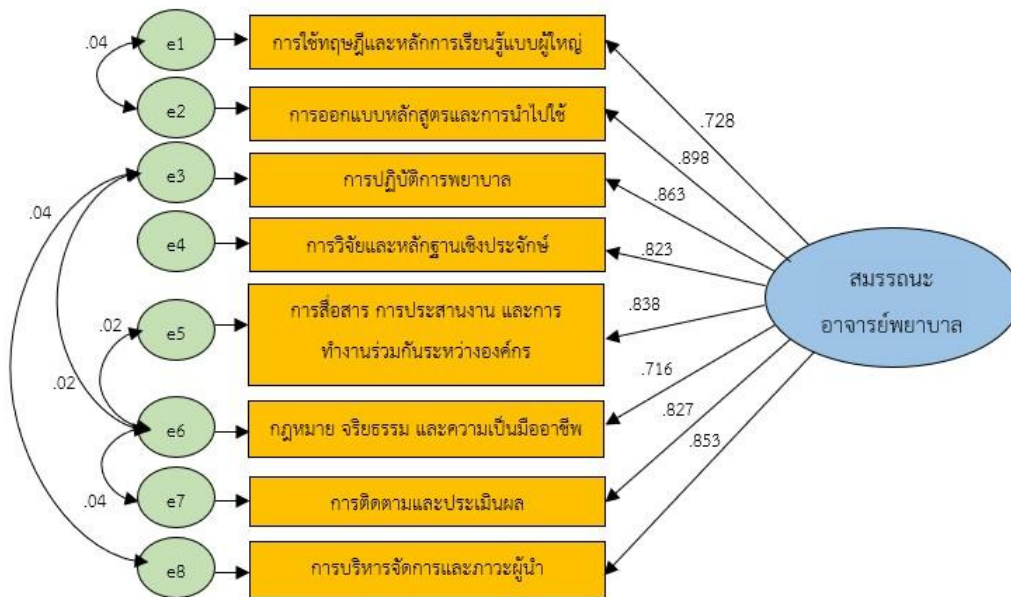
สมรรถนะอาจารย์พยาบาล	M	SD	การแปลผล
การใช้ทฤษฎีและหลักการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่	4.10	0.59	มาก
การออกแบบหลักสูตรและการนำไปใช้	4.19	0.56	มาก
การปฏิบัติการพยาบาล	4.47	0.49	มาก
การวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์	4.07	0.58	มาก
การสื่อสาร การประสานงาน และการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กร	4.33	0.51	มาก
กฎหมาย จริยธรรม และความเป็นมืออาชีพ	4.60	0.39	มากที่สุด
การติดตามและประเมินผล	4.34	0.56	มาก
การบริหารจัดการและภาวะผู้นำ	4.06	0.66	มาก
<b>ภาพรวม</b>	<b>4.27</b>	<b>0.46</b>	<b>มาก</b>

จากตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ระดับสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทยในภาพรวมพบว่า อยู่ในระดับมาก ( $M = 4.27, SD = 0.46$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านกฎหมาย จริยธรรม และความเป็นมืออาชีพ ( $M = 4.60, SD = 0.39$ ) รองลงมา คือ ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ( $M = 4.47, SD = 0.49$ ) ด้านการติดตามและประเมินผล ( $M = 4.34, SD = 0.56$ ) ด้านการสื่อสาร การประสานงาน และการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กร ( $M = 4.33, SD = 0.51$ ) ด้านการออกแบบหลักสูตรและการนำไปใช้ ( $M = 4.19, SD = 0.56$ ) ด้านการใช้ทฤษฎีและหลักการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ ( $M = 4.10, SD = 0.59$ ) ด้านการวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ ( $M = 4.07, SD = 0.58$ ) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการบริหารจัดการและภาวะผู้นำ ( $M = 4.05, SD = 0.66$ )

## 3. การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทย

ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับหนึ่งสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทย

ดัชนี	ผลการวิเคราะห์
1. Chi-square ( $\chi^2$ ) ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หรือ ค่า p-value มากกว่า .05	22.924 .086
3. ค่าสัดส่วน $\chi^2/df$ มีค่าไม่ควรเกิน 2	1.528
4. ดัชนีความกลมกลืน (GFI) มีค่าเข้าใกล้ 1	.976
5. ดัชนีความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) มีค่าเข้าใกล้ 1	.943
6. ค่าดัชนีรากของกำลังสองเฉลี่ยของส่วนที่เหลือ (RMR) มีค่าเข้าใกล้ 0	.006
7. ค่าดัชนีรากของกำลังสองเฉลี่ยของการประมาณค่าความคลาดเคลื่อน (RMSEA) มีค่าเข้าใกล้ 0	.047



ภาพ 2 โมเดลสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทย

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันยืนยันของสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทย ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ คือ 1) การใช้ทฤษฎีและหลักการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ 2) การออกแบบหลักสูตรและการนำไปใช้ 3) การปฏิบัติการพยาบาล 4) การวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ 5) การสื่อสาร การประสานงาน และการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กร 6) กฎหมาย จริยธรรม และความเป็นมืออาชีพ 7) การติดตามและประเมินผล และ 8) การบริหารจัดการและภาวะผู้นำ และพบว่า ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับหนึ่งของสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทย พบว่า สมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทย มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พิจารณาได้จากค่า  $\chi^2 = 22.92$ ,  $df = 15$ ,  $p = .086$  กล่าวคือ ค่า  $\chi^2$  ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งค่าดัชนี RMSEA = .047 และ RMR = .006 มีค่าเข้าใกล้ 0 ค่าดัชนี GFI = .976 และ AGFI = .943 มีค่าเข้าใกล้ 1 และ  $\chi^2/df = 1.53$  ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 2 แสดงว่า โมเดลสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทย มีความตรงเชิงโครงสร้างในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน สมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทยที่มีน้ำหนักองค์ประกอบเรียงตามลำดับ ดังนี้ 1) การออกแบบหลักสูตรและการนำไปใช้ เท่ากับ .898 2) การปฏิบัติการพยาบาล เท่ากับ .863 3) การบริหารจัดการและภาวะผู้นำ เท่ากับ .853 4) การสื่อสาร การประสานงาน และการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กร เท่ากับ .838 5) การติดตามและประเมินผล เท่ากับ .827 6) การวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ เท่ากับ .823 7) การใช้ทฤษฎีและหลักการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ เท่ากับ .728 และ 8) กฎหมาย จริยธรรม และความเป็นมืออาชีพ เท่ากับ .716 นอกจากนี้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของตัวแปรสังเกตได้ ( $R^2$ ) ซึ่งอธิบายของความแปรปรวนของตัวแปร มีค่าตั้งแต่ .512 ถึง .807

### การอภิปรายผล

1. สมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทยโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เนื่องจากสมรรถนะอาจารย์พยาบาลเป็นความสามารถตามมาตรฐานของบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ สะท้อนถึงความรู้ ทักษะ และเจตคติเชิงวิชาชีพพยาบาลที่เหมาะสม ประกอบกับอาจารย์พยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทย มีประสบการณ์การสอนมากกว่า 3 ปี และมีการศึกษาในระดับปริญญาโทขึ้นไป สอดคล้องกับการศึกษาของ Turner, Charoensuk, Bormann, & Sawaengdee (2019) ที่ศึกษาสมรรถนะของอาจารย์พยาบาลในประเทศไทย พบว่า อาจารย์พยาบาลในประเทศไทยมีระดับสมรรถนะภาพรวมในระดับมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของ Mohamed,



Shazly, & Saad (2018) ที่ศึกษาสมรรถนะของอาจารย์พยาบาลในประเทศอียิปต์ พบว่า อาจารย์พยาบาลมีระดับสมรรถนะภาพรวมอยู่ในระดับมากเช่นกัน เมื่อพิจารณาผลการวิจัยสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทยเป็นรายด้าน พบว่า

1.1 สมรรถนะด้านกฎหมาย จริยธรรม และความเป็นมืออาชีพ พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งแสดงให้เห็นว่า อาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทยปฏิบัติงานโดยคำนึงถึงกฎหมาย กฎระเบียบ และข้อบังคับต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง มีคุณธรรมจริยธรรม มีความซื่อสัตย์ทางวิชาการ มีความเป็นมืออาชีพในการทำงาน มีความยืดหยุ่นและเคารพผู้อื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ Turner, Charoensuk, Bormann, & Sawaengdee (2019) ที่ศึกษาสมรรถนะของอาจารย์พยาบาลในประเทศไทย พบว่า อาจารย์พยาบาลมีสมรรถนะในด้านคุณธรรมจริยธรรมอยู่ในระดับมากที่สุด และ สอดคล้องกับการศึกษาของ Supradith (2019) ที่ศึกษาสมรรถนะของอาจารย์พยาบาลสังกัดสถาบันการศึกษาของรัฐ พบว่า สมรรถนะด้านจรรยาบรรณวิชาชีพอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน

1.2 สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล พบว่า อยู่ในระดับมาก เป็นสมรรถนะที่อาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทยสามารถธำรงไว้ซึ่งความรู้ทั้งทางภาคทฤษฎีและทักษะทางด้านการปฏิบัติการพยาบาล และสามารถเชื่อมโยงความรู้ในภาคทฤษฎีสู่ภาคปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดที่เป็นปัจจุบัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Supradith (2019) ที่ทำการศึกษสมรรถนะของอาจารย์พยาบาลสังกัดสถาบันการศึกษาของรัฐ พบว่า อาจารย์พยาบาลมีระดับสมรรถนะในด้านการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับมาก ซึ่งการที่บัณฑิตพยาบาลจะสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น นอกจากบัณฑิตจะมีความรู้ทั้งในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติแล้วนั้น บัณฑิตยังต้องได้รับการกำกับดูแลจากอาจารย์พยาบาลที่มีสมรรถนะ และสนับสนุนให้ผู้เรียนนำหลักฐานเชิงประจักษ์และนวัตกรรมมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลตามบริบทของการดูแลสุขภาพ เพื่อคงไว้ซึ่งการศึกษาและการปฏิบัติทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ

1.3 สมรรถนะด้านการติดตามและประเมินผล พบว่า อยู่ในระดับมาก เป็นการที่อาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทยมีการกำกับติดตามวัด และประเมินผลโปรแกรมการศึกษา หลักสูตร และวิธีการจัดการเรียนรู้หลากหลายวิธีที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียน สามารถพัฒนาเครื่องมือ/วิธีการประเมินสมรรถนะของผู้เรียนที่ครอบคลุมทั้งในด้านพุทธิพิสัย ทักษะพิสัย และจิตพิสัย สามารถให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับผู้เรียน รวมทั้งประสานความร่วมมือกับผู้ร่วมงานในการพัฒนา บริหารจัดการ ประเมินผลหลักสูตร และการจัดการเรียนรู้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hassan, Mostafa, & Akel (2021) ที่ได้ทำการศึกษาระดับของสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในประเทศฟินแลนด์ พบว่า ระดับของสมรรถนะอาจารย์พยาบาลด้านการติดตามและประเมินผลอยู่ในระดับมากเช่นกัน สมรรถนะด้านการวัดและประเมินผลเป็นสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับอาจารย์พยาบาลในการกำกับติดตามการดำเนินงาน และประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อการพัฒนาปรับปรุงโปรแกรม หลักสูตร และการจัดการเรียนรู้ทั้งในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติให้บรรลุผลตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ตั้งไว้

1.4 สมรรถนะด้านการสื่อสาร การประสานงาน และการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กร พบว่า อยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าอาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทยมีทักษะในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมการทำงานร่วมกันเป็นทีม และเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษาและแหล่งฝึกปฏิบัติทางการพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Tuzazon (2016) ได้ศึกษาการประเมินระดับของสมรรถนะของอาจารย์คลินิกในวิทยาลัยพยาบาลของรัฐของประเทศฟิลิปปินส์ พบว่า สมรรถนะของอาจารย์คลินิกในด้านการสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับมาก ซึ่งทักษะในการสื่อสารเป็นทักษะขั้นพื้นฐานในการสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ จึงถือว่าเป็นสมรรถนะที่สำคัญสำหรับอาจารย์พยาบาลในการสร้างเครือข่ายในการให้บริการทางด้านสุขภาพทั้งในระดับพื้นที่ ภูมิภาค และนานาชาติ เพื่อยกระดับมาตรฐานทางด้านวิชาชีพและการจัดการเรียนรู้ทางการพยาบาล



1.5 สมรรถนะด้านการออกแบบหลักสูตรและการนำไปใช้ พบว่า อยู่ในระดับมาก ซึ่งเป็นการที่อาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทยมีความสามารถในการออกแบบหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตตามหลักการของรูปแบบการศึกษาร่วมสมัย ปรัชญา และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดที่ปรากฏในปัจจุบัน สามารถจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมการให้เหตุผลทางคลินิกในกลุ่มผู้เรียนที่มีความต้องการในรูปแบบการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน รวมทั้งการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมในการจัดการเรียนรู้ได้ และสามารถกำหนดเครื่องมือในการกำกับติดตามที่เหมาะสม มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของการศึกษาของ Wanchai, Phrompayak, & Prompuk (2022) ที่ได้ทำการประเมินสมรรถนะอาจารย์พยาบาลของอาจารย์พยาบาลในวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า สมรรถนะด้านออกแบบและวางแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ของผู้เรียนอย่างมีประสิทธิภาพมีคะแนนอยู่ในระดับมากเช่นกัน ซึ่งสมรรถนะนี้มีความจำเป็นต่ออาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทยเป็นอย่างมาก ในการออกแบบหลักสูตรให้มีความสอดคล้องกับสภาพการณ์ในปัจจุบันและความต้องการของสังคม รวมทั้งการจัดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งถือได้ว่าเป็นการกำหนดอนาคตให้กับวิชาชีพทางการพยาบาล

1.6 สมรรถนะด้านการใช้ทฤษฎีและหลักการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ พบว่า อยู่ในระดับมาก ซึ่งเป็นการที่อาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทยมีความรู้ความเข้าใจในแนวคิด ทฤษฎีขั้นพื้นฐาน และหลักการที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพและการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ สามารถวิเคราะห์ขอบเขตการเรียนรู้ได้ทั้งในด้านของพุทธิพิสัย ทักษะพิสัย และจิตพิสัย สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทวิชาการที่แตกต่างกันได้ สอดคล้องกับการศึกษา Bownes & Freeman (2020) ที่ศึกษาสมรรถนะอาจารย์พยาบาลคลินิกที่ทำการสอนในมหาวิทยาลัยออนแทรีโอในประเทศแคนาดา พบว่า สมรรถนะอาจารย์พยาบาลในด้านการใช้ทฤษฎีและหลักการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ มีความสำคัญอยู่ในระดับมาก เช่นกัน และอาจารย์พยาบาลจะต้องเป็นพื้นฐานเพื่อการผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีคุณภาพ มีสมรรถนะตรงตามความคาดหวังของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ดังนั้นสมรรถนะด้านการใช้ทฤษฎีและหลักการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่จึงเป็นรากฐานที่สำคัญและจำเป็นสำหรับอาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทย ในการจัดการเรียนรู้ทั้งในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติที่ครอบคลุมทั้งในด้านของพุทธิพิสัย ทักษะพิสัย และจิตพิสัย

1.7 สมรรถนะด้านการวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า อยู่ในระดับมาก เป็นการที่อาจารย์พยาบาลสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทยสามารถที่จะสร้าง สังเคราะห์ และใช้ข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้อง มาปรับปรุงการศึกษา และการปฏิบัติทางการพยาบาล สามารถที่จะพัฒนาและเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ รวมทั้งปลูกฝังพยาบาลรุ่นใหม่ให้มีความเป็นนักวิชาการที่รู้จักการสืบค้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Turner, Charoensuk, Bormann, & Sawaengdee (2019) ที่ศึกษาสมรรถนะของอาจารย์พยาบาลในประเทศไทย พบว่า สมรรถนะอาจารย์พยาบาลในด้านการวิจัยและบริการวิชาการอยู่ในระดับมากเช่นกัน แต่อย่างไรก็ตามอาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนได้ให้คะแนนด้านการวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์อยู่ในลำดับรองสุดท้าย อาจเป็นเพราะว่าอาจารย์พยาบาลยังขาดความเชี่ยวชาญในการสร้าง สังเคราะห์ และใช้ข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาและการปฏิบัติทางการพยาบาล รวมทั้งอาจารย์ยังไม่สามารถที่จะพัฒนาผลงานทางวิชาการและเผยแพร่ได้ตามเกณฑ์ ซึ่งสมรรถนะทางด้านการวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นสมรรถนะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานของอาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทย เพื่อยกระดับวิชาชีพพยาบาลและให้บริการทางวิชาการแก่สังคม

1.8 สมรรถนะด้านการบริหารจัดการและภาวะผู้นำ พบว่า อยู่ในระดับมาก ซึ่งเป็นสมรรถนะที่อาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทย สามารถบริหารจัดการงานแบบมีระบบ มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายของหลักสูตร ออกแบบพัฒนาหลักสูตรที่สอดคล้องกับสภาพการณ์ในปัจจุบันและอ้างไว้ซึ่งเป้าหมายที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ และแผนกลยุทธ์ของสถาบัน มีส่วนร่วมในการแสดงบทบาทความเป็นผู้นำทั้งภายในและภายนอกสถาบัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Potchana, Sanrattana, & Suwannoi (2020) ที่ทำการศึกษสมรรถนะในด้านภาวะผู้นำการปรับเปลี่ยนของอาจารย์พยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก พบว่า อาจารย์มีระดับสมรรถนะในด้านภาวะผู้นำและการบริหารจัดการอยู่ในระดับมาก แต่อย่างไรก็ตาม ผลงานวิจัยนี้พบว่า สมรรถนะด้านการบริหารจัดการและภาวะผู้นำ มีระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในลำดับท้ายสุด อาจเนื่องมาจาก

ยังขาดความร่วมมือในการแสวงหาทรัพยากรสนับสนุนในการพัฒนาอาจารย์พยาบาลอย่างเหมาะสมและการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด รวมถึงการมีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่ควรได้รับการส่งเสริมด้วยเช่นกัน และสมรรถนะด้านการบริหารจัดการและภาวะผู้นำ มีความจำเป็นอย่างมากสำหรับอาจารย์พยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถาบันการศึกษาเอกชน เนื่องด้วยข้อจำกัดของงบประมาณและการแข่งขันระหว่างสถาบันการศึกษา ดังนั้นอาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทยจึงควรได้รับการส่งเสริมให้มีสมรรถนะในด้านนี้เพิ่มมากขึ้น กระตุ้นให้อาจารย์มีส่วนร่วมในการสรรหาทรัพยากรสนับสนุนในการพัฒนาอาจารย์การบริหารจัดการทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด เพราะคุณภาพของอาจารย์และความมั่นคงทางการเงินส่งผลโดยตรงต่อความอยู่รอดท่ามกลางการแข่งขันสูงในอนาคตของสถาบันอุดมศึกษาเอกชน (Rugmai, 2015) รวมทั้งการสนับสนุนพัฒนาในด้านการมีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มุ่งเน้นการพัฒนาหลักสูตรให้มีความสอดคล้องกับสภาพการณ์ในปัจจุบัน เพื่อที่จะผลิตบัณฑิตพยาบาลให้มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ของสภาการพยาบาล

## 2.2 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทย

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับหนึ่งของสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทย ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) การใช้ทฤษฎีและหลักการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ 2) การออกแบบหลักสูตรและการนำไปใช้ 3) การปฏิบัติการพยาบาล 4) การวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ 5) การสื่อสาร การประสานงาน และการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กร 6) กฎหมาย จริยธรรม และความเป็นมืออาชีพ 7) การติดตามและประเมินผล และ 8) การบริหารจัดการและภาวะผู้นำ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดสมรรถนะอาจารย์พยาบาลขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2016) และผลการวิจัย พบว่า โมเดลสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทยมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พิจารณาได้จากค่าไคสแควร์ ( $\chi^2$ ) เท่ากับ 22.924 ค่าองศาอิสระ (df) เท่ากับ 15 ค่าสถิติไคสแควร์สัมพันธ์ ( $\chi^2/df$ ) เท่ากับ 1 ค่าโอกาสความน่าจะเป็น เท่ากับ .086 ค่ารากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของความคลาดเคลื่อนโดยประมาณ (RMSEA) เท่ากับ .047 และดัชนีรากของกำลังสองเฉลี่ยของส่วนที่เหลือ (RMR) เท่ากับ .006 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) เท่ากับ .976 และค่าดัชนีระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) เท่ากับ .943 และ 528 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 2 (Whittaker & Schumacker, 2022) แสดงว่าโมเดลสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทยมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Park, Choi, Kim, Kim, Jeon, & Hwang (2022) ที่พัฒนาแบบวัดสมรรถนะหลักสำหรับนักศึกษาอาจารย์พยาบาลคลินิก พบว่า สมรรถนะอาจารย์พยาบาล ประกอบด้วย การใช้ทฤษฎีและหลักการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ การออกแบบหลักสูตรและการนำไปใช้ การปฏิบัติการพยาบาล การวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ การสื่อสาร การประสานงาน และการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กร กฎหมาย จริยธรรม และความเป็นมืออาชีพ การติดตามและประเมินผล และการบริหารจัดการและภาวะผู้นำ สมรรถนะอาจารย์พยาบาลมีความสำคัญต่ออาจารย์ที่ปฏิบัติงานในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทยเป็นอย่างมาก เนื่องด้วยข้อจำกัดในด้านงบประมาณ (Phaktoop, Suvanarak, & Bungum, 2019) การแข่งขันระหว่างสถาบัน (Chaonarin, Chinatongkul, & Chaisirithanya, 2021) กลายเป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับอาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทยในการปฏิบัติงานและการบริหารจัดการ เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้และสามารถผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีคุณภาพได้มาตรฐานตามเกณฑ์ของสภาการพยาบาล มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์สอดคล้องกับความต้องการของสังคม อาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทยจึงจำเป็นต้องมีสมรรถนะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน ดังนั้น สมรรถนะในด้านของการบริหารจัดการและภาวะผู้นำ ด้านการสื่อสาร การประสานงาน และการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กร จึงเป็นสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับอาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทย และจากผลการวิจัยที่พบว่าน้ำหนักองค์ประกอบของสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทยเรียงจากมากไปน้อยตามลำดับ ดังนี้ 1) การออกแบบหลักสูตรและการนำไปใช้ 2) การปฏิบัติการพยาบาล 3) การบริหารจัดการและภาวะผู้นำ 4) การสื่อสาร การประสานงาน และการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กร 5) การติดตามและประเมินผล 6) การวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ 7) การใช้ทฤษฎีและหลักการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ และลำดับสุดท้าย 8) กฎหมาย จริยธรรม และความเป็น

มืออาชีพ แสดงให้เห็นว่าสมรรถนะในด้านของการบริหารจัดการและภาวะผู้นำ ด้านการสื่อสาร การประสานงาน และการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กร มีความสำคัญสำหรับอาจารย์พยาบาลในลำดับที่ 3 และ 4 อย่างไรก็ตามทั้งสองสมรรถนะนี้ยังไม่มีการระบุไว้ในกรอบมาตรฐานสมรรถนะวิชาชีพอาจารย์ของกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (Professional and Organizational Development Network of Thailand Higher Education, 2025) เพราะฉะนั้นควรมีการส่งเสริมให้อาจารย์พยาบาลมีสมรรถนะตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2016) ที่ประกอบด้วย 1) ด้านการใช้ทฤษฎีและหลักการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ 2) ด้านการออกแบบหลักสูตร และการนำไปใช้ 3) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล 4) ด้านการวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ 5) ด้านการสื่อสาร การประสานงาน และการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กร 6) ด้านกฎหมาย จริยธรรม และความเป็นมืออาชีพ 7) ด้านการติดตามและประเมินผล และ 8) ด้านการบริหารจัดการและภาวะผู้นำ เพื่อให้เกิดการจัดการศึกษาทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและสามารถยกระดับผลลัพธ์ของการให้บริการทางด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของสังคมได้

### การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารทางการศึกษาสังกัดสถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทย สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการประเมินความต้องการ ความจำเป็น และนำไปใช้ในการพัฒนาสมรรถนะในแต่ละด้านของอาจารย์พยาบาล เพื่อสามารถนำผลไปใช้ในการวางแผนในการพัฒนาสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในสังกัดสถาบันอุดมศึกษาเอกชน อาทิการวางแผนการอบรมทางวิชาการ

2. สถาบันอุดมศึกษาเอกชนไทยควรมีการส่งเสริมหรือพัฒนาสมรรถนะอาจารย์ในด้าน 1) การออกแบบหลักสูตรและการนำไปใช้ 2) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล และ 3) ด้านบริหารจัดการและภาวะผู้นำ เนื่องด้วยเป็นสมรรถนะที่มีความสำคัญในลำดับต้น ๆ รวมทั้งส่งเสริมให้อาจารย์พยาบาลพัฒนาสมรรถนะตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2016) เพื่อยกระดับคุณภาพการจัดการศึกษาพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ และนำไปสู่การพัฒนาผลลัพธ์ของระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการของสังคมอย่างแท้จริง

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาขององค์ประกอบสมรรถนะอาจารย์พยาบาลอันดับที่สอง เพื่อทดสอบว่าองค์ประกอบย่อยขององค์ประกอบอันดับที่หนึ่งที่ได้รับการยืนยันแล้วนั้นมีความสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์หรือไม่

2. พัฒนาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อสมรรถนะของอาจารย์พยาบาล เพื่อใช้ในการพัฒนานโยบายและแนวทางการเสริมสร้างสมรรถนะได้อย่างเป็นระบบ

### References

- Bownes, N. A. and Freeman, M.A. (2020). Clinical nurse instructor competencies: An exploratory study of role requirements. *Quality Advancement in Nursing Education*, 3(5), 1-13.
- Buncham, S. (2017). *Basic Research (10<sup>th</sup> ed.)*. Bangkok: Suwiriyasarn.
- Chaonarin, P., Chinatongkul, C., & Chaisirithanya, K. (2021). Administrative skills in 21<sup>st</sup> century of administrators in faculty of nursing under private higher education institution of Thailand. *The Journal of Research and Academics*, 5(1), 113-128. (in Thai).
- Hababeh, M. O., & Lalithabai, D. S. (2020). Nurse trainees' perception of effective clinical instructor characteristics. *International journal of nursing sciences*, 7(3), 285-290
- Hair, J. F., Black, W.C., Babin B.J., & Anderson, R.E. (2019). *Multivariate Data Analysis (8<sup>th</sup> ed.)*. Hampshire: Annabel Ainscow.

- Hassan, M., N., Mostafa, G. M. A., & Akel, D. T. (2021). Assessment of clinical instructors' competencies in the nursing field. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 10(2), 36–41.
- Kerdbanchan, C. & Jarujittipant, P. (2019). Factors affecting the quality of Thai private university instructors. *Journal of Social Sciences Srinakharinwirot University*, 22(1), 13-27. (in Thai)
- Kitphan, P. (2018). Aging society in Thailand. *Thai Food and Drug Journal*, 25(3), 4–8. (in Thai)
- Kwanmueang N. (2021). *The Development of Thai Private University's Management According to the Concept of Entrepreneurial University*. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirement for the Doctor of Philosophy in Leadership and Innovation in Educational Administration, Siam University. (in Thai)
- Ministry of Higher Education, Science, Research, and Innovation. (2023). *The Number of Lecturers in Higher Education Institutions for the Academic Year 2022, Second Semester, Categorized by Institution/Faculty/Group of Institutions*. Retrieved December 10, 2023 from [https://info.mhesi.go.th/stat\\_stf.php?search\\_year=2564&download=7086&file\\_id=202210121454.xlsx](https://info.mhesi.go.th/stat_stf.php?search_year=2564&download=7086&file_id=202210121454.xlsx). (in Thai)
- Mohamed, D. L. A., Shazly M., M., & Saad, N. F. (2018). Core competencies of nurse educator at technical institutes of nursing. *Egyptian Journal of Health Care*, 9(4), 110-119.
- Park, H., Choi, E., Kim, G., Kim, Y., Jeon, M., & Hwang, H. (2022). Development of core competency scale for clinical nursing student educators. *J Korean Academic Society Nursing Education*, 28(4), 345-356.
- Phaktoop, M., Suvanarak, T., & Bungum, R. (2019). Job retention of nurse educators in private education institute, Bangkok metropolitan region. *Journal of Nursing and Education*, 12(2). 97-110. (in Thai).
- Potchana, R., Sanrattana. W, & Suwannoi, P. (2020). Adaptive leadership for teachers in Boromarajonani college of nursing under Boromarachanok institute. *Journal of Nursing and Health Care*, 38(1), 187-195 (in Thai).
- Professional and Organizational Development Network of Thailand Higher Education. (2025). *A Request for the Assessment of Nursing Faculty Competencies Aligned with Faculty Development Guidelines Aimed at Promoting the Achievement of Learning Outcomes in Accordance with the Thai Qualifications Framework for Higher Education 2023*. Retrieved April 10, 2025 from <https://surl.li/rdtdfy>. (in Thai).
- Roongruangsri, S., & Sngounsiritham, U. (2015). Nursing faculty: Challenging the personal competency. *Nursing Journal CMU*, 42, 214–220. (in Thai)
- Rugmai, S. (2015). *Development and Trends of Private Higher Education Institutions*. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirement for the Doctor of Philosophy Program in Higher Education, Chulalongkorn University. (in Thai).
- Saraketrin, A., Rongmuang, D. & Chantra, R. (2019). Nursing education in the 21st century: Competencies and roles of nursing instructors. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 20(1), 12-20.
- Sebach. A.M., (2022). Psychometric testing of a tool assessing nurse practitioner clinical educator competence. *The Journal for Nurse Practitioners*, 18, 217-220.

- Supradith, B. (2019). Job performance of nursing instructors under the public educational institutions. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing Suphanburi*, 2(2), 45-61. (in Thai).
- Thailand Nursing and Midwifery Council. (2018). *Announcement from the Nursing Council Regarding the Core Competencies of Graduates with a Bachelor's Degree, Master's Degree, and Doctoral Degree in Nursing, as well as the Advanced Nursing Training Program Leading to Certification/Authorization Demonstrating Specialized Knowledge and Expertise in Nursing and Midwifery, and Nursing in the Field of Nursing Science*. Retrieved April 24, 2025 from <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/112.pdf>.
- Turner, K., Charoensuk, S., Bormann, S. V., & Sawaengdee, K. (2019). Nurse competencies and associated factors in the context of nursing education institutions in Thailand. *Journal of Nursing Division*, 46(3), 1-19.
- Tuzazon, C.M. (2016). Level of competencies of Clinical Instructors of the College of Nursing in a State University in the Philippines: An Assessment. *RET Academy for international Journals of Multidisciplinary Research*, 5(12), 27-34.
- Wanchai, A., Phrompayak, D., & Prompuk, B. (2022). A needs assessment for competency development of nurse educators. *Nursing Forum*, 57(6), 1445-1451.
- World Health Organization. (2016). *Nurse Educator Core Competencies*. Geneva: WHO Document Production Services.
- Whittaker, T. A., & Schumacker, R. E. (2022). *A Beginner's Guide to Structural Equation Modelling* (5<sup>th</sup> ed.). NY: Routledge.



## คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วารสารการพยาบาลและการศึกษา

กองบรรณาธิการวารสารการพยาบาลและการศึกษา ขอเชิญสมาชิก และผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการ และบทความวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ด้านการพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษา ในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ อันจะเกิดประโยชน์ต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ในการพัฒนางานวิจัยและงานวิชาการต่อไป

### ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิจัยและบทความวิชาการด้านการพยาบาลสาขาต่าง ๆ ด้านการผดุงครรภ์ และด้านการศึกษายพยาบาล
2. บทความวิชาการและบทความวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และการศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

### การเตรียมต้นฉบับบทความ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word 97/03 for Windows ขนาด 15 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14 หรือ 12 กรณีมีจำนวนหลายคอลัมน์) โดยพิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน - ล่าง, ซ้าย - ขวา 2.54 cm. โดยรวมเนื้อหาและรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า
2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยขนาดอักษร 17 (หนา) ไว้หน้าแรกตรงกลาง
3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยขนาดอักษร 14 (หนา) อยู่ที่ชื่อเรื่องให้ระบุ ตัวเลขเป็นตัวยกอยู่ท้ายชื่อ และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยขนาดอักษร 12 (หนา) ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกอยู่หน้า ให้ตรงกับชื่อผู้นิพนธ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลัก เพิ่ม e-mail ในส่วนล่างสุด
4. มีบทคัดย่อภาษาไทย จำนวนคำไม่เกิน 400 คำ และบทคัดย่อภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 400 คำ
5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (จำนวน 3 – 5 คำ)
6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16 (หนา)
7. การเรียงหัวข้อ หัวข้อย่อยให้ย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดอักษร 15 (หนา)
8. การใช้ตัวเลขคำย่อ และวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning
9. การกำหนดเลขหัวข้อ หัวข้อใหญ่ให้ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อย่อยใช้หัวข้อหมายเลขระบบเทคนิค หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2.5 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 3 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หลังจากนั้นถัดมาหัวข้อละ 0.5 เซนติเมตร และใช้ “-” แทนการกำกับแทนตัวเลข เช่น





1. ....
  - 1.1 .....
    - 1.1.1 .....
      - 1) .....
        - 1.1) .....
          - .....

10. ตารางและภาพประกอบ ให้ระบุชื่อตารางไว้เหนือตารางแต่ละตาราง และระบุชื่อภาพแต่ละภาพไว้ใต้ภาพนั้น ๆ คำบรรยายประกอบ ตารางหรือภาพประกอบควรสั้นและชัดเจน ภาพถ่ายให้ใช้ภาพขาวดำหรือสีก็ได้ ภาพต้องเป็นภาพที่มีความคมชัด ส่วนภาพเขียนลายเส้นต้องชัดเจน มีขนาดที่เหมาะสม กรณีคัดลอกตารางหรือภาพมาจากที่อื่น ให้ระบุแหล่งที่มาได้ตารางและภาพประกอบนั้น ๆ ด้วย

11. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
- บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
- บทนำ
- วัตถุประสงค์วิจัย
- สมมติฐานวิจัย (ถ้ามี)
- กรอบแนวคิดการวิจัย
- ระเบียบวิธีวิจัย
  - ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
  - เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
  - การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
  - การเก็บรวบรวมข้อมูล
  - การวิเคราะห์ข้อมูล
- จริยธรรมวิจัย
- ผลการวิจัย
- อภิปรายผล
- การนำผลการวิจัยไปใช้
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
- References

บทความวิจัย (ภาษาอังกฤษ) ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- Abstract (in Thai)
- Abstract
- Introduction
- Objectives
- Hypotheses (if available)
- Conceptual Framework



- Methods
  - Population and Sample
  - Research Instrument
  - Validity and Reliability of the Research Instrument
  - Data Collection
  - Data Analysis
- Ethical Consideration/Informed Consent
- Results
- Discussion
- Implication of the Results
- Recommendation for Further Study
- References

#### 12. บทความวิชาการ ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- บทคัดย่อ
- Abstract
- บทนำ
- เนื้อเรื่อง
- สรุป
- ข้อเสนอแนะ
- References

#### บทความวิชาการ (ภาษาอังกฤษ) ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- Abstract (in Thai)
- Abstract
- Introduction
- Content
- Conclusion
- Suggestion
- References

13. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 6<sup>th</sup> Edition และเป็นไปตามรูปแบบที่วารสารกำหนด ทั้งนี้ทางวารสารใช้การอ้างอิงเป็นภาษาอังกฤษโดยแปลอ้างอิงที่เป็นภาษาไทยให้เป็นภาษาอังกฤษ โดยสามารถศึกษาเพิ่มเติมจาก <https://dekgenius.com/> ดังนี้



## ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

### การอ้างอิงในเนื้อหา

ใช้ระบบนาม - ปี (Name – year system) ชื่อผู้แต่งภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ให้เขียนเฉพาะนามสกุล ทุกคน ถ้ามากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วย et al., ดังตัวอย่าง

(Nawsuwan, 2015)

(Nawsuwan, Chotibun, & Singsri, 2015)

(Nawsuwan, Chotibun, Singsri, Singhasem, Suwannaraj, Janpes, et al., 2015)

การคัดลอกข้อความ ใช้ระบบนาม - ปี และข้อความที่คัดลอกมาอยู่ในเครื่องหมาย “.....” กรณีชื่อผู้แต่งภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ เช่น

Bandura (1991) ให้นิยามว่า “จริยธรรมคือ กฎสำหรับการประเมินพฤติกรรม”...

“พยาบาลจึงจะต้องเป็นนักคิด และมีการประเมินอย่างต่อเนื่องเพื่อแก้ความสงสัยที่เกิดขึ้นตลอดเวลา” (Kunaviktikul, 2007)

สอดคล้องกับการศึกษาของ Nawsuwan (2017)

### การอ้างอิงท้ายบทความ

1. บทความทั่วไป ชื่อผู้แต่งภาษาไทยและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ใส่ชื่อสกุลผู้ร่วมงานทุกคน ถ้าไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทั้ง 6 คน หากมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรกตามด้วยคำว่า “et al.,” สำหรับบทความหนังสือหรือเอกสาร ที่เป็นภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษทั้งข้อความ และให้วงเล็บ (in Thai) ดังตัวอย่าง

Nawsuwan, K., Chotibun, P., & Singsri, T. (2015). *Identity of Nursing Students in Boromarajonani College of Nursing*, Songkhla. Songkhla: Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. (in Thai)

Fraenkel, R. J., Wallen, E. N., & Hyun, H. H. (2012). *How to Design and Evaluate Research in Education*. (8<sup>th</sup> ed.). New York: McGraw-Hill.

### 2. ผู้เขียนเป็นกลุ่มหน่วยงาน

Praboromarajchanok Institute of Health Workforce Development. (2013). *Collection of Academic Performance in Humanized Service Mind*. Nontaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)

### 3. การอ้างอิงเฉพาะบทในหนังสือ

Waite, J. (2011). *Information and Documentation*. In Potter, A. P., Perry, G. A., Stockert, A. P. & Hall, A. ” Basic Nursing Challenge. (pp. 142-164). Missouri: Mosby/Elsevier.

### 4. การอ้างอิงเอกสารจากอินเทอร์เน็ต

Heubecke, E. (2008). *The New Face of Nursing: Expanding Patient Advocacy with Leadership, Creativity, and Vision*. Johns Hopkins Nursing Magazine. Retrieved November 3, 2013 from <https://magazine.nursing.jhu.edu/>.



## 5. การอ้างอิงจากวารสาร

Sheiham, A. (2006). Dental caries affects body weight, growth and quality of life in pre-school children. *British Dental Journal*, 201(10), 625-626.

กรณีบทความวิจัยที่มีเลขรหัสบทความ (e) หรือเลข DOI ให้อ้างอิง ดังนี้

Sahaworapan, T., Nilmanat, K., & Thasaneesuwan, S. (2023). Competency of nurse practitioners in advance care planning (acp) for patients with renal replacement therapy and related factors. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 10(3), e258128. (in Thai)

Nawsuwan, K., Oupra, R., Singweratham, N., & Thepaksorn, P. (2023). Uncovering the underlying aspects of successful COVID-19 prevention and control in Thailand through factor analysis: Lessons we have not yet learned from village health volunteers. *Belitung nursing journal*, 9(5), 505–511. doi.org/10.33546/bnj.2735

## 6. วิทยานิพนธ์

Nawsuwan, K. (2015). *Indicators Development of Nursing Students's Identities in Nursing Colleges, Ministry of Public Health*. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Doctor of Education Degree in Educational Administration Faculty of Education and Liberal Arts, Hatyai University. (in Thai)

## การส่งบทความ

ให้ส่งทางระบบออนไลน์มาที่วารสารการพยาบาลและการศึกษาผ่านเว็บไซต์ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JNAE/submissions> และแนบแบบฟอร์มตามที่วารสารฯ กำหนด

วารสารการพยาบาลและการศึกษามีกำหนดออก 4 ฉบับต่อปี คือ ฉบับที่ 1 (มกราคม – มีนาคม) ฉบับที่ 2 (เมษายน – มิถุนายน) ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม – กันยายน) และ ฉบับที่ 4 (ตุลาคม – ธันวาคม)



## รายการตรวจสอบก่อนส่งบทความ

1. บทความนี้ยังไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารอื่น
2. หากเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หรือปริญญาโทต้องผ่านการเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทย
3. บทความจะต้องพิมพ์ภายใต้รูปแบบตามที่วารสารกำหนดอย่างเคร่งครัด
4. บทความที่ออกหนังสือรับรองการตีพิมพ์ก่อนมีการเผยแพร่ จะต้องแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงวุฒิ หรือกองบรรณาธิการก่อน จึงจะถือว่าหนังสือรับรองการตีพิมพ์จะสมบูรณ์ หากไม่แก้ไขจะถือสิทธิ์ว่าไม่สมบูรณ์ ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการใด ๆ ทั้งสิ้น

## เกณฑ์การพิจารณาคุณภาพของบทความ

1. บทความต้องผ่านการกลั่นกรองและการประเมินคุณภาพจากกองบรรณาธิการวารสาร การพยาบาลและการศึกษา เป็นวารสารที่มีผู้พิจารณาบทความ (Peer - review) ตรวจสอบเนื้อหา บทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 3 ท่านต่อบทความ โดยผู้พิจารณาบทความจะไม่ทราบชื่อผู้แต่งและผู้แต่งจะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาเช่นกัน (Double blind) ทั้งนี้บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารการพยาบาลและการศึกษาโดยบุคคลอื่นไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย
2. บทความต้องได้รับการยอมรับการตีพิมพ์จากผู้พิจารณาบทความ 2 ใน 3 ท่าน จึงจะได้รับการตีพิมพ์
3. บทความต้องจัดพิมพ์ตามรูปแบบที่วารสารกำหนด
4. ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับวารสารวารสารการพยาบาลและการศึกษาด้วยระบบออนไลน์
5. วารสารสงวนสิทธิ์ที่จะเรียง และอาจจะปรับปรุงการนำเสนอบทความตามความเหมาะสมและความคิดเห็นของผู้เขียน
6. วารสารฯ จะดำเนินการเก็บค่าตีพิมพ์หลังจากบรรณาธิการวารสารตอบรับการตีพิมพ์ (Accepted) ในระบบ ซึ่งจะมี e-mail แจ้งรายละเอียดชำระค่าตีพิมพ์
7. ผู้เขียนต้องชำระการตีพิมพ์บทความ
  - 7.1 บุคคลทั่วไป อาจารย์ในสถาบัน

บทความภาษาไทย	จำนวน 5,000 บาท
บทความภาษาอังกฤษ	จำนวน 6,000 บาท
  - 7.2 สำหรับนักศึกษาในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

บทความภาษาไทย	จำนวน 2,500 บาท
บทความภาษาอังกฤษ	จำนวน 3,000 บาท

## Template บทความวิจัย

บทความใช้รูปแบบ font TH SarabunPSK ทั้งบทความ

ชื่อบทความภาษาไทย TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17  
ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17  
(Enter ขนาดตัวอักษร 14)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาไทย เช่น กิตติพร เนาว์สุวรรณ<sup>1\*</sup>, ปฐมามาศ โชติบัณ<sup>1</sup> ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)  
ชื่อผู้เขียนบทความภาษาอังกฤษ เช่น Kittiporn Nawsuwan<sup>1\*</sup>, Pattamamas Chotibun<sup>1</sup> ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)  
สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย เช่น <sup>1</sup>วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก  
ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ เช่น <sup>1</sup>Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing,  
Praboromarajchanok Institute ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 14)

(Received: วันที่รับบทความ; Revised: วันที่แก้ไขบทความ; Accepted: วันที่ตอบรับบทความ) (ขนาดตัวอักษร 12 หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 14)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 16 หนา)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 14)

คำสำคัญ: หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 15 หนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำไม่ต้องใช้ “ , ” ในการกั้นคำ เช่น

→ การพัฒนาองค์กรแห่งความสุข บุคลากร

ย่อหน้า 1.75 ซม.

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail:.....) (ขนาด 12 ไม่หนา)



**Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หน้า)**

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นานา บทความย่อไม่เกิน 1 หน้า.....

.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

**Keywords:** ภาษาอังกฤษ (ขนาด 15 หน้า) คำสำคัญขนาด 15 ไม่นานา แต่ละคำให้ใช้ “ , ” ในการกั้นคำ เช่น Happiness Organization Development, Personnel

(enter ขนาด 15)

**บทนำ (ขนาด 16 หน้า)**

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นานา).....

(enter ขนาด 15)

**วัตถุประสงค์วิจัย (ขนาด 16 หน้า)**

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นานา).....

(enter ขนาด 15)

**สมมติฐานวิจัย (ถ้ามี) (ขนาด 16 หน้า)**

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นานา).....

(enter ขนาด 15)

**กรอบแนวคิดการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)**

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นานา).....

หากมีภาพกรอบแนวคิด ให้ใส่ชื่อภาพไว้กึ่งกลางใต้ภาพ เช่น



ภาพ 1 (หน้า) .....(ชื่อภาพไม่นานา)..... ขนาด 15

(enter ขนาด 15)

### ระเบียบวิธีวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)

การเก็บรวบรวมข้อมูล (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)

การวิเคราะห์ข้อมูล (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)

(enter ขนาด 15)

### จริยธรรมวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาด 15 ไม่หนา.....

(enter ขนาด 15)

### ผลการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาด 15 ไม่หนา.....

#### 1. ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 1 .....ชื่อตาราง.....

หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ
เพศ		
หญิง (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x
ชาย (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x

(enter ขนาด 15)

(อธิบายใต้ตาราง) จากตารางพบว่า.....

(enter ขนาด 15)

#### 2. หัวข้อตอบตามวัตถุประสงค์การวิจัย

ตาราง 2 .....ชื่อตาราง.....

(หัวข้อ)สมรรถนะการพยาบาล	หัวข้อ	หัวข้อ
ด้านxxx (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x
ด้านxxx (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x

(enter ขนาด 15)

(อธิบายใต้ตาราง) จากตารางพบว่า.....

(enter ขนาด 15)

**อภิปรายผล (ขนาด 16 หน้า)**

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....  
.....  
.....

(enter ขนาด 15)

**การนำผลการวิจัยไปใช้ (ขนาด 16 หน้า)**

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....  
.....  
.....

(enter ขนาด 15)

**ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (ขนาด 16 หน้า)**

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....  
.....  
.....

(enter ขนาด 15)

**References (ขนาด 16 หน้า) ไม่ต้องกั้นหลัง**

เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 ถัดไป (1.25 ซม.) การอ้างอิงต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งบทความ และการอ้างอิงต้องมีใน References และบทความ (ขนาดอักษร 15 ไม่หนา) การจัดหน้าไม่ต้องกั้นหลัง เช่น  
Sahworapan, T., Nilmanat, K., & Thasaneesuwan, S. (2023). Competency of Nurse Practitioners in Advance Care Planning (ACP) for Patients with Renal Replacement Therapy and Related Factors. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 10(3), e258128. (in Thai)

# Template บทความวิชาการ

2.54 ซม.

2.54 ซม.

2.54 ซม.

**บทความใช้รูปแบบ font TH SarabunPSK ทั้งบทความ**

**ชื่อบทความภาษาไทย TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17**  
**ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17**  
**(Enter ขนาดตัวอักษร 14)**

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาไทย เช่น กิตติพร เนาว์สุวรรณ<sup>1\*</sup>, ปฐมามาศ โชติบัณ<sup>1</sup> ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)  
ชื่อผู้เขียนบทความภาษาอังกฤษ เช่น Kittiporn Nawsuwan<sup>1\*</sup>, Pattamamas Chotibun<sup>1</sup> ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)  
สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย เช่น <sup>1</sup>วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก  
ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ เช่น <sup>1</sup>Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing,  
Praboromarajchanok Institute ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

**(Enter ขนาดตัวอักษร 14)**

(Received: วันที่รับบทความ; Revised: วันที่แก้ไขบทความ; Accepted: วันที่ตอบรับบทความ) (ขนาดตัวอักษร 12 หนา)

**(Enter ขนาดตัวอักษร 14)**

**บทคัดย่อ (ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 16 หนา)**

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**(Enter ขนาดตัวอักษร 14)**

**คำสำคัญ:** หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 15 หนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ไม่ต้องใช้ “ , ” ในการกั้นคำ เช่น

→ การพัฒนาองค์กรแห่งความสุข, บุคลากร

ย่อหน้า 1.75 ซม.

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail:.....) (ขนาด 12 ไม่หนา)

↑  
2.54 ซม.

**Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หน้า)**

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

**Keywords:** ภาษาอังกฤษ (ขนาด 15 หน้า) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ “ , ” ในการกั้นคำ เช่น Happiness Organization Development, Personnel

(enter ขนาด 15)

**บทนำ (ขนาด 16 หน้า)**

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

.....

(enter ขนาด 15)

**เนื้อเรื่อง (ขนาด 16 หน้า)**

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

.....

(enter ขนาด 15)

**สรุป (ขนาด 16 หน้า)**

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

.....

(enter ขนาด 15)

**ข้อเสนอแนะ (ขนาด 16 หน้า)**

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

.....

(enter ขนาด 15)

**References (ขนาด 16 หน้า)**

เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 ถัดไป (1.25 ซม.) การอ้างอิงต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งบทความ การอ้างอิงต้องมีใน references และ บทความ (ขนาดอักษร 15 ไม่หนา) การจัดหน้าไม่ต้องกั้นหลัง เช่น Sahaworapan, T., Nilmanat, K., & Thasaneesuwan, S. (2023). Competency of nurse practitioners in advance care planning (acp) for patients with renal replacement therapy and related factors. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 10(3)*, e258128. (in Thai)